

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES DE L'ÉDUCATION

\*\*\*\*\*

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES SCIENCES DE  
L'ÉDUCATION

\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE  
L'ÉDUCATION SPECIALISEE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

CENTRE FOR RESEARCH  
AND DOCTORAL TRAINING  
IN EDUCATION

\*\*\*\*\*

RESEARCH UNIT AND DOCTORAL  
TRAINING

\*\*\*\*\*

FACULTY OF EDUCATION

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SPECIAL  
EDUCATION

**SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ CHEZ LA  
PERSONNE ÂGÉE ET GESTION DES RISQUES DE  
DÉMENCE**

*Mémoire présenté et soutenu 19 Juillet 2023 en vue de l'obtention du diplôme de Master en  
Sciences de l'Éducation*

Filière : **Intervention, Orientation et Education Extrascolaire**

Option : **Intervention et action communautaire**

Par :

**YOUWA Rikiatou MFOUAPON**  
**Titulaire d'une Licence en Psychologie**  
**Matricule : 20V3564**



jury

<b>Qualités</b>	<b>Noms et grade</b>	<b>Universités</b>
<b>Président</b>	BELINGA BESSALA Simon, Pr	ENS
<b>Rapporteur</b>	MAINGARI Daouda, Pr	UYI
<b>Examineur</b>	MEZO'O Gaston Lebeau, CC	ENS

## SOMMAIRE

DÉDICACE .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS .....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES FIGURES .....	vi
RÉSUMÉ .....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE .....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....	5
CHAPITRE 2 : SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ, GESTION DES RISQUES ET DÉMENCE .....	20
CHAPITRE 3 : EXPLICATION THÉORIQUE DE LA GESTION DES RISQUES DE DÉMENCE .....	47
DEUXIÈME PARTIE : CADRE OPÉRATOIRE .....	59
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE .....	60
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....	75
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	86
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	101
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	ix
ANNEXES .....	xxvi
TABLE DES MATIÈRES .....	xlv

À

La famille Tapon Hamadou Oumarou

## REMERCIEMENTS

Cette recherche n'aurait pu être menée sans le concours de différentes personnes qui nous ont apporté leur soutien, de près ou de loin pendant sa réalisation. Nous adressons des remerciements au :

Pr Maingari Daouda, qui a dirigé ce travail. Nous lui sommes reconnaissantes pour sa disponibilité, les orientations et pour tout le savoir qu'il a mis à notre disposition ;

Dr Goula Tojuin Boris, pour son regard critique et ses multiples conseils qui nous ont permis de mieux consolider ce travail ;

Monsieur le responsable du Centre BETHANIE-VIACAM qui a permis que les données soient collectées.

Nous adressons également nos remerciements à tous les enseignants du Département d'Education Spécialisée, pour tous les conseils et suggestions qu'ils nous ont prodigués à chaque sollicitation. Notre gratitude va également à :

Madame Matchika Mathilde, pour son regard critique et ses multiples conseils qui nous ont permis de mieux consolider ce travail ;

Madame Nkamba Graciane, pour la relecture qui nous a permis de mieux peaufiner ce travail ;

Tous les membres de notre famille, pour le soutien de toute nature ;

Tous nos camarades et amis, particulièrement le « noyau dur », pour tout leur soutien et leur encouragement ;

Nos enfants, pour leur patience et leur affection sans faille ;

Enfin à toute personne qui pense avoir contribué à la réalisation de ce travail de recherche.

## LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

**ADI** : Alzheimer's Disease International.

**APA** : american psychology association

**BUCREP** : Bureau Camerounais de Recensement de la Population.

**CAP** : Certificat d'aptitude pratique

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé.

**CIH** : Comité Interministériel du Handicap.

**CNRPH** : Centre National de Réhabilitation des Personnes Handicapée Cardinal Emil Paul Leger.

**EDS-MICS4** : Enquête Démographique et de Santé combinée à l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples.

**EMSEPG** : Echelle de mesure du sentiment d'efficacité personnelle généralisée.

**INSPQ** : Institut National de Santé Publique du Québec.

**MINAS** : Ministère des Affaires Sociales

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**PA** : personne âgée.

**PEE** : Pays à économie en émergence.

**PNDS** : Plan national de développement sanitaire

**PNUD** : Programme de Nations Unis pour le Développement.

**RSSP** : Réorientation des soins de santé primaires

**SA** : sentiment d'auto efficacité.

**SEP** : sentiment d'efficacité personnelle.

**TAR** : Théorie de l'action raisonnée.

**VIACAM** : Vieillards invalides et abandonnés du Cameroun

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Classification de la démence et des sous types .....	46
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	67

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Matrice de risque .....	34
Figure 2 : Théorie de l'action raisonnée traduit du schéma de Davis, Bagozzi et Warshaw (1989).....	50

## RÉSUMÉ

Cette étude s'intitule : « *sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée et gestion des risques de démence* ». En considérant la littérature sur la démence et spécifiquement sur le vieillissement et en occurrence la personne âgée, nous constatons que la question de la démence en Afrique et notamment au Cameroun n'a pas amplement été abordé. Les auteurs africains qui ont abordé cet état l'ont fait dans un sens purement épidémiologique et neurologique soulevant tout de même l'expression de souffrance que revêt la démence chez la personne âgée (Kuate-Tegueu et al., 2016, Massi, Aretoutap et al. (2020), Touré Kamadore (2007), etc.).

Face à cette maladie multifactorielle où s'imbriquent des facteurs génétiques et environnementaux, bon nombre de capacités cognitives du sujet est atteint, plongeant ainsi la personne âgée dans une situation de handicap. L'on pense que le développement du sentiment d'auto efficacité par la personne âgée l'aide à se prévenir des risques de démence. En effet, le comportement de la personne âgée serait « planifié » en fonction de ses perceptions et son intention de se comporter face à son état de santé (Ajzen, 1991). Ainsi, le problème qu'a posé cette étude est celui de l'absence d'accompagnement psychosocial chez la personne âgée. Ce problème admet pour question de recherche : *comment le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?*

En nous appuyant sur la théorie de l'action raisonnée (TAR) élaborée par Fishbein et Ajzen (1975), nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle *le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence*. Partant de là, elle s'est donnée pour objectif de comprendre comment le sentiment d'auto efficacité développé par la personne âgée est mis à contribution dans la prévention des risques de démence.

Pour y arriver, nous avons fait usage de la méthode clinique, plus précisément de l'étude de cas. Les données ont été recueillies à l'aide des entretiens semi-directifs auprès de trois personnes âgées du centre BETHANIE-VIACAM. Nous avons fait recours à l'analyse de contenu thématique pour analyser les récits.

Les résultats obtenus montrent que la prévention des risques de démence se fonde non seulement sur la croyance en ses capacités chez la personne âgée, mais aussi sur le pouvoir d'agir qui leur est doté par la communauté toute entière. Par ailleurs, le sentiment d'auto efficacité améliore le rapport de la personne âgée à elle-même, le lien social de celle-ci s'intensifie et prend la forme de bienveillance et de facteur de protection.

**Mots clés** : sentiment d'auto efficacité, personne âgée, gestion des risques, démence action raisonnée.

## ABSTRACT

This study is entitled: “Self-efficacy in the elderly and management of the risk of dementia”. By considering the literature on dementia and specifically on aging and in this case the elderly, we find that the issue of dementia in Africa and especially in Cameroon has not been widely addressed. The African authors who have approached this state have done so in a purely epidemiological and neurological sense, all the same raising the expression of suffering that dementia takes on in the elderly (Kuate-Tegueu et al., 2016, Massi, Aretoutap et al (2020), Touré Kamadore (2007), etc.).

Faced with this multifactorial disease where genetic and environmental factors intertwine, many of the subject's cognitive abilities are affected, thus plunging the elderly person into a situation of disability. It is believed that the development of a sense of self-efficacy by the elderly person helps to prevent the risk of dementia. Indeed, the behavior of the elderly person would be "planned" according to his perceptions and his intention to behave in the face of his state of health (Ajzen, 1991). Thus, the problem posed by this study is that of managing the risk of dementia in the elderly. This problem admits as a research question: how the feeling of self-efficacy in the elderly helps to prevent the risk of dementia?

Based on the theory of reasoned action (TAR) developed by Fishbein and Ajzen (1975), we formulated the hypothesis that the feeling of self-efficacy in the elderly helps prevent the risk of dementia. From there, she set herself the goal of understanding how the feeling of self-efficacy developed by the elderly is put to use in the prevention of the risk of dementia.

To achieve this, we used the clinical method, more specifically the case study. The data was collected using semi-structured interviews with three elderly people from the Béthanie VIACAM centre. We used thematic content analysis to analyze the data.

The results obtained show that the prevention of the risks of dementia is based not only on the belief in their abilities in the elderly person, but also on the power to act endowed to them by the entire community. Moreover, the feeling of self-efficacy improves the relationship of the elderly person to himself, the social bond of the latter intensifies and takes the form of benevolence and a protective factor. **Keywords:** reasoned action, sense of self-efficacy, dementia, risk management, elderly person.

**Keywords:** sense of self-efficacy, elderly person, risk management, dementia, reasoned action.

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'augmentation de l'espérance de vie, avec pour conséquence le phénomène du vieillissement est l'un des changements démographiques les plus importants des dernières décennies. Elle touche aussi bien « les pays à économie en émergence (PEE), ceux d'Afrique notamment, en raison de hauts niveaux de fécondité dans un contexte de déclin de la mortalité infantile, que les pays économiquement avancés » (Kuate-Defo, 2005, p.2). L'ONU a adopté 62 recommandations pour améliorer la situation des personnes âgées et leur prise en compte dans les recherches et initiatives touchant la santé, la nutrition, la consommation, le logement, l'environnement, la famille, le bien-être social, la sécurité du revenu, l'emploi et l'éducation.

Cependant, malgré la volonté de l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), à mettre sur pied une éducation pour tous, tout au long de la vie, celle-ci concerne essentiellement le domaine de la formation de base et de la formation professionnelle, et ne touche pas toujours le domaine de l'éducation à la santé communautaire chez la personne âgée. Or, le maintien de la santé et de l'autonomisation des personnes âgées comporte d'importants défis pour les prochaines décennies, car depuis plusieurs années, la qualité de vie des séniors a eu pour effet d'augmenter l'espérance de vie de manière spectaculaire. En s'intéressant à la gestion des risques de démence, l'on voudrait comprendre les mécanismes mis en place par, avec et pour la communauté, pour la prévention des maladies neurodégénératives à travers la promotion des habitudes et style de vie sains.

L'environnement sanitaire aujourd'hui montre que malgré son adhésion « à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international telles que la Charte africaine de développement sanitaire et les Soins de santé primaires » (Beyeme Ondoua, 2002, p 61), le Cameroun, demeure à la traîne en ce qui concerne les politiques de prise en charge inhérentes à la santé mentale, notamment chez la personne âgée. Le Cameroun, comme plusieurs autres pays de la sous-région Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), accorde, jusqu'à présent, une priorité faible pour une santé mentale de la population en général. Et pourtant, l'épidémiologie de la démence pendant plusieurs décennies, a fait l'objet de nombreuses recherches, ce qui a permis d'identifier les facteurs qui lui sont associés. Nous pouvons citer entre autres : -l'âge et les conditions de vie à l'enfance (Moceri, Kukull, Emanuel, van Belle, & Larson, 2001), -la profession (Moceri et al., 2001), -le statut marital (Helmer, Damon, Letenneur, Fabrigoule, Barberger-Gateau, Lafont & Dartigues, 1999), -l'hérédité (Gatz, Reynolds & Fratiglioni, 2006), -les habitudes de vie ainsi que les affections médicales chroniques (Dartigues, Helmer & Letenneur, 2001). En vieillissant, les occasions de perdre des

relations se multiplient et celles d'en construire d'autres sont moins nombreuses, ce qui explique l'isolement social dont sont sujettes de nombreuses personnes âgées ; ce qui va faire naître un sentiment de vulnérabilité et ainsi justifier le rapport de la personne âgée à l'autre. Or, le sujet pensant et agissant en tant que tel, du fait des troubles psychiques auxquels il est confronté, a besoin de l'accompagnement de son semblable pour réaliser les actions de vie qu'il ne saurait accomplir tout seul ; afin de pouvoir répondre avec tact aux attentes de l'autre avec qu'il est appelé à interagir. Cet accompagnement devrait passer par la connaissance préalable des facteurs de risque (biologiques, environnementaux, et socioculturels) et des interventions communautaires mises en place dans la prévention de la démence chez la personne âgée.

Des études montrent que certains facteurs de risques sont associés à la démence et il serait possible de les réduire, c'est le cas notamment de la dépression, l'isolement social, l'inactivité cognitive et l'usage nocif des stupéfiants, etc. En effet, le caractère handicapant de la démence ne permettant pas à la personne âgée de donner un sens à la situation subie amène celle-ci à développer un ensemble de comportement qui n'est que l'expression symptomatologique de la souffrance vécue au cours de cette maladie. Cet événement (la maladie) a des conséquences tant physiologique, sociale qu'économique sur toute la communauté, mettant à mal les capacités du sujet qui en est concerné. Ainsi, nous nous sommes posé la question de savoir : *comment le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?* En nous appuyant sur la théorie de l'action raisonnée (TAR) élaborée par Fishbein & Ajzen (1975) pour qui considère que l'intention comportementale est déterminée par l'attitude et la norme subjective, résultant de la conviction que l'exécution du comportement mènera à un résultat spécifique. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle *le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée aide à prévention des risques de démence*. Ce qui va nous amener à comprendre la relation entre l'attitude de la personne âgée et son comportement lié aux facteurs de risques de la démence. C'est-à-dire au « jugement que porte une personne sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter » (Bouffard-Bouchard & Pinard, 1988, p. 411) afin de se prévenir des risques de démence. Il s'agit de la manière dont la personne âgée va se comporter en fonction d'attitudes préexistantes et de ses intentions comportementales face à la santé.

La rédaction de ce travail comme tout travail de cette nature s'articule autour de deux grandes parties ayant chacune trois chapitres. La première partie traite du cadre théorique. Elle comprend la problématique, la revue de la littérature et l'insertion théorique. La deuxième partie

quant à elle traite du cadre méthodologique et opératoire. Elle comprend la méthodologie, la présentation et l'analyse des résultats, enfin l'interprétation et la discussion des résultats.

## **PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE**

## **CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE**

Dans ce chapitre, il sera question pour nous de présenter le contexte et la justification de cette étude, formuler et poser le problème que soulève la présente étude. Il s'agit aussi pour nous de présenter la ou les questions, les objectifs, les hypothèses, l'intérêt et la délimitation de l'étude.

### **1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE**

#### **1.1.1. Contexte de l'étude**

L'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 2000) décrit la démence comme un syndrome insidieux et progressif caractérisé par des déficits multiples, parmi lesquels figurent nécessairement les troubles de la mémoire. Ces troubles doivent s'accompagner d'au moins un autre type de déficit, par exemple un problème de langage ou encore des troubles touchant les capacités d'abstraction, le jugement ou le raisonnement. Ces déficits cognitifs doivent constituer un déclin par comparaison aux capacités antérieures et ils doivent compromettre les activités fonctionnelles, professionnelles ou sociales de la personne. Même si une définition générale de la démence existe, chaque démence a ses propres critères diagnostiques. La démence, maladie neurodégénérative, est aujourd'hui au centre des débats sociaux, en raison de son incidence croissante et de son impact sur les individus, les familles, les communautés et les gouvernements. Elle est reconnue comme un « fardeau et une menace » à l'échelle mondiale, car elle constitue un problème de santé grave associé à des coûts mondiaux annuels de plus de 600 milliards de dollars (OMS, 2005).

En 2012, l'OMS et Alzheimer's Disease International (ADI) ont publié conjointement un rapport qui expliquait pourquoi la démence doit être traitée comme une priorité de santé publique à l'échelle mondiale, car il existe un écart important entre les besoins en matière de prévention, de traitement et de prise en charge de la démence. Le rapport préconisait une série de mesures pour améliorer les soins et les services destinés aux patients et aux personnes qui les soignent, et appelait les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans de lutte contre la démence. Un autre événement déterminant s'est tenu en décembre 2013, au Royaume-Uni, il s'agit du Sommet du G8 sur la démence, dont l'objectif était de doubler le financement consacré à la recherche sur la démence et de trouver un remède ou une thérapie pouvant influencer la progression de cette maladie d'ici 2025. Ce qui met en avant le caractère préoccupant que revêt la démence.

L'OMS a organisé à Genève, les 16 et 17 mars 2015, la première conférence ministérielle sur l'action mondiale contre la démence. Cette conférence portait non seulement sur la mise en place des politiques et ressources nécessaires pour prendre en charge les personnes atteintes de démence, mais aussi sur la recherche d'un remède ou d'une thérapie permettant d'empêcher la progression de la maladie. C'est dans ce sens que le Directeur Général de l'OMS soulignait en 2015, dans son allocution qu'« il faut élever le rang de priorité accordé à la démence dans le monde : le coût humain de la démence est considérable ; son coût financier est colossal; et ces deux coûts ne cessent d'augmenter ». Il a poursuivi en disant « [...] nous n'avons aucun plan d'ensemble à notre portée pour lutter contre la démence, cette marée montante que l'on voit progresser dans le monde entier ». À l'issue de cette conférence ministérielle sur l'action mondiale contre la démence, une action politique a été engagée afin d'améliorer les soins prodigués et de sensibiliser davantage sur la démence, de mieux faire comprendre ce qu'est la maladie et de réduire la stigmatisation qui l'entoure. Cette action émanait d'une entité intitulée Global Alzheimer's and Demencia Action Alliance, décidée par un groupe d'organisations non gouvernementales de niveau mondial.

C'est dans cette optique que la première stratégie régionale de l'OMS, accompagnée de son plan d'action sur la démence, a été élaborée et publiée par l'Organisation Panafricaine de la Santé (OPS) en 2015. Les lignes d'action stratégiques consistent :

- À promouvoir des plans, des politiques et des programmes sur les différentes formes de démence ;
- À mettre en place dans le cadre des réseaux des services et des systèmes de santé, des interventions préventives et thérapeutiques de qualité ;
- À mettre en œuvre un système de soins à long terme de qualité, susceptible de répondre aux besoins des personnes atteintes de démence et de leur famille ;
- À constituer ou à développer les ressources humaines nécessaires ;
- À améliorer les capacités de recherche et de surveillance de manière à produire et à recueillir des informations de qualité pour prendre en charge les besoins sociaux et sanitaires des personnes atteintes de démence.

L'Union Africaine (UA) quant à elle a aussi adopté en janvier 2016 un Protocole sur les Droits des Personnes Âgées en Afrique qui est juridiquement contraignant. Certains pays africains membres de l'OMS ont approuvé le Plan d'Action Mondial de Santé Publique contre la démence en mai 2017, ce qui a permis de faire davantage pression sur les gouvernements pour qu'un accent soit mis sur la question de la démence en Afrique. Ainsi pour permettre le suivi des progrès accomplis dans la fourniture de services aux personnes atteintes de démence et à celles qui en prennent soin tant au niveau national qu'international, une plateforme de surveillance internationale Internet a été lancée par l'OMS en 2017. L'observatoire mondial de la démence permet aux responsables de l'élaboration des politiques et aux chercheurs de faciliter le suivi et le partage d'informations sur les politiques relatives à la démence, la prestation de services, l'épidémiologie et la recherche. Cela inclut les systèmes de surveillance chargés de faciliter le partage des meilleures pratiques et de fournir un appui technique aux États Membres moyennant une plateforme en ligne encore en cours d'élaboration.

Au Cameroun, il s'observe comme dans plusieurs autres pays dans le monde, un accroissement considérable des maladies dégénératives et incapacitantes liées à l'âge, au rang desquelles figurent les démences et la maladie d'Alzheimer. Il ressort du rapport biennal 2018/2019 de l'OMS-Cameroun, qu'après une décennie marquée par des crises sanitaires, le Cameroun a subi la forte prévalence des maladies transmissibles que sont le paludisme qui demeure l'une des principales causes de morbidité, le VIH/Sida, la tuberculose et les épidémies de choléra. Aussi, de nombreuses maladies non transmissibles sont en progression, avec une avancée significative pour les maladies cardiovasculaires dont les accidents vasculaires

cérébraux (AVC) qui représentent à eux seuls « un problème majeur de santé publique, une cause majeure de handicap acquis de l'adulte, deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer » (Kuate-Tegueu, Mapoure-Njankouo, Gopdjim-Massu, Doumbe, Noubissi-Dada, Dissongo, & Djientcheu, 2016, p. 2). À ce propos, la loi n°2010/002 du 13 avril 2010 portant protection et promotion de la personne handicapée en son Article 3 de ladite loi indique que : le terme « personne handicapée » s'applique aux catégories suivantes : les handicapés physiques, les handicapés mentaux, les handicapés sociaux et les polyhandicapés ». Cela suppose que la personne âgée est considérée comme une personne en situation de handicap, encore plus si elle est atteinte de démence.

Avec le déclin des fonctions mentales comme la mémoire, la communication et la langue, la capacité de concentration et d'attention, le raisonnement et le jugement, de même que la perception visuelle, la démence peut devenir un fardeau accablant, non seulement pour les personnes qui en sont atteintes, mais aussi pour leurs aidants et leurs familles (Wong et al., 2016). À mesure que le trouble progresse, le contrôle des émotions, les comportements sociaux et la motivation peuvent également se dégrader. L'une des conséquences serait la réduction de la capacité de la personne âgée à accomplir les activités de la vie quotidienne et garder son autonomie décisionnelle et exécutionnelle, nécessitant tôt ou tard un besoin d'aide et une surveillance à peu près constante. Il serait important d'informer suffisamment la famille et les proches aidants sur le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la démence. Car, la démence reste sous-diagnostiquée dans la population générale » (Lu-Yen-Tung, 2013, p8).

### **1.1.2. Justification de l'étude**

La population mondiale en générale et le Cameroun en particulier font face au phénomène du vieillissement. Celle-ci, « continuant de vieillir, dépassera les 9 milliards d'habitants d'ici 2050. Le vieillissement n'est donc pas une situation nouvelle pour nos sociétés » (Lu-Yen-Tung, 2012, p10). Les données actuelles sur le vieillissement de la population montrent qu'au Cameroun, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 5,5 % soit 1 067 336 habitants (Bucrep, 2010). Cependant les données du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (3ème RGPH) après une étude menée en novembre 2005 au Cameroun laissent apparaître que les personnes âgées sont en majorité des personnes du 3ème âge (les 60-79 ans représentent en tout, 86,4% d'entre elles). La majorité d'entre elles (54,3%) continue de travailler, malgré la fragilité liée à leur âge ; et exercent le plus souvent des activités agricoles (87%) en tant qu'indépendants. Ces données permettent aussi de

comprendre que le tissu social des personnes âgées s'appauvrit en particulier pour celles qui, par perte de mobilité ou du fait de leur situation précaire, sont « assignées » dans leur quartier, leur rue, voire leur appartement ou leur chambre.

Maladie dite neurodégénérative et particulièrement éprouvante, la démence est l'une des principales causes d'incapacité et de dépendance chez les personnes âgées. Elle touche différentes zones du cerveau et entraîne la perte de certaines fonctions cérébrales chez la personne âgée, avec des conséquences qui peuvent être physiques, psychologiques, sociales ou économiques pour les soignants, les familles et les sociétés (OMS, 2003). En raison des limitations et des difficultés que la démence engendre sur le plan individuel et social, mais aussi de l'absence d'une possibilité de prise en charge hospitalière continue au sein de l'espace de sociabilité thérapeutique. Il est donc important d'avoir des prévisions démographiques pour pouvoir mettre en place des mesures adaptées. Seulement, il existe au Cameroun très peu ou pas d'étude épidémiologique sur cette maladie, qui rendent compte de la façon dont les familles perçoivent et vivent la survenue de la démence chez un parent sauf celle menée autour du sujet « Démence et Maladie apparentées ». Seule l'étude de Massi, Aretoutap, Kenmegne & Mapoure (2020) portant sur « l'Épidémiologie hospitalière des démences à Douala, Cameroun » sert de référence. Il s'agissait d'une étude transversale portant sur les dossiers des patients suivis de 2010 à 2016 à l'Unité de Neurologie de l'Hôpital Général de Douala (HGD). L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence hospitalière et décrire les caractéristiques de la démence dans cet hôpital. Il ressort de cette étude que l'amélioration de l'espérance de vie des populations et l'explosion des facteurs de risques cérébraux-vasculaires vont exposer les systèmes de santé en Afrique à la problématique de la prise en charge des démences. Sauf que l'estimation de la prévalence en population générale et camerounaise en particulier est difficile, car la démence reste toujours sous-diagnostiquée.

En effet, ces dernières ignorent les facteurs de risques de la démence ou des réponses appropriées à fournir lorsque celle-ci serait diagnostiquée. Le rapport 2016 de l'ADI, précise qu'avec l'avancée de la médecine, la population vit de plus en plus longtemps et la constante augmentation de cette dernière constitue un enjeu mondial, auquel doit aussi faire face le Cameroun pour garantir un accès à la santé pour tous. Or, l'observation de l'environnement de santé au plan national montre que malgré, les interpellations sur la mise en place d'un dispositif prévisionnel en matière de démographie des personnes souffrant de démence, le Cameroun ne dispose pas de données sur la démographie de ces patients, encore moins sur les indicateurs épidémiologiques (prévalence, incidence, mortalité) inhérents à cette pathologie. Afin de gérer

des risques de démence chez la personne âgée, il semble nécessaire de mobiliser la participation des populations telle que réaffirmée dans le rapport de l'OMS (2007) sur les soins de santé primaires. Cette mobilisation devrait passer par, le développement d'un sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée afin, de la doter du pouvoir d'agir sur les déterminants de la santé qui représentent les composantes qui se trouvent en amont de la santé, avant la survenue éventuelle de la démence.

## **1.2. FORMULATION DU PROBLÈME**

La démence peut survenir à tout âge, même si elle touche principalement les personnes âgées, elle reste influencée par la présence concomitante de maladies chroniques (les maladies cardio-vasculaires, infectieuses et tumorales) et des traumatismes divers qui affectent le cerveau, conduisant à une détérioration chronique globale de la cognition, habituellement irréversible. Par conséquent, la prévenir pourra aider à éviter que « des millions de personnes soient privées de leurs souvenirs, de leur indépendance et de leur dignité, mais également d'être privé des personnes que nous connaissons et aimons », a déclaré le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS en septembre 2021 dans un Communiqué de presse. La prévention de la démence, celle primaire notamment, devrait passer par la réduction des facteurs de risque, objectif qui fait partie des domaines d'action inclus dans le Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025 de l'OMS.

Pour rester dans cette logique, l'OMS-Cameroun s'est engagée à accomplir depuis 1962 des missions dont les actions consistent à « soulager les souffrances, protéger la vie, préserver la santé, œuvrer pour le bien-être des populations » (Rapport Biennal 2018-2019). C'est peut-être ce qui justifie l'amélioration de la promotion de la santé au Cameroun, d'après le rapport de la Stratégie sectorielle de la santé 2016-2027, à travers l'offre en infrastructures, ressources humaines, médicaments, et financements de la recherche. Plusieurs travaux ont été menés sur la promotion et la prévention de la santé. À ce propos, de nombreux auteurs tels que Godin (2012), en parlant des comportements à risque dans le domaine de la santé, pense que « l'efficacité des interventions est un défi important pour tous les intervenants dans le domaine de la santé, et cela est d'autant plus vrai lorsque ces interventions visent à changer des comportements » (Godin, 2012, p.7). Son approche de développement des interventions repose sur les prémisses suivantes : comprendre pour agir et planifier pour intervenir. C'est dans ce sens que, l'état camerounais soucieux du bien-être de sa population a mis sur pied par le décret n° 2013/ 093 du 03 avril 2013, portant organisation du Ministère de la Santé Publique, une Direction de la médecine préventive et rurale pour montrer sa volonté de mettre en œuvre les

principes de la Promotion de la Santé. Ses composantes portent entre autres sur l'alimentation et la nutrition, la prévention et l'action communautaire, l'hygiène et l'assainissement, etc. Par conséquent, la gestion des risques de démence impose davantage le développement de politiques sociales et sanitaires adéquates. Cela pourrait partir de la compréhension des comportements liés à un changement planifié vis-à-vis de la santé chez la personne âgée, car « un comportement lié à la santé est une action faite par un individu et ayant une influence positive ou négative sur la santé » (Godin, 2012, p.7). Mais aussi, permettre le développement des stratégies d'intervention dirigées vers l'individu, en se servant d'un examen préalable des facteurs explicatifs de risques de démence, à la fois biologiques, environnementaux et socioculturels pour prévenir cette maladie au sein de la population. Il serait dès lors nécessaire de s'intéresser aux facteurs psycho-sociaux qui déterminent l'adoption ou non d'un comportement dans la population visée face à tout élément qui, seul ou combiné à d'autres, pourrait augmenter la probabilité d'engendrer des effets négatifs sur la santé. Car le risque pourrait constituer une forme individuelle d'intériorisation des dangers pouvant être perçus comme évitables Lipovetsky (2004).

Seulement, au Cameroun comme dans nombre de pays africains et singulièrement subsahariens, l'avancée en âge est parfois mal perçue au sein de la population, et la démence peu connue. C'est pourquoi, du diagnostic à la prise en soin, les symptômes démentiels, sont en effet mal ou peu connus des familles camerounaises dans lesquelles on vit souvent avec un parent âgé atteint sans le savoir. Victime de stigmatisation, la personne âgée au Cameroun est souvent considérée comme « un cas social », surtout lorsque cette dernière devient totalement dépendante de la famille du fait de la retraite et de la survenue d'une maladie chronique (diabète, hypertension, etc.). Elle se retrouve parfois abandonnée à elle-même, et commence à mendier dans les rues, pour avoir de quoi se nourrir, parce que certaines d'entre elles se voient priver du droit élémentaire d'habiter sous un toit que l'on a parfois construit soi-même. On peut voir, dans certaines rues des grandes agglomérations telles que Yaoundé et Douala, les personnes âgées qui arborent les coins de la cité. Trainant parfois avec elles des sacs de vêtements et des ustensiles de cuisine. On pourrait vite penser à un déménagement, or il n'en est rien de tel. Une fois la nuit tombée, on aperçoit les unes qui dorment sur des restes de cartons au sol, et d'autres sur des bancs publics. Cet état des choses pourrait découler de l'interprétation par la communauté du caractère mystico-magique de la démence (Touré Kamadore, 2007) ou de l'impuissance du groupe à assister le parent malade. Mais aussi de l'ignorance des familles qui, quelques fois, sont loin de se douter qu'une dynamique institutionnelle multiforme est mise en

place entre le Ministère des Affaires Sociales (MINAS) et les initiatives et œuvres sociales privées pour encadrer et protéger la personne âgée. De ce fait, nombreuses sont les personnes âgées atteintes de démence qui ne bénéficient pas ou peu d'un accompagnement ou d'un soutien aussi bien de l'administration sanitaire que de l'environnement familial. Seulement, malgré toutes ces tentatives de promotion de la santé autant physique que mentale et psychique, les pays africains en général et le Cameroun en particulier ont du mal à développer des actions concrètes et réglementées selon la norme internationale en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé et les politiques de traitement et de prise en charge de la démence. Pourtant, dans un tel contexte, les autorités en charge de la santé publique demeurent responsables des recommandations émises pour protéger la santé de la population tout au long du processus.

Par ailleurs, l'OMS (2019) à travers le programme « Décennie des nations unies pour le vieillissement en bonne santé 2021-2030 », s'efforce d'apporter une réponse globale qui favoriserait le vieillissement en bonne santé tout au long de la vie. Cette réponse est autant valable pour les pays développés que pour les pays en voie de développement. Elle suppose « une action concrète dans le secteur de santé et les secteurs socio-économiques apparentés » (OMS,1981, p.10). Les réflexions au cours de la dernière décennie portaient sur quatre domaines d'action : i) changer la façon dont nous envisageons l'âge et le vieillissement, ii) faire évoluer les communautés de façon à favoriser les capacités des personnes âgées, iii) mettre en place des soins intégrés et des services de santé primaires qui répondent aux besoins des personnes âgées, iv) fournir aux personnes âgées qui en ont besoin un accès à des soins de longue durée.

Il est donc indispensable que la personne âgée se « fabrique » une nouvelle identité qui, lui permettra de reprendre les choses en main et d'avoir plus d'autonomie. L'autonomie ici représente la capacité à réaliser un certain nombre d'actes de la vie quotidienne en faisant appel à des fonctions physiques ou cognitives, telles que monter un escalier, s'orienter, porter des courses...). Car, selon Dos Santos & Makdessi (2010), moins les personnes sont capables de réaliser des opérations de la vie quotidienne sans aide, moins elles sont considérées comme autonomes. Cette nouvelle identité pourrait aussi passer par la construction d'un modèle de croyances relatives à la santé, qui stipule qu'un individu notamment la personne âgée, peut poser des gestes pour prévenir de la démence si elle possède des connaissances minimales en matière de santé et si elle considère cette dernière comme une dimension importante (Bélanger, Godin, Gérin, Gosselin, Cordier, Viau, & Quénel, 2003).

### 1.2.1. Position du Problème de l'étude

Le problème que pose cette étude est celui de l'absence d'un accompagnement psychosocial chez la personne âgée. En effet, la personne âgée de par sa grande expérience participe à la vie familiale (soutien à leurs enfants et petits-enfants, etc.), communautaire (coaching, mentorat), socioéconomique (pouvoir d'achat et investissements) et politique et parfois son fort potentiel, constitue ainsi, un important pilier pour le développement de nos communautés et de notre société. Mais comment l'aider à vieillir tout en la préservant des risques de démence ? L'OMS (2003) esquisse une tentative de réponse en affirmant, qu'il est important à tous les stades de l'existence d'adopter un mode de vie favorable à la santé et de participer activement à sa propre prise en charge, alors que l'un des mythes de la vieillesse consiste à dire que c'est une période de la vie où, il est trop tard pour adopter des modes de vie favorables à la santé (Touré Kamadore, 2007). Un tel mode de vie favorable à la santé chez la personne âgée pourrait passer par trois dimensions essentielles : le bien-être physique (santé, activité quotidienne, absence de handicap et mobilité) ; le bien-être social (loisirs, famille, travail et éducation) ; le bien-être mental (sérénité, estime de soi et une émotionnalité équilibrée) (Martin & Azorin, 2004).

Par ailleurs, la médecine préventive et l'action communautaire fondent la gestion de risques de démence sur une stratégie de promotion d'une santé globale, qui voudrait que l'on dépasse le paradigme des facteurs de risque (Fleisher, Beckman, Brown, Calkins, Chaikof, Fleischmann & Riegel, 2006) pour aller vers des modèles plus écologiques axés sur les facteurs de protection ou de résilience et les déterminants communautaires. Il sera question d'aller vers une approche qui saurait prendre en compte à la fois les comportements, les contextes sociaux et les contraintes structurelles (inégalités sociales, rapports sociaux inégalitaires) ; mieux une approche d'intervention fondée sur les modes de vie collectifs et centrée sur l'action des composantes physiques, sociales, organisationnelles et culturelles de l'environnement.

Il ressort de ce qui précède que les stratégies et les programmes de promotion de la santé mis en place par la communauté internationale, ne dotent pas suffisamment la personne âgée du pouvoir d'agir. Tout porte à croire que les politiques sociales et sanitaires adéquates sont mises en place pour elle, mais sans elle.

Dans des contextes variés, certains chercheurs ont démontré une relation entre le sentiment d'efficacité personnel (SEP) et différentes variables telles que le bien être psychologique, la satisfaction et le stress professionnel (Aloe, Amo & Shanahan, 2014,

Skaalvik & Skaalvik, 2014.), ainsi que l'influence positive sur la santé (Schwarzer & Hallum, 2008). Mais très peu se sont intéressés à la relation entre le SEP et la gestion de risques de démence chez la personne âgée. C'est ce qui pourrait justifier l'intérêt pour le modèle théorique du SEP étendu à la personne âgée, qui tient du fait que le fonctionnement et le développement psychologique doivent être compris en considérant trois facteurs en interaction : le comportement, l'environnement et la personne. Ces facteurs s'influencent réciproquement, mais n'ont pas forcément le même impact. La présence du SEP permet de considérer les individus mieux la personne âgée comme un agent actif de sa propre vie qui exerce un contrôle et une régulation de ses actes, d'où la notion d'agentivité. Ce sentiment d'efficacité personnel perçu a servi à expliquer le développement de divers comportements de santé par plusieurs auteurs parmi lesquels Ajzen (2002), qui incorpore cette variable dans son approche théorique du comportement planifié.

Le comportement de la personne âgée serait « planifié » en fonction de ses perceptions et son intention de se comporter face à son état de santé (Ajzen, 1991). Autrement dit, une personne âgée adoptera un comportement donné si elle considère que ce dernier apporte les résultats escomptés. Mais avant cela, il faudra qu'elle ait suffisamment confiance en elle au moment d'agir, d'où le besoin de développer chez elle le sentiment d'auto efficacité. Seulement, lorsqu'on parle de la personne âgée, on pense immédiatement à une fragilité physique, des capacités intellectuelles réduites, un état de dépendance, une absence d'autonomie décisionnelle et entre autres l'incapacité d'apprendre des choses nouvelles.

Or, si prévenir les risques de démence pour la personne âgée suppose qu'elle puisse se projeter dans l'avenir, c'est-à-dire l'amener à se prononcer sur l'adoption de meilleurs comportements dans l'espoir de prévenir sa santé mentale, dans un contexte de privations et de contraintes de toutes sortes, sans aucune garantie. Cela suppose que, la personne âgée serait-elle à même d'analyser ses propres problèmes et de participer à la recherche et à la mise en œuvre de pratiques nouvelles afin de prendre soin d'elle-même. La mettre dans un établissement sanitaire pourrait être une solution, sauf qu'en Afrique en général, et au Cameroun en particulier, les maisons de retraite sont encore rares et seraient une incongruité dans la culture africaine.

Il serait donc judicieux d'accompagner de la personne âgée, afin qu'elle développe un sentiment d'auto efficacité pouvant l'aider à modifier son comportement de santé face aux facteurs de risques de démence. Quand l'on sait que les personnes âgées et pour la plupart défavorisées, font recours aux services de santé uniquement en situation d'urgence et à une

phase critique de la maladie. Deux raisons pourraient expliquer cette façon de faire : premièrement, la méfiance vis-à-vis du personnel ou agent de santé, dont on doute des compétences et qui pourront demander de faire des changements souvent difficiles à adopter pour toutes sortes de raisons, tant financières que culturelles. Deuxièmement, la personne âgée semble supporter un peu plus longtemps la douleur et les inconvénients d'un moins bon état de santé, et parfois nie même la présence de la maladie.

Plutôt que d'attendre que la personne âgée soit atteinte d'une démence, nous pensons qu'il serait meilleur de l'aider à développer à partir du sentiment d'auto efficacité, un comportement planifié en passant par une action raisonnée, servant à adopter des comportements adéquats face aux risques de démence. Ce sentiment d'auto efficacité renverrait aux jugements que les personnes font à propos de leur capacité à organiser et réaliser des ensembles d'actions requises pour atteindre des types de performances attendus (Bandura, 1986). Mais aussi aux croyances à propos de leurs capacités à mobiliser la motivation comme indicateur prédictif des ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie (Fishbein & Ajzen, 1975). Pris dans cette perspective, nous allons privilégier trois stratégies pour augmenter le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée à savoir : l'expérience personnelle, la persuasion sociale et verbale et le contrôle des états émotifs. Basée sur la notion d'interaction, cette théorie met l'accent sur trois facteurs que sont : le comportement, la personne et l'environnement.

### **1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE**

La question de recherche est le fil conducteur devant guider notre recherche. Dans le cadre de notre travail, nous avons formulé une question principale et des questions secondaires ou spécifiques qui touchent aux variables mises en jeux dans l'observation.

#### **1.3.1. Question principale de la recherche**

Peu importe l'âge, les études démontrent que la capacité à se fixer des buts et à réaliser ses aspirations est associée au bien-être psychologique (Lapierre et al., 1997). Cet état peut être atteint si la personne âgée se prévient de la démence. En s'intéressant à la gestion des risques de démence chez la population, il s'agira de répondre à la question suivante : comment le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?

### **1.3.2. Questions spécifiques**

Afin d'apporter des réponses plus adéquates à la question de recherche nous allons procéder par l'examen des trois questions suivantes :

QS<sub>1</sub> : comment l'expérience active de maîtrise chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?

QS<sub>2</sub> : comment l'état physique et émotionnel chez la personne âgée aident à la prévention des risques de démence ?

QS<sub>3</sub> : comment la persuasion verbale chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?

## **1.4. LES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE**

### **1.4.1. Hypothèse générale**

À notre question principale, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence.

### **1.4.2. Hypothèses spécifiques**

HS<sub>1</sub> : l'expérience active de maîtrise chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence.

HS<sub>2</sub> : l'état physique et émotionnel chez la personne âgée aident à la prévention des risques de démence.

HS<sub>3</sub> : la persuasion verbale chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence.

## **1.5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

### **1.5.1. Objectif général**

Face à la gestion des risques de démence, il sera question de comprendre comment le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence.

### **1.5.2. Objectifs spécifiques**

OS<sub>1</sub> : analyser l'implication de l'expérience active de maîtrise chez la personne âgée dans la prévention des risques de démence.

OS<sub>2</sub> : décrire le retentissement de l'état physique et émotionnel chez la personne âgée dans la prévention des risques de démence.

OS<sub>3</sub> : comprendre l'implication de la persuasion verbale chez la personne âgée dans la prévention des risques de démence.

## **1.6. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE**

Nous avons dégagé des intérêts à notre étude sur quatre dimensions : scientifique, social pédagogique et personnel.

### **1.6.1. Intérêt scientifique**

Selon Aktouf (2004), l'intérêt de la science et des travaux scientifiques est de déterminer les problèmes quelle que soit leur nature, d'y apporter des clarifications et des réponses afin de faciliter la vie aux hommes sur la terre. L'absence d'étude sur la problématique de la démence dans le domaine de la santé communautaire nous a poussé à rechercher une meilleure participation au développement et au changement de comportements sociaux et sanitaires. En effet, en menant cette recherche nous avons pu comprendre la façon dont le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée l'aide à prévenir des risques de démence. Notre intérêt portait sur l'importance des risques non plus dans le domaine des catastrophes, mais dans celui de la psychologie communautaire notamment de la santé mentale des communautés. Les facteurs et les déterminants sociaux de la santé, les situations, les conditions de vie et les populations sont étudiés, afin de proposer les stratégies d'intervention plus ou moins normatives, soulevant de multiples enjeux sociaux, politiques et éthiques (Guttman, 2000 ; Massé, 2003).

L'on comprend que l'individu construit sa gestion quotidienne du risque à partir des facteurs de risque, des contextes et situations à risque parfois perçus comme évitables. Mais en parlant des contributions de la promotion et la prévention de la santé communautaire à la gestion des risques de démence, O'Neil, Dupéré, Pederson & Rootman (2006) pensent que beaucoup de travail reste à faire pour élargir les approches traditionnelles, morcelées et individualisées. Cela pourrait justifier le fait que, la démence demeure une affection sous-diagnostiquée et donc mal traitée en milieu clinique (Cantegreil-Kallen, Lieberherr, Garcia, Cadilhac, Rigaud, & Flahault, 2004 ; Valcour, Masaki, Curb & Blanchette, 2000 ; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, & Otero, 2003).

### **1.6.2. Intérêt social**

D'après Touré Kamadore (2007), « la démence a un impact considérable sur le système de santé, l'économie, mais aussi le système social, faisant de cette affection un lourd fardeau pour la société et les ménages » (p 20). Elle constitue aussi une cause importante de dépendance fonctionnelle (Aguero-Torres, Fratiglioni, Guo, Viitanen & Winblad, 1999 ; 2002) et le coût élevé de la prise en charge de cette affection pousse certaines familles à continuer de garder leur parent atteint à la maison (Fung & Chien, 2002). À cet effet, elle crée une situation de handicap chez la victime et est très souvent à l'origine d'un désinvestissement social, d'un repli sur soi et de la perte du statut socioprofessionnel et de l'estime de soi (Goula Tojuin, 2018). Connaître les facteurs de risques permettrait de réduire la survenue de la démence, pour cela, il serait donc nécessaire de doter la personne âgée d'une capacité de reconnaître et de se préserver des risques de démence afin de continuer de s'adapter à son environnement et jouir d'une autonomie. Et même si la personne âgée n'est plus productive sur le plan économique, son bien-être reste une préoccupation pour tous, surtout lorsqu'on sait qu'on pourrait s'enrichir de son expérience.

### **1.6.3. Intérêt pédagogique**

Dans cette étude, il sera question de proposer des stratégies d'intervention individuelle mais aussi collective en prévention primaire avec et pour la population, intégrant un accompagnement social afin d'aider à la modification des habitudes de vie de la personne âgée (alimentation, activité physique, activité intellectuelle, tabagisme, alcoolisme, etc) susceptible d'être des facteurs de risques évitables. Les comportements individuels étant difficiles à faire changer ; l'implication de « tous » est fondamentale pour parvenir à un changement ; il ne s'agit pas de « faire pour » la personne âgée, mais de « faire avec » elle d'où la volonté de développer l'empowerment chez cette dernière.

### **1.6.4. Intérêt personnel**

Suite au décès de notre grand-mère âgée de 86 ans en 2021, cette dernière avait tardivement été diagnostiquée atteinte de démence, notamment de la maladie d'Alzheimer. Nous pensons que ce diagnostic tardif était dû à plusieurs raisons parmi lesquelles : le déni de la réalité de la part de ses enfants pour qui la maladie d'Alzheimer était européenne ; l'ignorance de sa souffrance ; l'abandon et l'isolement. Aussi, au cours de notre formation et durant le stage académique, nous avons été au Centre Béthanie VIACAM pour une visite et nous avons été marqué par des comportements tantôt répulsifs tantôt attractifs ponctués par l'oubli et les

troubles de communication chez les pensionnaires du centre. La similitude de comportements avec ceux de notre grand-mère nous a poussé à nous intéresser à la démence afin de mettre en exergue le ressenti de l'autre pour mieux comprendre la situation à laquelle notre grand-mère a été confrontée. Par ailleurs, le choix de ce sujet de recherche, ainsi que le problème qu'il soulève et vise à résoudre, nous oriente vers le métier de psychologue professionnel en intervention et action communautaire. Parler de psychologue professionnel en écologie humaine voudrait dire que cette recherche soulève la question des stratégies d'accompagnement psychosocial de la personne âgée en proie non seulement, au phénomène de vieillissement mais aussi face à la prévention des risques de démence. Sachant que le vieillissement entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie voire des décès chez la personne âgée, il serait nécessaire de l'aider à se prévenir des risques de démence.

## **1.7. DELIMITATION DU SUJET**

Les limites à la présente étude se recensent sur trois plans : la thématique liée à la spécialité, la territorialité et la temporalité.

### **1.7.1. Sur le plan de la territorialité**

Cette étude a pour cadre géographique la ville de Yaoundé en général et le quartier Nkolmesseng en particulier où se situe le centre Béthanie VIACAM.

### **1.7.2. Sur le plan de la temporalité**

L'étude a été menée durant l'année académique 2021-2022, car elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de fin de formation qui est sanctionnée par la rédaction d'un mémoire de fin de cycle master. Au regard des réalités actuelles, le Cameroun n'est pas en marge de la mondialisation, de l'homogénéisation des pratiques et politiques publiques mondiales dans divers domaines tels que : la santé, l'éducation, l'emploi, etc. C'est ce qui justifie le questionnement sur la gestion des risques de démence chez la personne âgée.

### **1.7.3. Sur le plan de la thématique liée à la spécialité**

Cette étude s'intéresse à la psychologie communautaire, approche qui permet d'agir sur les déterminants politiques et sociaux de la santé et du développement des individus et des collectivités dans le sens de la prévention et de promotion de la santé. Pour ce faire, il sera question d'intervenir auprès des populations, notamment la personne âgée, en situation de vulnérabilité sociale afin de trouver des stratégies de prévention de risques de démence.

## **CHAPITRE 2 : SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ, GESTION DES RISQUES ET DÉMENCE**

Plusieurs études ont été faites sur le sentiment d'auto efficacité, la gestion des risques en santé publique et la démence. Ces études rendent compte pour la plupart d'entre elles des stratégies utilisées par l'individu pour organiser et exécuter les actions requises pour produire les performances escomptées, des comportements pouvant les aider à prévenir les risques de démence. C'est en s'inscrivant dans cette logique que nous tentons ici de recenser au tant que faire se peut, un vaste ensemble des travaux déjà menés sur lesdites questions, avec pour intention de les critiquer pour en ressortir la plus-value et proposer de nouvelles pistes en la matière.

### **2.1. LE SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ**

#### **2.1.1. Définition du sentiment d'auto-efficacité ou sentiment d'efficacité personnelle**

Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) se définit comme « le jugement que porte une personne sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter » (Bouffard-Bouchard & Pinard, 1988, p. 411). L'efficacité personnelle perçue concerne aussi la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. Les éléments sur lesquels s'exerce l'influence de l'individu sont très divers : il peut s'agir de la motivation personnelle, des processus de pensée, des états émotionnels et des actes, ou encore de la modification des conditions environnementales, selon ce que l'on cherche à maîtriser (Lecomte, 2019).

Bandura (cité par Karsenti & Larose, 2001) a défini le sentiment d'auto-efficacité comme la conviction qu'a un individu d'être capable d'organiser et de réaliser les actions nécessaires à l'accomplissement d'une tâche. La notion de sentiment d'auto-efficacité se partage en « sentiment d'efficacité » (ou de compétence) (*efficacy expectations*) qui est la conviction qu'a un individu de sa compétence à réaliser une tâche ou une action dans un contexte donné et en « sentiment de la valeur du résultat » (*outcome expectation*) qui reflète le sentiment que les actions réalisées produiront les résultats espérés. En tant qu'outil de changement, le sentiment d'auto-efficacité ou sentiment d'efficacité personnel semble être un élément majeur dans la prévention des risques de démence chez la personne âgée. Il s'inscrit dans la théorie sociocognitive, et agit chez l'humain en tant que facteur central par rapport aux mécanismes

d'auto-régulation qui sont à la base de l'action et de la motivation (Bandura et Wood, 1989). Nous pouvons dire que le sentiment d'auto efficacité est cette énergie, cette force « pulsionnelle » intérieure capable de booster et de redynamiser l'individu notamment la personne âgée. En ce sens que ce sentiment va lui permettre de nouveau à croire en elle et en sa capacité d'agir sur son environnement et de prendre les décisions.

### **2.1.2. Évolution de la notion du Sentiment d'Efficacité Personnel (SEP)**

La théorie du sentiment d'efficacité personnelle est utilisée dans de nombreux domaines tels que l'éducation, le travail, la santé, les phobies, le sport et même dans des actions collectives – telles que celles du domaine sociopolitique – qui sont marquées par la croyance partagée par les citoyens en leurs capacités à provoquer des changements par le biais d'une action collective. Bandura a construit le concept d'auto-efficacité (ou sentiment d'efficacité personnelle) à partir des résultats d'un programme nommé « programme de maîtrise guidé », appliqué au traitement des désordres phobiques graves, qu'il mène avec ses collaborateurs. Il fait l'hypothèse que l'expérience de maîtrise est le principal outil de changement personnel. Il s'agit d'une méthode dans laquelle on donne à un patient la possibilité de réussir par étapes ce qu'il échoue habituellement ou ce qu'il craint d'échouer. À partir des recherches sur « l'expérience de maîtrise guidée », Bandura cherche ensuite à comprendre le système de croyance personnelle et à formuler une théorie sur la façon de construire un SEP résilient et persévérant malgré les difficultés. Ce concept va ainsi s'inscrire dans la théorie sociocognitive issue du béhaviorisme et du cognitivisme. La compréhension de cette théorie repose sur le modèle triadique, en ce sens qu'il permet d'expliquer le fonctionnement de l'individu à partir des facteurs d'influences internes de la personne (paramètre P) constitués par les événements vécus aux plans cognitif, affectif, biologique et leurs perceptions par le sujet. Ainsi, à partir des perceptions personnelles d'efficacité (l'auto-efficacité), l'individu construit des pensées autoréflexives (Carré, 2004/5).

### **2.1.3. Les facteurs influençant le SEP et sources de construction**

En partant du postulat de Bandura selon lequel les croyances des individus en leur efficacité influent sur pratiquement toutes leurs activités : comment ils pensent, se motivent, ressentent et se comportent. C'est-à-dire qu'elle est la capacité productrice chez l'individu, au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir de nombreux buts (Lecomte, 2004). L'idée de Bandura étant que l'auto-efficacité se modifie sous l'influence de quatre

sources d'information demeure la plus largement acceptée (Gloude-mans, Schalk, Reynaert, & Braeken, 2013 ; Van Dinther, Dochy & Segers, 2011). Ces quatre principales sources d'information sont les suivantes : les expériences vicariantes, les expériences actives de maîtrise, la persuasion verbale et les états physiologiques et émotionnels. Seulement, ce sont les trois dernières sources qui vont retenir notre attention dans cette étude, car à travers les expériences vicariantes, l'individu peut apprendre au contact d'un modèle soit par un enseignement verbal de la tâche, soit par l'observation du modèle dans l'action (Bandura, 1997 et 2007 ; Van Dinther et al., 2011). Ce qui n'est plus vraiment le cas chez la personne âgée qui elle-même sert de modèle aux générations.

### **2.1.3.1. Les expériences actives de maîtrise**

L'expérience active de maîtrise correspond aux succès et aux échecs que vit la personne. Cette source s'avère être la plus influente, parce qu'elle illustre le plus clairement que l'individu est en mesure de rassembler, ou non, ce qui est nécessaire pour vivre des succès (Bandura, 1997 et 2007 ; Palmer, 2006). Plus un individu vivra un succès lors de l'expérimentation d'un comportement donné, plus il sera amené à croire en ses capacités personnelles pour accomplir le comportement demandé. L'expérience active de maîtrise est influencée par cinq thèmes dont l'aide reçue/donnée, l'auto-observation sélective, les circonstances, l'effort fourni et l'adéquation des ressources. Lorsque l'individu reçoit de l'aide pour exécuter une tâche, il aura tendance à interpréter son succès en lien avec cette aide plutôt qu'avec ses aptitudes personnelles. Il se peut aussi que l'individu concentre son attention davantage vers les succès ou encore les échecs vécus : c'est ce que l'on appelle l'auto-observation sélective (Bandura, 1997, 2007).

### **2.1.3.2. La persuasion verbale**

La persuasion verbale alimente également le sentiment d'efficacité personnelle. Elle concerne les propos prononcés à l'endroit d'un individu dans le but de le convaincre ou de le dissuader qu'il possède les capacités à maîtriser une activité. Lorsqu'une personne tente d'en convaincre une autre, cette dernière a plus de chances de produire un effort supplémentaire et de le maintenir. Cependant, si une personne tente d'en dissuader une autre, cette dernière aura, par la suite, tendance à éviter les situations qui représentent un défi et à renoncer rapidement lorsqu'elle fera face à une épreuve (Bandura, 1997, 2007 ; Bong & Skaalvik, 2003 ; Van Dinther et al., 2011). Quatre thèmes influencent la persuasion verbale : les propos basés sur l'aptitude, la similitude avec les caractéristiques, la crédibilité de la personne qui tente de convaincre ou

de dissuader et l'effort fourni. Quand une personne tente d'en persuader une autre à propos de l'accomplissement d'une tâche, faire allusion aux aptitudes ou compétences de cette dernière plutôt qu'aux efforts fournis contribue à accroître son auto-efficacité. L'individu accordera plus ou moins d'importance aux propos persuasifs en fonction de la similitude de caractéristiques personnelles qu'il possède avec la personne qui tente de le persuader. Cependant, pour que cette persuasion ait un effet sur le sentiment d'efficacité personnelle, il lui faut venir d'une personne significative aux yeux de l'individu qui la reçoit (par exemple, les pairs, les parents, les formateurs) et que cet individu dispose déjà de certaines croyances en ses propres capacités pour agir de façon efficace (Bandura, 1986).

Selon Bandura (2013, p. 156), « il est plus facile à quelqu'un de maintenir un sentiment d'efficacité, particulièrement quand il est confronté à des difficultés, si d'autres individus significatifs lui expriment leur confiance dans ses capacités que s'ils manifestent des doutes ». À performances égales, des évaluations négatives abaissent les croyances en ses capacités ainsi que les ambitions. À l'inverse, des feedbacks constructifs entretiennent les aspirations et confortent, voire améliorent le sentiment d'efficacité personnelle (Baron, 1988). La persuasion verbale pourrait signifier, pour le cas de notre étude, qu'à travers des suggestions, des avertissements, des conseils et des interrogations sur la connaissance des facteurs de risques de démence, la personne âgée peut être amenée vers la croyance qu'elle possède le potentiel pour effectuer avec succès le comportement qui, autrefois, l'embarrassait afin de préserver sa qualité de vie. De même, le SEP chez la personne âgée peut aussi être influencé par les messages de soutiens, critiques, encouragements, conseils, attentes, etc. que l'entourage lui adresse. Les individus sont sensibles à la perception qu'ont leurs familles, leurs pairs et leurs médecins de leur compétence ; et leur propre évaluation reflètent en partie ces perceptions (Cole, Maxwell & Martin, 1997 ; Philipps, 1987).

### **2.1.3.3. Les états physiologiques et émotionnels**

Selon Bandura (2003), les individus se basent, en partie, sur leur état physiologique et émotionnel lorsqu'ils évaluent leur capacité. Autrement dit, l'individu évalue ses propres capacités à la lumière des données somatiques transmises par ses états physiques et émotionnels. Il perçoit qu'il possède ou non la capacité à effectuer une tâche donnée en fonction de ce qu'il ressent sur les plans physique et émotionnel. De cette façon, si l'individu se sent bien en effectuant ou à l'idée de devoir effectuer une tâche, il interprètera qu'il possède les capacités requises pour la réaliser. À l'inverse, s'il ne se sent pas bien, il interprètera qu'il ne possède pas les capacités requises pour réussir (Van Dinther et al., 2011). Bandura (2003)

considère cette source d'information comme particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit d'activités physiques, de la santé ou de gestion du stress. Deux thèmes influencent les états physiques et émotionnels : les activateurs environnementaux et le sentiment de compétence. Les activateurs environnementaux influencent l'interprétation que la personne fait des indicateurs physiques et émotionnels. Par exemple, l'accélération du rythme cardiaque peut être causée par un grand stress ressenti ou lié à de l'euphorie selon la situation. Ce ne sont pas tant les états en eux-mêmes qui sont importants que la façon dont ils sont perçus et interprétés. En outre, un traitement positif des états ressentis devrait faire augmenter le sentiment de compétence de l'individu ainsi que son auto-efficacité. À l'inverse, un traitement négatif des états ressentis devrait faire diminuer le sentiment de compétence de l'individu ainsi que son auto-efficacité (Bandura, 1997 et 2003).

Pour le cas de cette étude, l'intérêt porté à cette notion vient du fait que le sentiment d'auto-efficacité réfère à la confiance que manifeste la personne âgée par rapport à ses propres habiletés pour la réalisation de performance des activités de vie quotidienne. Les habitudes de vie peuvent améliorer ou affaiblir les risques de démence chez la personne âgée. Ainsi, elle peut avoir un certain contrôle sur la qualité de sa santé en exerçant une certaine influence sur ses habitudes de vie. Pour exercer une telle influence ou pour changer une habitude de vie, elle doit avoir une croyance en ses capacités à pouvoir changer et à surmonter les difficultés rencontrées. Le sentiment d'efficacité aura une influence sur chacun des trois processus fondamentaux du changement personnel : 1) l'adoption de nouveaux comportements ; 2) leur usage généralisé dans diverses circonstances et 3) leur maintien au fil du temps. Ainsi le fait qu'une personne pense pouvoir se motiver et contrôler son comportement joue un rôle crucial dans la décision de changer de mauvaises habitudes de vie. Le sentiment d'être inefficace à agir sur sa santé est parfois une raison qui pourrait expliquer pourquoi des personnes ont de mauvaises habitudes de vie alors qu'elles pourraient en avoir de bonnes.

#### **2.1.3.4. La mesure du SEP**

Plusieurs domaines d'activités s'intéressent au SEP, par exemple, il peut s'agir de l'éducation, de la psychologie, de l'entreprise (Gaskill & Woolfolk Hoy, 2002), et de la santé (comment réaliser un comportement de santé ou éviter un comportement nocif pour la santé (Etter, Bergman, Humair & Perneger, 2000, Bagozi & Edwards, 1998). De manière plus éloignée de la conception initiale développée par Bandura, des mesures d'auto-efficacité généralisée, indépendante d'une activité particulière, ont été développées (Schwarzer, Müller & Greensglass, 1999). Dans ce dernier cas, l'auto-efficacité rend compte d'une disposition

plutôt générale, mesurée le plus souvent à l'échelle d'une activité particulière décomposée en niveaux de performances. « L'idée centrale commune à ces différents domaines est que la confiance d'un individu en sa capacité dans une tâche donnée détermine en partie la façon dont il va faire face à cette tâche et le niveau de performance qu'il va effectivement atteindre, pour peu que celle-ci dépende au moins en partie des actions de l'individu » (Galand & Vanlede, 2004, p 3).

## **2.2. GESTION DES RISQUES**

### **2.2.1. Définition de la gestion des risques**

La gestion des risques peut être définie comme « l'ensemble des politiques, des stratégies, des dispositifs de maîtrise, de contrôle et de suivi ainsi que des moyens humains, financiers et matériels mis en œuvre par une organisation afin d'identifier, de détecter, limiter et maîtriser les risques liés directement ou indirectement à ses activités » (Darsa, 2010, p.15).

Selon le Ministère français de la santé et la prévention (2013), la gestion des risques serait un processus continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation, qui permet de diminuer la survenue des risques et de leurs conséquences par l'identification, l'analyse, l'évaluation des situations dangereuses et des risques qui causent ou qui pourraient causer des dommages aux personnes, aux biens ou à l'environnement et le contrôle des risques résiduels.

Au regard de ce qui précède, nous pouvons dire que la gestion des risques est le processus qui permet d'identifier et d'évaluer les risques en vue d'élaborer un plan visant à minimiser et à maîtriser ces risques et leurs conséquences potentielles pour une entreprise ou un organisme. Elle émane d'un cadre de référence dont les recommandations émises servent à protéger la santé de la population tout au long de la vie, tout en augmentant la probabilité de succès et réduisant la probabilité d'échec et l'incertitude qui s'y attache.

### **2.2.2. Bref historique de la gestion des risques**

Selon plusieurs sources (Crockford, 1982 ; Harrington & Niehaus, 2003 ; Williams & Heins, 1995), c'est après la Deuxième Guerre mondiale que débute l'étude de la gestion des risques. Et jusqu'en 1956 qu'il n'y avait pas de livre sur la gestion des risques et aucune université n'offrait de cours sur le sujet. Les deux premiers livres académiques ont été publiés par Mehr & Hedges (1963) et Williams & Hems (1964) et leur contenu portait sur la gestion des risques purs, ce qui excluait les risques financiers des entreprises. Parallèlement, les ingénieurs ont développé des modèles de gestion des risques technologiques.

La gestion des risques prend véritablement un réel essor dans l'ensemble des pays occidentaux vers la fin des années 1970 et au début des années 1980. En effet, elle consistait à transférer le risque vers des assurances, désormais considérée comme un outil de protection en concurrence et en complémentarité avec plusieurs autres outils de gestion des risques. Avec cette nouvelle conception de la gestion des risques, les grandes entreprises, ayant des portefeuilles d'actifs physiques très diversifiés, ont commencé à développer l'auto-assurance contre des risques qu'elles pouvaient couvrir aussi efficacement que les assureurs. L'auto-assurance couvre les conséquences financières d'un événement moins favorable ou les pertes d'un accident (Erlich & Becker, 1972 ; Dionne & Eeckhoudt, 1985). Une activité simple d'auto-assurance est de créer une réserve de fonds assez liquide, pouvant être utilisée pour couvrir les pertes au moment d'un accident, des catastrophes naturelles ou d'une fluctuation négative du marché.

Aujourd'hui, la gestion des risques est considérée d'après la Federation of European Risk Management Associations (FERMA), comme le fait de prévoir, d'anticiper et de maîtriser les risques qui entourent les activités de l'organisation, que celles-ci soient passées, présentes et surtout futures. Tout en mettant l'accent sur une dimension organisationnelle et participative, incluant un ensemble de parties prenantes.

### **2.2.3. La gestion des risques et la promotion de la santé chez la personne âgée**

Le vieillissement a d'importantes répercussions sociales et économiques qui nécessitent des réponses immédiates. En réponse au vieillissement, l'une des plus importantes exigences est d'assurer le bien-être social et économique des personnes âgées. À cet égard, il est judicieux de comprendre dans quelle mesure la gestion des risques pourrait aider à prévenir la survenue d'une démence chez la personne âgée.

Dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, la santé est définie comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité ». La promotion de la santé est une approche qui cible les déterminants de la santé chez la population, différente de la prévention qui elle prend en compte des « facteurs de risques » auprès des « groupes à risque ». De ce qui précède, l'on comprend que depuis des décennies, la santé pour l'OMS est conçue comme un droit fondamental de la personne humaine. A ce droit s'ajoutent certaines conditions préalables à cette santé, telles que la paix, des ressources économiques suffisantes, les aliments et un logement approprié, un écosystème stable et une utilisation viable des ressources. La prise en compte de ces conditions préalables

met en évidence les liens inextricables qui existent entre la situation sociale et économique, l'environnement physique, les modes de vie individuels et la santé. (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, 1986). Ces liens sont la clé d'une compréhension globale de la santé, qui est un élément essentiel de la définition de la promotion de la santé, mais plus loin de l'élaboration d'une stratégie de gestion des risques de survenue d'une maladie. Seulement, il n'existe cependant pas de solution miracle en gestion des risques, de boîte à outils apportant une solution satisfaisante dans tous les cas. Comme le rappellent Véret & Mékouar (2005, p.15), « même armé, le risque n'a pas fini de nous surprendre », même avec des dispositifs construits et aboutis de gestion des risques, les risques futurs ne peuvent être complètement appréhendés.

En effet, la gestion des risques dans ce cas va consister en un ensemble d'activités, des soins de santé primaires avec au minimum une éducation sanitaire pour les personnes âgées, portant sur la nature et l'ampleur des facteurs de risques et sur les méthodes permettant de prévenir et de maîtriser la survenue d'une démence. Ainsi, grâce à l'éducation pour la santé, les soins primaires pourront être menés auprès des personnes âgées ceci en tenant compte de leurs besoins individuels. Par conséquent, la prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

#### **2.2.4. La gestion préventive des risques de démence chez la personne âgée**

La prévention des maladies et des blessures tout comme, la promotion de la santé sont des approches largement invoquées pour faire face aux défis que pose le vieillissement des populations. Depuis les années 1980, guidé par des expériences de santé communautaires locales, et par la résolution des conférences internationales (Alma Ata, Bamako, Harare), le Cameroun a mis en place plusieurs réformes du système de santé gardant comme cadre général le développement des soins de santé primaires. L'une de ces réformes se trouve dans la déclaration Nationale de la Politique des Soins de Santé Primaires (Okalla & Le Vigouroux, 2001). Ainsi, la prévention est alors décrite comme l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. Celle-ci peut être *universelle* voire *positive* lorsqu'elle concerne l'ensemble de la population quel que soit son état de santé. Sélective lorsqu'elle s'adresse à des sous-groupes de population spécifiques (femmes, adolescents, personnes âgées etc.) et *ciblée* voire *de protection* lorsqu'elle n'est recommandée que pour des personnes présentant un facteur de risque, une condition ou une anomalie les identifiant comme présentant un risque suffisamment élevé pour nécessiter l'intervention (Gordon, 1982).

La prévention présuppose, comme le soulignent Shankand, Saïas & Friboulet (2009) qu'un travail de recherche épidémiologique et d'évaluation de programme soit réalisé par les autorités sanitaires responsables afin de bâtir, évaluer et adapter lesdits programmes aux besoins identifiés. Mais que veut dire prévenir ? Etymologiquement, prévention vient de « pre-venir » qui signifie « venir avant ». Pour l'OMS (1982), « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », elle distingue 3 types de prévention, qu'elle qualifie de primaire, secondaire ou tertiaire et qui correspondent en fait à des états successifs de la maladie.

➤ **La prévention primaire avant l'apparition de la maladie**

C'est sous le vocable de « prévention primaire » que l'OMS (1984) définit l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. Il est question à ce stade de la prévention de prendre en compte chez la personne âgée, les conduites individuelles à risque, comme les risques en termes environnementaux ou sociétaux.

➤ **La prévention secondaire au début de la maladie**

Le dépistage est au cœur de la prévention secondaire en ce sens qu'il permet de détecter une atteinte ou la présence de facteur de risque, servant à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population.

➤ **La prévention tertiaire et l'installation de la maladie**

Enfin, l'OMS (1984) envisage une « prévention tertiaire » qui intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En effet, la gestion du risque, qu'elle soit collective ou individuelle se réalise parfois par une suite d'opérations parfois complexes : l'identification, l'évaluation et l'appréciation des risques qui amènent les individus et les organisations à une décision et à son application.

### **2.2.5. Les niveaux de gestion des risques en santé**

Trois étapes sont identifiables dans le processus de réforme actuel pour le renforcement du système de santé de district : la préparation de la Réorientation des soins de santé primaires (RSSP) ; la RSSP en elle-même, et le Plan national de développement sanitaire (PNDS) (Okalla & Le Vigouroux, 2001).

Dans le monde en général et au Cameroun en particulier, la santé de la population est influencée par des facteurs individuels, sociaux, technologiques, économiques, environnementaux et politiques. D'après l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2013), ces déterminants peuvent agir seuls ou en association avec d'autres et influencer la santé dans un sens positif (facteur de protection) ou dans un sens négatif (facteur de risque). Dans le cadre de référence de la gestion des risques en santé publique au Québec, on note que l'ensemble des circonstances dans lesquelles se situe le risque à la santé de la population est multidimensionnel. Il inclut des facteurs qui peuvent avoir un effet sur le risque à la santé en agissant sur l'une des étapes causales de la chaîne de risque. La prise en compte du contexte initial et le suivi de son évolution éclaire la situation. Les différentes dimensions de la démarche multidimensionnelle impliquée dans la gestion des risques en santé sont exposées ci-après.

✓ **La dimension scientifique axée sur la santé de la population**

Cette dimension scientifique permet d'établir et de faire évoluer l'état des connaissances à partir des éléments tels que : les sources et les agents impliqués ; les voies d'exposition possibles au risque ; la population affectée par le risque et les groupes vulnérables incluant les caractéristiques. La dimension scientifique intègre aussi les aspects démographiques ; ici nous parlerons de la personne âgée comme groupe vulnérable avec des effets sur la santé (morbidité, incapacité et mortalité) à la suite d'une exposition ; le niveau de risque.

✓ **La dimension environnementale**

La dimension environnementale inclut les environnements naturels (eau, air, sol, climat, etc.) et bâtis (air intérieur, etc.). Elle s'appuie aussi sur les sciences pour étudier certains facteurs environnementaux qui peuvent amplifier ou réduire les effets d'un risque sur la santé humaine. Le risque ou les mesures mises en place pour le réduire peuvent également avoir un impact sur les environnements naturels et bâtis.

✓ **La dimension sociale**

La dimension sociale du risque relève des structures et de la dynamique des humains en société, entendue comme un regroupement lié par des liens multiples et complexes. On pourra avoir : le style de vie ; les liens entre les membres d'un groupe, l'identité collective, l'appartenance, la famille ; le bien commun (INSPQ, 2013).

### ✓ **La dimension économique**

La dimension économique englobe différents coûts financiers, tant ceux associés aux effets du risque sur la santé que ceux associés aux options de gestion envisagées. On peut citer : les coûts directs de gestion du risque et de traitement des individus affectés (ressources humaines, matérielles et informationnelles) ; les coûts indirects liés aux effets sur la capacité de travail des individus et des familles ; les revenus familiaux et de la communauté.

Si la gestion des risques est essentielle pour préserver la santé des personnes face aux situations d'urgence et aux catastrophes, pour garantir la sécurité sanitaire à l'échelle locale, nationale et mondiale, pour atteindre la couverture sanitaire universelle et pour renforcer la résilience des communautés, des pays et des systèmes de santé, il est nécessaire de s'intéresser à la notion de risque.

#### **2.2.6. Définition de la notion de risque**

Étymologiquement le risque était associé au danger : le risque viendrait de l'italien *risco* ou de l'espagnol *riesgo*, pour désigner « ce qui coupe », d'abord utilisé par les navigateurs du XIV<sup>e</sup> siècle pour qualifier l'écueil qui menace les navires, « puis plus généralement tout danger encouru par les marchandises en mer » (Perreti-Watel 2001, p 6-7). Cependant, Peretti-Watel (2001) rajoute que le risque n'est pas qu'un nouveau terme pour signifier le danger, il représente aussi une nouvelle manière de se conceptualiser le danger : le danger survient désormais par « accident » et de manière imprévisible, ne possédant ni cause, ni fautif et ni responsable (Perreti-Watel 2001). En effet, la notion « d'accident » devient centrale dans la définition du risque et du danger dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle, et ce, contrairement aux sociétés magico-religieuses qui concevaient toute adversité comme étant intégrée à une perspective religieuse (Ewald 2000 ; Douglas 2002 ; Le Breton 1995). Le risque est inhérent à l'être humain, car il a toujours existé et constitue, d'après les économistes, son essence. Venir au monde c'est déjà prendre un risque, celui de mourir car la survie n'est jamais assurée.

D'un point de vue épistémologique, Hansson (2004, 2005) va relever différentes définitions du risque comme étant un événement indésirable susceptible de se produire. C'est aussi :

- ◆ La cause d'un événement indésirable susceptible de se produire (manger trop salé constitue un risque pour la santé) ;

- ◆ La probabilité d'apparition d'un événement indésirable (globalement, pour l'ensemble des consommateurs, le risque de voir leur espérance de vie diminuer à cause du sel est de x %) ;
- ◆ Le fait qu'une décision soit prise dans des conditions où les probabilités sont connues (décisions sous risques – en opposition aux décisions sous incertitudes où les probabilités ne sont pas connues – par exemple : les probabilités liées aux différentes maladies associées au tabac sont si bien connues que la décision de fumer ou non peut être considérée comme une décision sous risques). Nous pouvons retenir que le risque représente une probabilité de perte ou de dommage, ayant des causes multiples : responsabilité légale, catastrophes naturelles, accidents, erreurs de gestion ou menaces relatives à la sécurité informatique, etc.

### **2.2.3.1. Évolution de la notion de risque**

Le concept de risque est ambigu, c'est pour cette raison que Caeymaex (2007) pense que sa saisie est complexe étant donné que le risque « n'existe pas », qu'il est toujours potentiel, virtuel donc pas « actuel ». Le risque est ainsi défini comme « la combinaison de la probabilité d'un dommage et de sa gravité » (Guide 51 de l'ISO, 1999). ». Castel (1983) montre que la notion de risque se distingue aujourd'hui de celle du danger, dans la mesure où l'évaluation du risque ne présuppose pas la présence d'un danger précis porté par un individu ou même par un groupe concret, « mais un effet de la mise en relation de données abstraites ou facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement de comportement indésirable » (Castel 1983, p 122). Castel (1983) souligne cette contradiction en affirmant que : « la dangerosité est une notion assez mystérieuse, et profondément paradoxale, puisqu'elle implique à la fois l'affirmation de la présence d'une qualité immanente au sujet, et une simple probabilité, une donnée aléatoire, puisque la preuve du danger ne sera donnée que dans l'après coup, si le passage à l'acte a effectivement lieu » (Castel, 1983, p120).

Seulement, ces approches ne confèrent toujours pas à la notion de risque un statut consensuel, si ce n'est avoir en commun la notion de potentialité, même si cette dernière ne s'exprime pas de façon unique. Le risque peut cependant se résumer de manière assez simple, selon une approche juridique notoire, comme un événement dont la survenance, aléatoire, est susceptible de causer un dommage aux personnes ou aux biens voire aux deux à la fois.

### 2.2.3.2. Les caractéristiques du risque

Comprendre les caractéristiques du risque est essentiel afin d'offrir des solutions adéquates de gestion. Bien qu'il n'existe pas, dans la littérature, de classification standardisée des risques, ils sont souvent définis par la communauté selon le temps et l'espace, il est possible de déterminer le niveau de gravité et la fréquence ainsi que l'estimation et la mesure du risque. On y distinguera également le risque et la menace à la santé. Enfin, on exposera le concept de la perception du risque.

#### ➤ La Classification des risques : fréquence et niveau de gravité

Suivant les travaux de Farmer (1967), le risque majeur se définit comme la menace d'un événement à fréquence faible (autrement dit, à faible occurrence ou à faible probabilité) et de grande gravité car touchant des enjeux importants. Tous les risques peuvent être classés en fonction de leur fréquence d'apparition et de leur gravité, celui-ci peut être latent (il n'est pas encore manifeste), apparent (il se manifeste) ou disparu (il ne peut plus se manifester). On pourra donc avoir :

1. **Le risque naturel majeur** est une menace découlant de phénomènes géologiques ou atmosphériques aléatoires, qui provoquent des dommages importants sur l'homme, les biens, l'environnement.
2. **Le risque technologique majeur** est le risque engendré par l'activité humaine. C'est la menace d'un événement indésirable engendré par la défaillance accidentelle d'un système potentiellement dangereux et dont on craint les conséquences graves, immédiates comme différées, pour l'homme et (ou) son environnement. Le risque peut être qualifié par son niveau (faible, moyen ou élevé) qui traduit son importance. Ce niveau est estimé en combinant les estimés qualitatifs ou quantitatifs respectifs des deux dimensions que sont l'importance des conséquences et la probabilité d'observer ces conséquences.
3. **Les risques de transports collectifs** (personnes, matières dangereuses) sont un cas particulier des risques technologiques, car les enjeux varient en fonction de l'endroit où se produit l'accident
4. **Les risques de la vie quotidienne** (accidents domestiques, accidents de la route ...).
5. **Les risques liés aux conflits.**

Cependant, en comparant l'ensemble de la littérature avec l'expérience pratique, il apparaît plus adapté de présenter une différenciation entre risques externes et risques internes ce qui va se décliner en quatre grandes catégories :

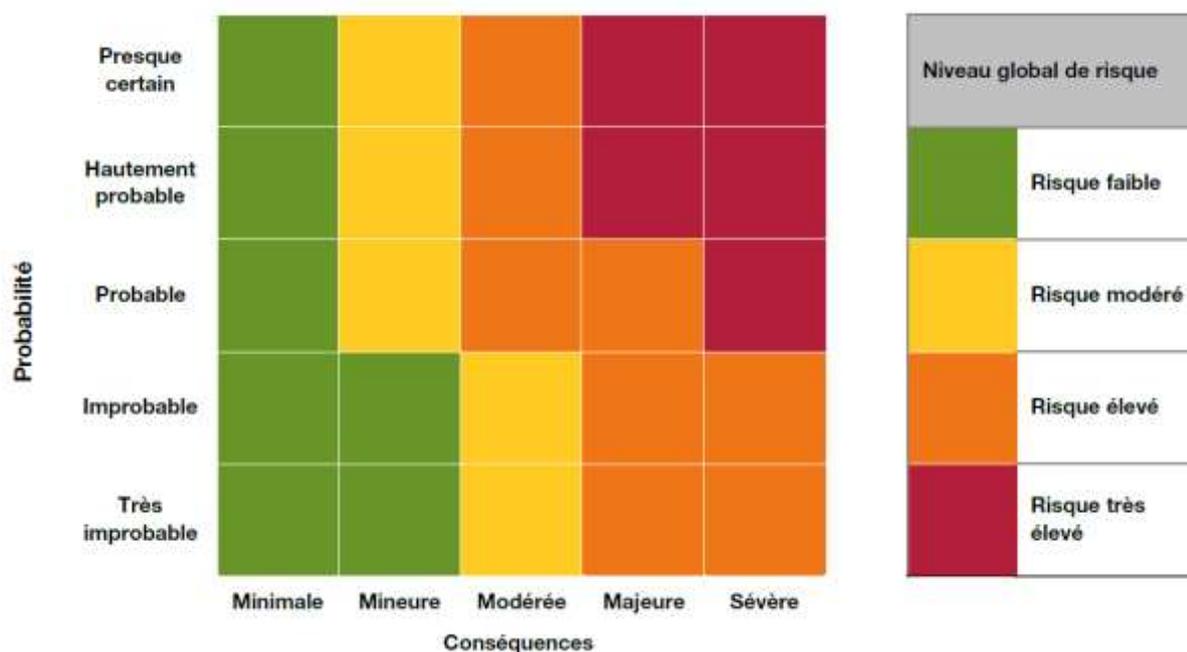
- ◆ Risques de fréquence et de gravité faibles : Ce sont des risques qui se réalisent rarement et dont l'impact est limité même s'ils se réalisent. L'individu peut vivre avec ces risques, nous parlerons de risques mineurs.
- ◆ Risques de fréquence faible et de gravité élevée : Ce sont des événements qui se produisent rarement mais dont les conséquences sont significatives lorsqu'ils se produisent. En raison de leur faible fréquence il est difficile de prévoir et d'anticiper leur survenance. Cette deuxième catégorie est dénommée risques catastrophiques.
- ◆ Risques de fréquence élevée et de gravité faible : Ces événements se produisent assez régulièrement mais leurs conséquences sont relativement faibles, le risque est généralement prévisible, cette catégorie peut être dénommée risque opérationnel.
- ◆ Risques de fréquence et de gravité élevées : Les événements se produisent régulièrement et leurs conséquences sont à chaque fois significatives. On parle alors de situation d'évitement.

#### ➤ **Estimation et mesure d'un risque**

Le risque peut être qualifié par son niveau (faible, moyen ou élevé) qui traduit son importance. Ce niveau est estimé en combinant les estimés qualitatifs ou quantitatifs respectifs des deux dimensions suivantes : l'importance des conséquences et la probabilité d'observer ces conséquences.

Le niveau de risque peut être ainsi représenté sous forme de catégories distinctes qui se traduiront par un risque faible, moyen ou élevé. Pour rendre compte du continuum de niveau de risque observé dans le monde réel, davantage de catégories peuvent être utilisées, par exemple très faible, très élevé, etc. Les seuils entre les catégories sont définis en fonction du risque étudié et du contexte. Ils devraient faire l'objet d'une entente entre les parties prenantes. Le niveau de risque peut être représenté visuellement à l'aide d'un outil graphique appelé la matrice de risque (figure 1).

**Figure 1 : Matrice de risque**



**Source** : adapté et traduit avec la permission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2012, p 20-21).

### ➤ Le risque et la menace à la santé

Une menace à la santé de la population peut se définir par la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée (INSPQ, 2013). Il convient de retenir qu'en santé publique une menace est une sous-catégorie de risques, même si tout risque ne constitue pas nécessairement une menace. Bref, on désigne en santé publique sous le terme de « menace », un risque qui comporte les trois caractéristiques suivantes :

- ◆ L'agent en cause est biologique (virus, bactéries, etc.), chimique (plomb, mercure, organochlorés, monoxyde de carbone, etc.) ou physique (radiations, ondes électromagnétiques, etc.).
- ◆ Il est susceptible de causer une épidémie ;
- ◆ Il n'est pas contrôlé, lorsqu'il n'y a pas de mesures mises en place pour briser la chaîne de risque ou lorsque les mesures déjà appliquées n'y parviennent pas.

### ➤ La perception du risque et santé de la population

Par ailleurs, un risque représente également un construit social (IRGC, 2005). Le lien entre la représentation mentale subjective de chaque individu et la réalité objective se forge au

travers des expériences de dangers réels et de leurs conséquences ainsi que sur la base de savoirs, concepts, valeurs, besoins et intérêts. La perception du risque désigne toutes les représentations mentales et les façons dont les humains appréhendent, comprennent et évaluent un risque, et ce, à partir de leur propre perspective et de leurs propres expériences. Les facteurs qui modulent les perceptions sont très variés (INSPQ, 2013). Ils peuvent être :

- ◆ Liés à l'individu : expérience personnelle et connaissance du risque, âge, niveau de scolarité, caractéristiques ou bénéfices personnels, etc. ;
- ◆ Socioculturels : valeurs collectives, lois et normes sociales, communication par les médias, par les groupes en présence, mobilisation sociale, etc. ;
- ◆ Externes : nature et importance du risque, lieu, écosystèmes, impacts économiques, etc.

Ainsi, la perception d'un même risque peut grandement varier d'un individu à un autre ou entre les groupes d'individus. De plus, les perceptions évolueront dans le temps. Or, celles-ci influencent significativement le comportement des individus (IRGC, 2005). Il est donc important de les comprendre et de les prendre en compte pour favoriser l'implication des parties prenantes. Il pourrait avoir un risque en santé publique à la suite d'une exposition à un agent dangereux dans deux cas de figures : d'une part s'il y a ou pourrait y avoir des conséquences négatives sur la santé humaine et d'autre part si le risque touche la santé d'une population. (INSPQ, 2013 ; IRGC, 2005 et OMS, 2012). Les conséquences du risque pourront toucher la santé directement (morbidité, incapacité et mortalité) ou indirectement, par exemple à travers des impacts sociaux ou économiques. La probabilité du risque à la santé est associée à différents types de probabilité : -la probabilité d'apparition de l'agent dangereux ; - la probabilité d'exposition à l'agent dangereux ; -la probabilité d'observer des effets négatifs sur la santé d'une population après l'exposition à l'agent dangereux. Cette probabilité peut être estimée quantitativement (pourcentage, nombre possible de cas, etc.) ou qualitativement (rare, probable, presque certain, etc.).

## **2.3. DÉMENCE**

### **2.3.1. Définition de la démence**

La démence est de nos jours un problème de santé publique très préoccupant au point où l'utilisation de multiples outils et critères a conduit de nombreux auteurs à proposer une multitude de définitions. Sur le plan scientifique, deux définitions sont généralement utilisées, il s'agit de celle de l'OMS et de celle proposée par l'American Psychiatric Association (APA).

L'OMS, dans la 10<sup>ème</sup> édition de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), définit la démence comme un syndrome dû à une maladie cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisée par une altération de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Le syndrome ne s'accompagne pas d'un obscurcissement de la conscience. Les déficiences des fonctions cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. Ce syndrome survient dans la MA, dans les maladies vasculaires cérébrales, et dans d'autres affections qui, de manière primaire ou secondaire, affectent le cerveau. (OMS, 2007).

Dans la quatrième version révisée du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV-TR), l'APA (2000) définit la démence comme « l'apparition de déficits cognitifs multiples qui comportent une altération de la mémoire et au moins l'une des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives. Les déficits cognitifs doivent être suffisamment sévères pour entraîner une altération significative du fonctionnement professionnel ou social et doivent représenter un déclin par rapport au niveau du fonctionnement antérieur de la personne. Enfin, ces déficits ne doivent pas être liés à un delirium ou à une affection psychiatrique ».

En 2013, une nouvelle définition a vu le jour, il s'agit de la définition issue de la cinquième édition du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-V). Le DSM-V a supprimé le terme démence qui a été remplacé par la notion de « troubles neurocognitifs majeurs ». Hormis ce changement de nomenclature, pour ce qui est des critères diagnostiques, le DSM-V à la différence du DSM-IV ne requiert plus nécessairement que la mémoire soit l'un des domaines affectés et il permet dorénavant de prendre en compte des déficits cognitifs limités à un seul domaine. Nous pouvons dire que la démence est une affection qui touche le mental du sujet, avec une altération progressive de la fonction intellectuelle induisant chez le sujet des déficits comportementaux. Affection englobante et qui est susceptible de toucher toutes les tranches d'âge.

### **2.3.2. Évolution de la démence**

La démence, pathologie connue depuis la plus haute antiquité, a très souvent été assimilée à la folie. Dans l'antiquité, la démence était définie comme un état d'aliénation mentale ou d'altération du jugement lié au très grand âge, synonyme de folie (source). Sur le

plan étymologique le mot « Démence » tire son origine du latin « Dementia » (De = privatif et mens = esprit), « privé d'esprit » synonyme de Amentia (folie, extravagance, aliénation mentale). Le terme démence est utilisé depuis des siècles par les différentes corporations qui traitent les problèmes relatifs à l'homme et son comportement (les médecins, les juristes etc...). Les traces de la démence étaient retrouvées dans des papyrus égyptiens, dans lesquels les gens de l'époque considéraient que l'âge pourrait être accompagné par d'importants troubles de la mémoire. (Moussiliou Noël Paraiso, 2010).

À la fin du 2ème siècle les auteurs romains de la période hellénistique ont repris la considération de l'époque égyptienne et ont estimé que la démence est une maladie à part entière. Ils étaient amenés à faire la distinction entre les troubles aiguës et les troubles chroniques, c'est ainsi que Galien sera le premier à introduire le terme « Dementia », qu'il distingue du délirium caractérisé par son évolution aiguë. (Samba, 2016). À partir de cette période gréco-romaine, une longue période sans évolution dans la connaissance de la démence a été observée jusqu'au 19ème siècle. A la fin du 19ème siècle, la notion de la « sénilité conséquence du péché originel », le prix à payer suite aux excès commis par ce dernier va reprendre. Et les individus atteints de troubles mentaux, étaient victimes de mauvais traitements, dû au fait que la « détérioration mentale ». Cela justifiait des châtements comme l'emprisonnement, l'internement dans des asiles, et même la mise à mort.

C'est Pinel (1745-1826) le père fondateur de la psychiatrie moderne qui va faire la véritable description de la démence (Rigaux, 1994). Il sera le premier à donner à la démence un sens plus clinique, en la définissant comme « une situation marquée par une perturbation des qualités intellectuelles spécifiques de l'humain marquant ainsi une abolition complète de la pensée ». Par la suite, les recherches dans le domaine des démences se sont multipliées à partir des années 1990. Et suite à ses nombreux travaux sur le tissu cérébral, Aloïs Alzheimer introduit la notion de démence, qu'il définit comme une dégénérescence neuro-fibrillaire du tissu cérébral. La démence acquiert donc un statut de maladie neurologique en étant une affection organique du cerveau.

### **2.3.3. Épidémiologie de la démence**

Une meilleure connaissance de l'épidémiologie des démences est une nécessité incontournable pour apprécier l'importance du phénomène et les moyens de le contrôler. (Dartigues et al., 2001). La répartition de la démence en tant qu'affection n'est pas homogène au sein des communautés. Sur le plan épidémiologique, quelques indicateurs aident à faire la

description de sa distribution et la comparaison entre les différentes classes. Seulement, les indicateurs utilisés sont ceux des pays en développement.

#### **2.3.4. Prévalence des démences**

La prévalence est un indicateur statique de morbidité. Elle se définit comme la proportion des cas d'une maladie observée à un instant donné dans une population.

##### **➤ Au niveau mondial**

Il n'est pas toujours facile d'avoir une estimation globale de la prévalence des démences. En effet, l'hétérogénéité dans les méthodologies (type de population, outils et critères diagnostiques) rend difficile la comparaison des données issues des différentes études. L'estimation de la prévalence globale est très souvent réalisée à partir de méta-analyses (Prince et al., 2014). En 2015, la démence a touché plus de 47 millions de personnes dans le monde, et ce nombre devrait atteindre 76 millions en 2030, puis 145 millions à l'horizon 2050. Près de 60 % des personnes atteintes de démence vivent actuellement dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et la plupart des nouveaux cas (71 %) devraient survenir dans ces pays. Cette situation contribuera sans doute à creuser les inégalités entre les pays et les populations, au sein desquels les types de démence les plus courants sont la maladie d'Alzheimer et la démence d'origine vasculaire. (Alzheimer's Disease International, 2012).

##### **➤ Au niveau de l'Afrique**

Selon l'ADI (2016) les démences en Afrique sub-Saharienne représentent un défi et des opportunités, même si la prévalence des démences spécifiques chez les personnes âgées de plus de 60 ans est de 6,38%, celle-ci doublant avec une augmentation de l'âge de 7,2 ans. Et même si peu d'études ont été menées en Afrique sur la démence, les auteurs estiment à 2,13 millions le nombre de personnes vivant avec une démence en ASS en 2015. Ce nombre atteindra 3,48 millions d'ici 2030 et 7,62 millions d'ici 2050, avec des augmentations plus importantes en Afrique Centrale et Afrique de l'Est (OMS, 2015). Ces augmentations par rapport aux estimations du Rapport Mondial Alzheimer 2015 sont liées au vieillissement de la population et à une prévalence estimée légèrement plus élevée en ASS.

Dans certains pays tel que le Benin, le Sénégal, la Tunisie, le Nigéria et l'Égypte, la Côte d'Ivoire, quelques études populationnelles ont été réalisées, seules des données hospitalières ou des études de cas cliniques ont été publiées (Kouassi, et al., 2017). La faible prévalence des démences chez les personnes âgées pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. Il

s'agit tout d'abord d'obstacles d'ordre méthodologique à savoir : absence de formation suffisante des professionnels, absence d'outils de dépistage psycho-cliniques validés, choix des populations d'enquête (Pollitt, 1996). D'autre part, cette faible prévalence pourrait être associée à une réelle tolérance des personnes atteintes de démences par la société voire à l'existence d'un facteur protecteur socioculturel ou environnemental (Clément & Leger, 1996 ; Graff-Radford Green, Go, Hutton, Edeki, Bachman & Farrer, 2002).

#### ➤ **Au niveau du Cameroun**

Maladie non transmissible, la démence est l'une des causes principales de handicap en ce sens qu'elle induit « *une limitation des possibilités de pleine participation d'une personne présentant une déficience à une activité dans un environnement donné* » (article 2 de la Loi N° 2010/002 du 13 avril 2010), et de dépendance parmi les personnes âgées dans le monde, imposant une charge très lourde aux personnes, aux familles, aux communautés et aux sociétés. Elle est souvent sous-diagnostiquée au sein de la population camerounaise, surtout celle qui est défavorisée et qui vit pour la plupart dans la zone rurale. Lorsqu'un diagnostic est posé, la maladie se trouve généralement à un stade relativement avancé, ce qui pourrait rendre difficile sa prise en charge.

#### ➤ **Incidence**

Selon Touré Kamadore (2007, p19), les études « d'incidence de la démence sont beaucoup moins fréquentes que celles de prévalence dans le monde en général et en Afrique en particulier ».

#### ➤ **Mortalité de la démence**

Tout comme l'incidence, la mortalité est un indicateur épidémiologique dynamique. Elle se définit par la proportion de décès observé au sein d'une population donnée à un moment donné. Selon les données de l'OMS (2018), les troubles mentaux et neurologiques sont responsables d'environ 1% des décès, et représenteraient près de 11% de la charge de morbidité dans le monde entier. Les troubles neurologiques et des maladies cérébraux-vasculaires combinés représentent 7,1% de la charge totale de morbidité mesurée en DALY (Disability-Adjusted Life-Years) pour toutes les causes et tous les âges confondus. (Alzheimer's Disease International et OMS, 2012).

### 2.3.5. Les facteurs de risque et de protection de la démence

Un facteur de risque est défini comme une caractéristique individuelle ou collective dont la présence est associée à une modification de la probabilité (ou risque) de survenue d'un événement de santé (selon le sens de la relation, on parle de facteur de risque ou de facteur protecteur) (Alla, 2016). Pour Dartigues et al., (2001, p 78), « la connaissance des différents facteurs de risque de la démence reste primordiale, dans un double but à la fois de meilleure compréhension des mécanismes de cette maladie, mais également dans un but de prévention afin de diminuer l'incidence de cette maladie ». Ainsi, selon Touré Kamadore (2007, p 25) « de nombreux travaux ont mis en exergue le rôle de l'hérédité, des variables sociodémographiques, de la morbidité, des habitudes de vie ainsi que du réseau social dans la survenue de la démence. Il existe deux types de facteurs de risque de démence : les facteurs non modifiables et les facteurs modifiables.

#### ✓ **Les facteurs de risque non modifiables**

Ces facteurs sont ceux qui ne peuvent pas être changés ou éliminés, comme l'âge, les antécédents familiaux et la génétique, présentés ci-dessous :

##### ➤ **L'âge**

Bien que l'âge soit le plus grand facteur de risque connu de démence, il ne s'agit pas pour autant d'une conséquence inéluctable du vieillissement. Du reste, la démence ne touche pas exclusivement les personnes âgées, puisque la démence d'apparition précoce (définie comme l'apparition des symptômes avant l'âge de 65 ans) représente jusqu'à 9 % des cas. (Alzheimer's Disease International et OMS, 2012).

##### ➤ **Le sexe**

Une étude récente a montré qu'il n'y avait pas de différence liée au sexe dans le risque de survenue de la démence quand l'observation débutait à partir de 45 ans (Chêne, Beiser, Au R., Preis, Wolf, Dufouil & Seshadri, 2014). Seulement, certains éléments incitent à penser que, d'une manière générale, les femmes sont plus sujettes à la démence que les hommes. Beaucoup de différences existent entre les hommes et les femmes, expliquant potentiellement cette différence d'incidence en fonction du sexe ; nous pouvons citer les différences biologiques et hormonales, avec notamment un possible effet des œstrogènes, différences génétiques, mais également différences socio-culturelles.

### ➤ **Les facteurs génétiques**

Selon Gatz et al., (2006), le risque de survenue d'une démence liée aux facteurs génétiques est de plus de 50%. Également reconnus comme des déterminants de démence et en particulier de la maladie d'Alzheimer (MA), les facteurs génétiques font l'objet d'un consensus général, en dehors des formes héréditaires autosomales dominantes, il s'agit de la présence de l'allèle e4 de l'Apo lipoprotéine E (ApoE). Située sur le chromosome 19 dont la présence augmenterait le risque de démence (Liu et al., 2013), l'ApoE est le principal transporteur du cholestérol dans le cerveau impliqué dans la maintenance et la réparation neuronale.

### ✓ **Les facteurs de risque modifiables**

Ces facteurs concernent ceux qu'on peut contrôler en prenant des mesures, on peut citer :

#### ➤ **Le statut matrimonial**

Le statut matrimonial de la personne a longtemps été associé à une longévité et au risque de survenue d'affections psychiatriques chroniques (Helmer et al., 1999). En effet, les sujets célibataires ou vivant seuls ont un risque double de développer une démence par rapport à des sujets vivant en couple, aussi un faible réseau social augmente également le risque de démence de 60 %. Ces éléments pourraient favoriser la stimulation cognitive, soit à l'intérieur du couple, soit par un réseau social plus développé, et ainsi protéger contre, ou retarder la phase clinique de la démence. D'où l'importance du maintien d'une vie harmonieuse chez les sujets âgés.

#### ➤ **Le niveau d'instruction**

Le rôle de l'instruction comme facteur de risque de démence a fait l'objet de plusieurs travaux dans le monde.

#### ➤ **Le niveau socio-économique**

La démence a des conséquences sociales et économiques importantes en termes de coûts médicaux et sociaux directs, de frais engagés pour les soins informels. En 2015, le coût sociétal total de la démence dans le monde était estimé à 818 milliards de dollars (US), soit 1,1% du produit intérieur brut (PIB) mondial. Le coût total en pourcentage du PIB variait de 0,2% dans les pays à revenu faible à 1,4% dans les pays à revenu élevé.

### ➤ **Les habitudes et qualité de vie**

Des études ont montré qu'il existait un lien entre l'apparition de troubles cognitifs et des facteurs de risque liés au mode de vie qui sont communs à d'autres maladies non transmissibles, comme la sédentarité, l'obésité, l'inactivité physique, une alimentation déséquilibrée, le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool, ainsi que le diabète sucré et l'hypertension à partir de la quarantaine (Prince, Albanese, Guerchet & Prina, 2014). La qualité de vie quant à elle se base sur une vision multifactorielle. Pour l'OMS (2012), la qualité de vie se définit comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.

### ➤ **Les maladies cardiovasculaires**

Le terme « vasculaire » réfère donc à toutes les causes possibles de maladies vasculaires cérébrales. L'interaction des facteurs vasculaires et des processus dégénératifs double presque le taux de progression des déficits cognitifs, comparativement aux manifestations attendues pour une démence. Les maladies vasculaires et les démences sont des affections touchant particulièrement les sujets âgés. Les liens entre les facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, diabète, hypercholestérolémie etc. ...) et les démences ont été beaucoup étudiés (Barnes & Yaffe, 2011 ; Mielke, Rosenberg, Tschanz, Cook, Corcoran & Hayden, 2007 ; Hanon, 2014). Ces facteurs de risque vasculaires affectant le cerveau et causent différents types d'AVC ou y contribuent, et entraînent des phénotypes cliniques variés. C'est le cas notamment de l'artériosclérose, de la sténose carotidienne, de la fibrillation auriculaire, de l'hypertension artérielle (HTA), du diabète sucré, de l'hypercholestérolémie, l'hyperlipémie, le tabagisme, l'arythmies, l'insuffisance cardiaque, l'hypotension, et d'accident ischémique transitoire (AIT), etc. Seulement, « au Cameroun les connaissances actuelles sur les accidents vasculaires cérébraux sont limitées par la rareté des études menées uniquement dans les hôpitaux. Toutefois, la pathologie vasculaire représente 40 à 50% de l'activité en hospitalisation de neurologie ». (Kuate-Tegueu et al., 2016, p 2)

#### **2.3.6. Les facteurs de protection**

Un niveau socioculturel élevé, une vie sociale riche auraient un effet protecteur. Celui-ci pourrait s'expliquer par le développement de connexions neuronales plus nombreuses du fait

de la richesse des stimulations cognitives. On pourrait penser que la consommation modérée d'alcool, sous forme de vin ou de bière, est associée à un risque moindre de démence. La personne âgée, du fait de sa vulnérabilité a besoin d'une protection sociale afin de réduire la survenue d'une démence. Il est question de prendre des mesures de prévention primaire qui devraient être appliquées en rapport avec la lutte contre les facteurs de risque surtout ceux vasculaires. De ce fait la notion de « l'amélioration de la qualité de vie » et de « l'intervention auprès des personnes âgées » se sont imposés avec acuité dans les milieux de santé en gérontologie (OMS, 2003).

## **2.4. CLASSIFICATION DE LA DÉMENCE**

Dans le but d'une harmonisation de la définition et du diagnostic des démences, une mise en commun des manifestations cliniques ou des facteurs associés a abouti à une classification des démences. Il existe deux grandes classes de démence à savoir : les démences dégénératives et les non-dégénératives. A travers le tableau I, nous avons un essai de classification des deux grandes classes et des sous types. Les types de démence se différencient selon le genre de lésion, la topographie, l'étiologie, l'âge d'apparition et l'évolution de la maladie avec ses symptômes ou manifestations.

### **2.4.1. Les démences dégénératives**

Les démences neurodégénératives encore appelées démences dégénératives, sont dues à une dégénérescence des cellules nerveuses cérébrales. Cette catégorie de démence regroupe la MA, les démences frontaux-temporales, les démences à corps de Lewy, la maladie d'Huntington et l'aphasie progressive primaire. Nous pouvons citer :

- **La maladie d'Alzheimer (MA)**

La maladie d'Alzheimer (MA) est une pathologie qui touche le cerveau de manière évolutive, elle perturbe gravement la faculté de penser et la mémoire. Elle est la plus courante puisqu'elle représente à elle seule 60 à 70% des cas de démences enregistrés dans le monde (Reitz, Brayne & Mayeux, 2011). Selon l'OMS, la MA est une maladie cérébrale neurodégénérative primitive. Elle est classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies). Elle se caractérise par un déclin progressif des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'idéation, la compréhension, le calcul, le langage, la capacité d'apprendre et le jugement. La cause exacte de la démence de type Alzheimer (MA) demeure inconnue. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés à partir

d'études épidémiologiques révélant que la MA est une maladie multifactorielle faisant intervenir une combinaison de facteurs individuels et environnementaux (Dartigues et al, 2001). Cette maladie est considérée comme la cause principale de dépendance chez le sujet âgé, car avec le temps, la vie quotidienne est compromise aussi bien pour la personne souffrante que pour son entourage, de plus c'est le premier motif d'institutionnalisation dans la plupart des pays industrialisés (HAS, 2010).

- **Démences frontaux-temporales (DFT)**

Les démences frontaux-temporales (DFT) sont des pathologies dont les diagnostics sont difficiles à poser. Comme le nom l'indique, ce sont les parties du cerveau appelées lobes frontaux (à l'avant) et temporaux (sur les côtés) qui sont endommagées. Par conséquent, les patients avec une DFT avaient des difficultés à reconnaître les émotions négatives sur les photos (peur, anxiété, tristesse) (Dawson, 2007). Certains avaient de la peine à imaginer que d'autres personnes puissent avoir des pensées différentes que les leurs (Hodges, 2009) Ces découvertes permettent de donner une représentation des grandes difficultés que peuvent rencontrer les proches du malade.

- ◆ Les lobes frontaux sont le siège de la parole et du langage, du raisonnement, de la mémoire, de la prise de décision, de la personnalité, du jugement, des mouvements. Le lobe frontal droit gère les mouvements du côté gauche du corps, et inversement, le lobe frontal gauche gère les mouvements du côté droit.
- ◆ Les lobes pariétaux sont le siège de la lecture, du repérage dans l'espace, de la sensibilité. Là aussi, le lobe pariétal droit gère la sensibilité du côté gauche du corps et réciproquement.
- ◆ Les lobes occipitaux sont le siège de la vision.
- ◆ Les lobes temporaux sont le siège du langage, de la mémoire, des émotions.

- **Démences à corps de Lewy (DCL)**

Les recherches menées durant ces 15 dernières années ont permis de mieux identifier et aussi de caractériser d'autres pathologies dégénératives de démence. La plus fréquente est sans doute la démence à corps de Lewy (DCL). Elle est caractérisée par des dépôts anormaux d'une protéine appelée alpha-synucléine qui se forment à l'intérieur des cellules du cerveau. Ces dépôts sont appelés « corps de Lewy ». Elle présente des caractéristiques cliniques qui sont associées à des troubles psychiatriques précoces (McKeith, 2005). Les troubles les plus courant

sont : des hallucinations, qui sont très souvent visuelles, répétées et précises, des idées délirantes peuvent être présentes ainsi que d'autres types d'hallucinations, olfactives, auditives dont le sujet peut s'accommoder. La dépression peut y être associée ainsi qu'un trouble du sommeil durant lequel des rêves peuvent être mis en action physiquement.

#### **2.4.2. Les démences non dégénératives**

Les démences non dégénératives quant à elles sont le produit d'un certain nombre d'éléments : agents infectieux, facteurs vasculaires ou traumatiques, facteurs toxiques ou encore métaboliques. La démence non dégénérative la plus observée est la démence vasculaire responsable de 15% à 25% des cas (Qiu, De Ronchi & Fratiglioni, 2007). Dans certains cas on parle de la démence mixte au cours de laquelle la démence dégénérative de type Alzheimer s'associe à des lésions vasculaires cérébrales. À côté de ces grands types de démences, on distingue les démences génétiques, qui sont responsables des formes sporadiques (héréditaires) de la MA retrouvés chez les moins de 65 ans (Masellis, Sherborn, Neto, Sadovnick, Hsiung & Black S, 2013 ; Lambert, Bickel, Prince, Fratiglioni, Von Strauss & Frydecka, 2014).

- **Démences vasculaires**

Les démences vasculaires représentent la deuxième cause de démence chez les personnes âgées. Elles surviennent chez des patients porteurs d'une maladie cérébrale-vasculaire qui sont la succession d'accidents ischémiques. Elles sont associées à des facteurs de risque vasculaire comme l'hypertension. Du point de vue clinique, le début est souvent brutal, l'évolution est ponctuée par des troubles cognitifs marqués par un ralentissement et des troubles des fonctions exécutives. L'examen somatique rend des signes de focalisation (moteurs, sensitifs, hémianopsie, syndrome pyramidal, etc.), syndrome pseudo-bulbaire (dysarthrie, dysphagie, rires et pleurs spasmodiques, etc.), troubles de la marche. L'imagerie cérébrale objectivera l'infarctus cérébral des micro-lacunes disséminées, des lésions étendues de la substance blanche périventriculaire au scanner cérébral (leucoaraïose), des séquelles d'hémorragies (Gold & Kövari, 2011). La prévention des rechutes des accidents ischémiques cérébraux reste l'élément essentiel de la prise en charge (HAS, 2010).

**Tableau 1 : Classification de la démence et des sous types**

<b>Démence dégénérative ou neurodégénératives</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Maladie d'Alzheimer</li> <li>-Démence à corps de Lewy</li> <li>-Démence fronto-temporale</li> <li>-Maladie de Parkinson</li> <li>-Maladie de Huntington</li> <li>-Aphasie primaire progressive</li> </ul>
<b>Démence non dégénérative</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démences vasculaires <ul style="list-style-type: none"> <li>– Démence par infarctus unique ou multiple</li> <li>– Maladie de Binswanger</li> </ul> </li> <li>• Démences traumatiques ou apparentées <ul style="list-style-type: none"> <li>– Traumatisme crânien</li> <li>– Hématome sous-dural</li> <li>– Hydrocéphalie à pression normale</li> <li>– Métastases ou tumeurs cérébrales primitives</li> <li>– Démence des boxeurs (dementia pugilistica)</li> </ul> </li> <li>• Démences infectieuses <ul style="list-style-type: none"> <li>– Démences liées au virus de l'immunodéficience humaine acquise (VIH)</li> <li>– Maladie de Creutzfeldt-Jakob</li> </ul> </li> <li>• Démences toxiques et métaboliques <ul style="list-style-type: none"> <li>– Déficience en vitamine B12 ou en folates</li> <li>– Démence hypothyroïdienne</li> <li>– Alcoolisme chronique</li> <li>– Médicaments</li> </ul> </li> </ul>

Il était question dans ce chapitre de présenter les notions de : sentiment d'auto efficacité, de gestion des risques en santé publique et de démence. Cela a permis de comprendre que l'absence de langage commun dans l'explication exacte de ces notions, rend la question des risques complexe et contribue à créer de la technicité là où il importe de simplifier la réalité.

## **CHAPITRE 3 : EXPLICATION THÉORIQUE DE LA GESTION DES RISQUES DE DÉMENCE**

Dans ce chapitre, il est davantage question de convoquer des théories pour une explication plausible de l'objet que traite cette étude. Ceci afin d'assurer une plus grande compréhension de ladite étude. Bien avant, il paraît important d'avoir un bref aperçu de ce qu'est le risque de démence chez la personne âgée.

### **3.1. BREF APERÇU DE LA SITUATION SANITAIRE DE LA PERSONNE AGÉE FACE AUX RISQUES DE DÉMENCE**

Au cours de la dernière décennie, relativement aux données statistiques, il ressort que, la population vieillit à un rythme plus rapide dans le monde entier, ce qui en fait un enjeu politique mais aussi économique important pour les pays développés et en développement.

Selon l'OMS (2016), dans la population mondiale, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus est appelée à tripler entre 2000 et 2050, passant de 600 millions de personnes à 2 milliards. Cette impressionnante augmentation est le reflet d'une multitude de progrès dans le domaine de la santé et des conditions de vie qui ont permis l'allongement de l'espérance de vie des individus. Dans la même lancée, Blanpain & Chardon (INSEE, 2010) pensent qu'entre 2007 et 2060, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans pourrait augmenter de plus de 80 %, selon le scénario central, pour atteindre, en 2060, le nombre de 23.6 millions (dont 12 millions pour les plus de 75 ans et 5.5 millions pour les plus de 85 ans). En fait, la personne âgée, à travers l'étape de sénescence va entrer progressivement dans un processus de diminution de la résistance et de l'efficacité de l'organisme suite au ralentissement de la fonction physiologique, conduisant de plus en plus à la confusion mentale et à un état de dépendance. Ce nouvel état physiologique s'accompagne de nouveaux problèmes de santé au nombre desquels la démence. Il est désormais urgent que tout soit mis en œuvre pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et retarder au maximum l'entrée dans la dépendance voire dans la démence. Même si l'on sait avec Kuate-Defo que « les connaissances sur le vieillissement et sur l'état de santé et la capacité fonctionnelle des personnes âgées en Afrique restent rudimentaires » (2005, p.1).

### **3.2. APPROCHES THÉORIQUES DE LA GESTION DES RISQUES DE DÉMENCE**

Plusieurs auteurs et chacun dans son champ ont essayé de donner une explication à ce qu'est la gestion des risques dont la probabilité de survenu de la situation en est l'un des

indicateurs. Ces auteurs, s'inscrivant dans la plupart du temps dans des approches bien précises et spécifiques ont tenté de donner plusieurs explications à la façon dont la personne âgée pourra concevoir et percevoir les processus, méthodes et outils pour gérer les risques de survenu de la démence. Il convient donc pour nous d'éprouver les théorisations découlant de ces approches tant proches que divergentes les unes des autres.

### **3.2.1. La théorie de l'action raisonnée (TAR)**

La théorie de l'action raisonnée (TAR) est un modèle de psychologie sociale élaborée par Ajzen & Fishbein (1975). Utilisée en communication comme théorie de la compréhension, la TAR trouve son origine dans des précédentes recherches qui ont débuté avec la théorie de l'attitude. La volonté des auteurs était d'établir une théorie permettant à la fois d'expliquer, de prédire et de modifier le comportement social des individus. En effet, le comportement dépend de l'intention comportementale qui elle-même dépend de l'attitude envers le comportement et de la norme subjective. Autrement dit, le comportement d'un acteur est « planifié » en fonction de ses perceptions et son intention de se comporter. L'intention comportementale est déterminée par l'attitude et la norme subjective, résultant de la conviction que l'exécution du comportement mènera à un résultat spécifique. La TAR nous permet en effet, d'expliquer la relation entre l'attitude de la personne âgée et son comportement lié aux facteurs de risques de la démence. Il sera question de prévoir comment la personne âgée va se comporter en fonction d'attitudes préexistantes et de ses intentions comportementales face à la santé. On comprend que la décision de la personne âgée de s'engager dans un comportement particulier tel que la prévention des risques de démence, est fondée sur les résultats qu'elle espère atteindre à la suite de l'exécution du comportement.

Plus tard devenue la théorie du comportement planifié (TCP, Ajzen, 1991) par l'ajout d'un nouveau composant, le contrôle comportemental perçu, la TAR et puis la TCP, constitue l'une des théories de cette étude en ce sens qu'elle permet d'expliquer, de prédire et de modifier les déterminants de la santé mis en œuvre dans la relation entre attitude et comportement chez la personne âgée exposée aux risques de démence. Selon Ajzen (2002), le CCP est conceptuellement très proche de la notion d'auto-efficacité de Bandura (1992), en ce sens qu'il la définit comme la croyance d'un individu en sa capacité à agir de façon à exercer un certain contrôle sur les événements ayant lieu dans sa vie. Ainsi, les gens forment des intentions à l'égard de comportements qu'ils sont persuadés de pouvoir mettre en action. Le passage d'une intention à un comportement pourrait être facilité par la perception d'efficacité personnelle.

Seulement, pour mieux comprendre cette relation attitude-comportement, il est nécessaire de s'intéresser aux concepts fondamentaux que sont : l'attitude, les normes subjectives et le contrôle du comportement qui pourront avoir des « effets importants mais différemment pondérés sur l'intention de la personne de se comporter ». Surtout que plus l'intention est forte, plus la personne fera d'efforts pour aller vers ce comportement et plus il sera probable qu'elle s'engage dans ce comportement (Steg & Nordlund, 2013).

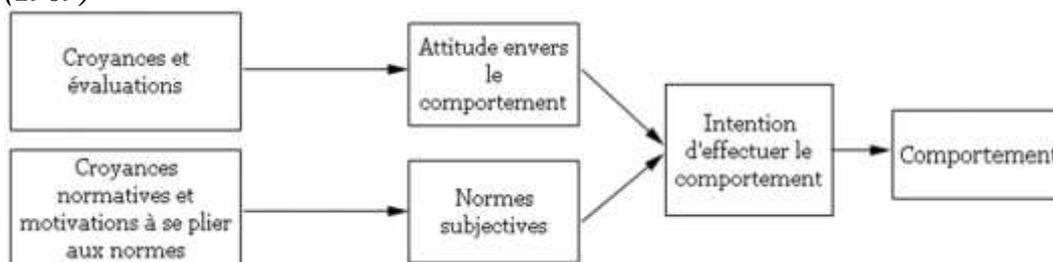
L'attitude est définie comme l'évaluation favorable ou défavorable envers l'accomplissement ou le non-accomplissement du comportement (Ajzen & Fishbein, 2004). Autrement dit, elle est vue comme dépendante des croyances comportementales saillantes, c'est-à-dire des croyances concernant les conséquences du comportement à effectuer. L'attitude ne porte pas sur un objet (la santé) mais sur une conduite (se maintenir en santé). Elle peut être récupérée en mémoire ou bien (re)construite à chaque décision comportementale à partir des croyances comportementales qui sont saillantes à ce moment. Ajzen et Fishbein (1975, p.302) définissent les normes subjectives comme étant « la perception de l'individu sur le fait que la plupart des personnes qui sont importantes à ses yeux, sont d'avis qu'il devrait ou ne devrait pas effectuer le comportement en question ». C'est en quelque sorte la pression sociale perçue par l'individu à effectuer ou non le comportement. Elle est déterminée par les croyances normatives et par la motivation à se soumettre. Les croyances normatives sont les croyances de l'individu quant aux opinions d'autrui, individu(s) ou groupe(s) de référence, vis-à-vis du comportement envisagé (famille, amis, proches aidants, agents de santé, agents communautaires, etc). La motivation à se soumettre correspond à la volonté de l'individu de suivre ou non les incitations à produire ou manifester le comportement cible émanant des personnes ou des groupes de référence.

Avant toute chose, le comportement de la personne âgée doit être volontaire et lié à la motivation de base à vouloir effectuer une action. C'est-à-dire qu'avant que la personne âgée n'effectue ou non un comportement, elle réfléchit. Autrement dit, elle doit prendre en compte toutes les informations dont elle dispose sur les risques de la maladie, estime les implications de son action et évalue les conséquences possibles (positives ou négatives) (Giger, 2008). Vu sous cet angle, l'intention d'accomplir un certain comportement précède le comportement réel. Pour leurs auteurs, tout comportement implique un choix basé sur une délibération (Ajzen & Fishbein, 2004). Sa conduite vis-à-vis de la prévention des risques de démence sera donc envisagée comme le produit d'une prise de décision raisonnée, planifiée et contrôlée. Cela pourrait s'observer chez la personne âgée en cessation d'activité et vivant en zone rurale ou

dans une maison de retraite, celle-ci dépend entièrement de son entourage, qui va choisir d'adopter des comportements « sains » pour l'aider à éviter la probabilité d'apparition d'une maladie neurodégénérative. C'est-à-dire que la personne âgée n'est pas inactive, elle est actrice et semble avoir la capacité de réguler elle-même certains événements ; en tenant compte de l'information en provenance de l'environnement (famille, médecins, etc.) et elle va posséder toujours un minimum d'information lui permettant d'avoir une idée plus ou moins précise quant à la réalisation ou non d'un comportement donné. Le concept de contrôle comportemental perçu (CCP) ajouté par Ajzen (1991) à la TAR permet de rendre compte des comportements volitionnels, c'est-à-dire des comportements qui nécessitent des ressources, de l'opportunité ou l'aide d'autrui et qui peuvent donc échapper au contrôle volontaire de la personne. Il s'agit de « la facilité ou la difficulté perçue à effectuer un comportement et qui est censée refléter l'expérience passée aussi bien que les empêchements et les obstacles anticipés » (Ajzen, 2002). Non seulement la personne âgée devra pour se prévenir des risques de démence, avoir d'abord l'intention de poser une action dans le sens de réduction ou l'amélioration des comportements à risques ; mais aussi exercer un contrôle sur le comportement perçu comme à risque ou non.

On pense que la gestion des risques de démence chez la personne âgée passe par la construction d'une intention comportementale qui dépend de trois variables (ci-dessous), comme on peut l'apprécier dans le diagramme suivant :

**Figure 2 : Théorie de l'action raisonnée traduit du schéma de Davis, Bagozzi et Warshaw (1989)**



### **Contrôle comportemental perçu : Facilité ou difficulté à réaliser un comportement**

Cependant, le fait que la décision soit raisonnée ne veut pas dire qu'elle est rationnelle ou qu'elle est basée sur des règles objectives et logiques, mais tout simplement que la personne âgée passe par un moment de délibération interne, même très court, avant d'agir. Cela relève simplement de l'esprit d'engagement et de participation de la personne âgée à la planification et à la mise en œuvre des mesures de prévention sanitaire qui leur sont destinées en vue d'atteindre une meilleure santé (La Charte d'Ottawa, 1986). On insiste ici sur l'importance de considérer la personne âgée comme encore capable de prendre en main sa destinée et d'assumer

la responsabilisation de ses actions, même s'il est peu probable que les attitudes et normes subjectives soient pondérés de manière égales dans la prédiction de son comportement. Selon la personne âgée et la situation (condition et qualité de vie), les facteurs de risques peuvent avoir des impacts différents sur l'intention comportementale, d'où l'importance d'une part de l'évaluation des coûts/bénéfices de nature sociale, des espérances perçues et des effets perçus (comme la compétence perçue et la perception d'efficacité personnelle) et d'autre part de l'influence des normes subjectives et sociales (Ajzen, 1991).

Toutefois, du fait parfois de l'âge, des conditions et de la qualité de vie, plusieurs types d'actions comme l'autorégulation rationnelle des processus intentionnels semblent difficiles sinon impossible chez la personne âgée. Ainsi, la gestion des risques va constituer d'abord à préciser le comportement et à trouver les déterminants de l'action, afin de voir comment introduire les contraintes pour prévenir de la démence. Aussi, selon Ajzen (1991), plus ces contraintes sont présentes moins le comportement se trouve sous le contrôle des individus. Car la perception de contrôle tient aussi compte de la perception des facteurs externes à l'individu pouvant influencer la performance d'un comportement, puisque le fait de le mettre en action dépend souvent aussi de facteurs non motivationnels, comme la présence d'opportunités et de ressources nécessaires. Or, le comportement doit être bien spécifié, c'est-à-dire répondre à des critères précis d'action, de cible, de contexte et de temps, mais aussi se référer aux facteurs comme étant des variables externes (les influences politiques, la structure organisationnelle, les caractéristiques des tâches, de l'interface ou de l'utilisateur etc). Par conséquent, si la perception de contrôle comportemental se trouve diminuée par des facteurs n'ayant pas été préalablement considérés par l'individu, il est probable que l'intention ne mènera pas au comportement visé.

### **3.2.2. La théorie de l'empowerment communautaire :**

Trouver une approche théorique qui vise l'auto-développement social des populations frappées de plein fouet par des problèmes socioéconomiques (retraite, perte d'emplois, vieillissement, absence de services de proximité, etc.) et surtout, qui ont perdu la capacité de surmonter soi-même leurs difficultés (Bebbington, 2001 ; Favreau, 2005) n'est pas toujours chose aisée. Les changements dans les configurations familiales, la liberté de choix, et la forte pression socio-économique augmentent les frais liés à la santé en général et amènent des mesures restrictives pour en diminuer les coûts. Certaines de ces mesures touchent l'offre en soins pour les personnes âgées vivant à domicile ou en institution et souffrant d'une problématique de démence. Néanmoins, une piste de solutions aux difficultés qui nuisent au

bien-être et à la qualité de vie des populations (Joyal, 2002 ; Klein et Champagne, 2011) semble pencher vers l'empowerment.

L'empowerment est aujourd'hui intégré au discours de l'intervention sociale (Deslauriers, 1999 ; Leonardsen, 2007) tout comme aux champs des sciences de la santé (Aujoulat, 2007 ; Lemire, Paré & Sicotte, 2006). Né à la fin des années 1970 dans les milieux de recherche et d'intervention anglophones, le concept d'empowerment qui signifie littéralement « renforcer ou acquérir du pouvoir », constituerait un catalyseur du processus d'appropriation du pouvoir des populations pour l'intervention sur leur propre vie. Or, « l'acte d'intervenir suppose une directivité, car il vise à changer des choses dans la vie des personnes, donc exercer du pouvoir » Goudet (2009). Et avoir une emprise sur sa santé, requiert chez la personne âgée, une capacité d'agir concrètement et de façon autonome. Seulement pour une meilleure explication de ce pouvoir d'agir, un détour obligé sera fait entre la notion de santé pour celle de la gestion.

Concept complexe et multidimensionnel, la santé a évolué énormément au cours des siècles derniers (Halpern, 2010). Si on l'a considérée comme « l'absence de maladie » (Canguilhem, 2008), l'OMS (2003) par contre suggère plutôt « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne se substitue pas seulement à l'absence de maladie ». La promotion de la santé va se réapproprier la notion d'empowerment, comme la « capacité d'un individu à acquérir du pouvoir socialement, politiquement, économiquement et psychologiquement pour, d'une part, réaliser ses ambitions, et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci (Goudet, 2009, p. 71). Elle se fait à travers :

1. l'accès à l'information, à la connaissance et aux compétences ;
2. l'implication dans les processus de prise de décision ;
3. la capacité à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires ;
4. l'efficacité personnelle, la participation communautaire et le contrôle perçu.

Sans entrer dans les débats, on se pose quand même la question de savoir qui pourrait prétendre à un « état complet de bien-être physique, mental et social » même pour un laps de temps ? La réponse semble évidente en ce qui concerne la personne âgée, chez qui plusieurs pertes sont associées au vieillissement : pertes des rôles sociaux, perte d'autonomie, pertes physiques, etc. Ces pertes sont menaçantes pour l'estime de soi, car elles renvoient à la personne une image diminuée d'elle-même et celle-ci peut avoir l'impression qu'elle a moins de valeur qu'autrefois ce qui pourrait la plonger dans un état dépressif voire démentiel (Lafort, 1989). Ces pertes sont aussi de nature à augmenter l'écart perçu par la personne âgée entre son moi

actuel, qui se détériore, et son moi idéal. En gardant cet idéal à atteindre et conserver une image positive de soi-même malgré les pertes, la santé devient une construction sociale et historique (Fassin, 2000 et Rose, 2007) et impose un droit à l'information et à la décision. Dans cette perspective, la santé et la maladie sont les produits d'une multitude d'interactions entre des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques qui mettent l'accent sur l'amélioration de la santé à travers la prévention des maladies.

Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est aussi perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. Extrait de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). La revendication et le pouvoir d'influencer la prise de décision ou encore, leur contenu et ce, quel que soit le palier d'intervention, passent par la participation des populations en santé. Et cette participation s'exprime par une prise de pouvoir individuelle et collective, soit le « développement du pouvoir d'agir » (Portal, 2016), c'est-à-dire une opportunité de décider selon les besoins de la communauté (Girard et Lamothe, 2004); mais aussi comme une habileté individuelle permettant d'exercer un contrôle sur les autres, sur les ressources ou même sur les événements (Weber, 1971). Il faut noter que l'empowerment qu'il soit individuel ou communautaire, reste soumis aux forces économiques et politiques dominantes et peut être difficile à développer si les bonnes conditions ne sont pas réunies (Bacqué, 2006 ; Curry, 2009 ; Mendell, 2006 ; Ninacs, 2008).

L'introduction du concept d'empowerment dans le domaine de la santé notamment par le biais de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) a permis de rapprocher la santé publique et la santé communautaire, en ce sens que « les problèmes de santé d'une communauté impliquent sa participation active à toutes les étapes » (Goudet, 2009, p. 60). On comprend qu'il est nécessaire pour une meilleure gestion des risques de démence, de doter la personne âgée d'un pouvoir lui permettant d'agir malgré les difficultés, l'opposition ou les résistances rencontrées.

Pour Ninacs (2008), l'empowerment communautaire est « un état où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres » (p. 39). Inspiré fortement de l'approche systémique, une recension des écrits de Ninacs, (1995) a permis l'élaboration d'un cadre conceptuel de l'empowerment pour le service social où se trouvent au moins trois types d'empowerment, chacun ayant des caractéristiques propres :

- L'empowerment individuel, qui correspond au processus d'appropriation d'un pouvoir par une personne ou un groupe ;
- Le self-empowerment, qui permet aux personnes possédant déjà la capacité d'entreprendre une démarche autonome de le faire ;
- L'empowerment communautaire, c'est-à-dire la prise en charge du milieu par et pour l'ensemble du milieu.

Notre intérêt sera porté dans cette étude sur l'empowerment individuel, en ce sens qu'il est question de doter la personne âgée du pouvoir d'agir à travers des comportements tels qu'organiser et exécuter des actions précises pour produire des résultats souhaités. Ainsi, une fois « empowered », la personne âgée pourra prendre le risque d'agir et d'exprimer son opinion, mais aussi d'oser étaler ses compétences en public, afin de décider de ce qui serait meilleur pour elle. Pour Ninacs (2008), l'empowerment individuel opère sur quatre plans, quatre composantes (les facteurs structurants) qui se croisent et s'entrecroisent de manière non linéaire. Il s'agit d'un enchaînement simultané d'étapes sur chaque plan qui, dans leur ensemble et de par leur interaction, forment le passage d'un état sans pouvoir, disempowered, à un état d'empowered, où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix. Il s'agira donc de :

- **La participation :**

L'élément premier et crucial au processus d'empowerment est la *participation* des membres de la communauté (Bacqué, 2006 ; Goudet, 2009 ; Klein et Champagne, 2011). La participation comporte deux volets, l'un sur le plan psychologique (droit de parole et participation aux décisions) et l'autre sur le plan pratique (capacité de contribuer et d'assumer les conséquences de sa participation).

- **Les compétences**

L'exercice du pouvoir repose sur trois capacités : choisir, décider et passer à l'action. En fait, pour plusieurs auteurs, l'empowerment doit se réaliser dans des actions concrètes. Les compétences sont avant tout techniques, et impliquent les connaissances et les habiletés permettant, d'une part, la participation et, d'autre part, l'exécution de l'action. Elles peuvent se traduire tant par l'acquisition de nouvelles compétences que par la réévaluation de celles déjà possédées.

- **La communication**

Selon Ninacs (2008), la *communication* fait référence aux interactions libres et positives entre les membres de la communauté, ce que nous supposons être un climat de libre expression, à la transparence dans les processus décisionnels et à la circulation efficace de l'information dans la communauté. Ce qui importe pour Ninacs (2008), c'est que la composante communication soit adaptée à la population et aux besoins ou particularités de cette dernière afin que les modèles d'exclusion soient évités.

- **La conscience critique**

La conscience critique comprend le développement d'une conscience de groupe (conscience collective), la réduction de l'auto-culpabilisation (conscience sociale) et l'acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement (conscience politique) (Gutiérrez, 1995, p 206-207). Elle renvoie également à la capacité d'analyse sociopolitique résultant de la dynamique dialectique d'action et de réflexion (Staples, 1990, p 38), qui anime le sentiment d'appartenance et conduit à un engagement envers les autres.

### **3.2.3. La théorie sociale du risque**

La gestion des risques a pendant longtemps été associée à l'idée de l'assurance de marché au sein des entreprises, dont le but était de créer un cadre de référence aux entreprises afin d'affronter efficacement le risque et l'incertitude (Dionne, 2013). C'est plus tard que, la sociologie et la psychosociologie ont intégré dans l'édifice de la gestion des risques le facteur humain à travers l'apprentissage, la culture du risque, et le comportement face au risque. Ainsi, les savoirs qu'ont les individus sur le risque intègrent non seulement des connaissances objectives sur la probabilité qu'un danger ne survienne, mais aussi subjectives qui varient en fonction de la valeur et du sens qui est donné au concept même de danger par un groupe social particulier (Massé, 2007).

Si le risque est lié à l'activité humaine, sa perception est profondément liée à des facteurs sociaux et psychologiques. La perception du risque, en particulier les niveaux dans lesquels celui-ci devient acceptable, sera fonction des positions occupées par un individu ou un groupe dans la société, les rôles joués, des systèmes de représentation existants et des valeurs mises en œuvre. La sociologie va nous permettre de concevoir le risque comme une construction sociale, ceci afin d'éclairer différents enjeux sociaux, politiques et éthiques soulevés par les politiques de prévention de la maladie et de promotion de la santé (Massé, 2007). Le spécialiste

en intervention communautaire serait amené via les institutions de santé publique à s'engager dans la lutte face aux risques environnementaux (climatiques, pollution, réchauffement de la planète, etc.), mais surtout doter les personnes vulnérables telle que la personne âgée, à modifier ses habitudes de vie (alimentation, activité physique, alcoolisme, tabagisme, etc.) afin de limiter son exposition à des risques susceptibles d'être évités. Car, parfois, la situation des personnes âgées se complexifie réduisant leurs capacités et celles de leurs proches à répondre à leurs besoins grandissants.

La conscience collective qu'ont les personnes âgées de leur incapacité à maîtriser et à prévenir les risques sociaux et les menaces qui pèsent sur leur vie (travail, santé, environnement, etc.) est devenue le symptôme d'un sentiment d'insécurité généralisé empêchant le développement d'un sentiment d'auto efficacité. Pour Castel (2003), le sentiment d'insécurité généralisé se décrit comme, le sentiment de ne pas se sentir protégée des péripéties futures qui risquent de dégrader le statut social des individus. Ce sentiment d'incertitude et d'insécurité serait lié à une conception du danger pouvant être partout et nulle part à la fois puisqu'il est essentiellement imprévisible (Perreti-Watel, 2001). Cependant, le risque avec Beck (2001), ne représente plus l'accident, le jeu, la probabilité, la chance, ou la malchance, mais devient la mesure « objectivé » du danger. Devenue une réalité objective existante, le risque peut dès à présent être identifié et mesuré scientifiquement. C'est dans ce sens que Ewald (2000, p 64) souligne que :

Pas de risque sans une certaine forme de calcul, d'analyse, d'expertise [...]. Le risque dès qu'il est objectivé quelque part, est doué d'une tendance à proliférer partout. Il obéit à la loi du tout ou rien. Dès lors qu'une population, un domaine sont identifiés comme risques, tout en leur sein tend à le devenir : le risque a une sorte d'allusion d'existence insidieuse, éventuelle, qui le rend à la fois présent et absent, douteux et suspect.

Ainsi, selon Castel (1983) et Massé (2007), parler de la conception objectiviste du risque, à partir de l'identification de certains facteurs de risques tels que les habitudes de vie, l'âge, la famille, l'environnement, l'hérédité, etc. ne sert pas uniquement à mettre en garde la population, notamment les personnes âgées, des effets pervers de certaines habitudes ou facteurs de risque, mais permet de justifier des interventions précoces. En effet, il ne sera plus question d'éliminer les risques comme autrefois par l'évitement, le déni de la réalité ou l'isolement de la personne par exemple, mais bien de les prévenir par des politiques de prévention primaire avant l'apparition de la démence (Duclos 1996). L'objectif premier de ces politiques préventives n'est pas d'affronter une situation concrète dangereuse, mais d'anticiper

toutes les figures possibles d'irruption du danger (Castel 1983). Quand on sait qu'en réalité, « les risques ne se résument pas aux conséquences et aux dommages déjà survenus, mais désignent un futur qu'il s'agit d'empêcher d'advenir » Beck (2001), cité dans Bérard et al. (2012, p10). Le risque pourrait avoir pour fonction sociale de protéger « symboliquement » les relations entre les individus, de créer un environnement cohérent entre les individus et de produire un savoir normatif sur ce qu'il convient de faire pour éviter le danger, et sur ce qui est considéré comme étant « dangereux » (Duclos 1987, 1996).

Seulement, le risque ne fait pas simplement référence à une mesure du danger, mais il renvoie plus largement à un mode de traitement spécifique des individus à l'incertitude et au doute et à des valeurs communes sur ce qui est défini comme étant « dangereux ». En effet, si le risque est un construit social, sa gestion aussi émane d'une part des stratégies communautaires mis en place pour amoindrir les effets du risque s'il se produisait ; et d'autre part de la représentation mentale du risque passerait donc par le développement du sentiment d'auto efficacité comme croyance personnelle en la capacité de faire face au danger. L'évaluation des risques serait teintée du savoir objectif et scientifique que du savoir et expériences implicites et subjectives des individus, ce qui fait de lui non seulement un consensus social et d'une reconnaissance sociale, mais aussi une évaluation à la fois politique, sociale, et morale (Douglas 2002). C'est dans ce sens que Massé (2003, 2007) a montré que les savoirs populaires liés au risque reposent sur un agencement complexe et dynamique de perceptions, de croyances, d'attitudes, de valeurs, et de représentations sociales qui se construisent au-delà des constructions statistiques techniques. Il ajoute que « les populations en élaborent de multiples constructions dans autant de contextes socioculturels et historiques, constructions socioculturelles qui sont objets de recherche en sciences sociales » (Massé 2007, p 60). L'on comprend dès lors que la perception du risque chez la personne âgée, apparaît comme une activité bien plus complexe qui relève davantage d'une construction sociale et historique, que d'une simple démarche d'évaluation quantitative excluant de son analyse le contexte social dans lequel elles perçoivent, interprètent et gèrent le risque. Cette démarche d'évaluation permettra non seulement l'identification du « risque », mais aidera l'État ou les institutions particulières à mettre en place des dispositifs de protection et de surveillance pour les éviter (Douglas 2002).

Nous pouvons voir à travers ces approches théoriques explicatives de la gestion des risques de démence chez la personne âgée que, les représentations sociales du risque se forment à l'intérieur d'un groupe social particulier qui aurait sa propre culture du risque (Douglas,

2002). Et l'appartenance à un groupe sur la base de l'âge, du sexe, des maladies chroniques, etc. détermine les perceptions et les stratégies de gestions du risque.

## **DEUXIÈME PARTIE : CADRE OPÉRATOIRE**

## CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

Selon Bloch et al. Cité par Ebalé Monezé (2006, p 34), le concept méthode désigne un « ensemble de démarches que met en œuvre un chercheur pour découvrir et vérifier des connaissances ou un praticien pour résoudre un problème concret à partir des connaissances existantes ». La méthodologie quant à elle est l'élément qui sous-tend une étude dite scientifique (Fonkeng, Chaffi, & Bomda, 2014, p. 83). Il s'agira dans cette section de rappeler notre problématique, notre hypothèse générale ainsi que nos hypothèses de recherche, d'une part, et de présenter, d'autre part, le site de l'étude, notre population, l'outil de collecte des données et les techniques d'analyse utilisées. Mais avant de développer cet ensemble procédural, il convient de rappeler brièvement des éléments fondamentaux de la problématique.

### 4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE

Le rappel de la problématique, consiste à présenter le problème de recherche, la question, l'hypothèse et l'objectif de cette recherche.

#### 4.1.1. Rappel du problème

Le comportement de la personne âgée serait « planifié » en fonction de ses perceptions et son intention de se comporter face à son état de santé (Ajzen, 1991). Autrement dit, une personne âgée adoptera un comportement donné si elle considère que ce dernier apporte les résultats escomptés. Mais avant cela, il faudra qu'elle ait suffisamment confiance en elle au moment d'agir, d'où le besoin de développer chez elle le sentiment d'auto efficacité. Le problème que pose l'étude est celui de l'absence d'accompagnement psychosocial chez la personne âgée. En effet, lorsqu'on parle de la personne âgée, on pense immédiatement à une fragilité physique, des capacités intellectuelles réduites, un état de dépendance, une absence d'autonomie décisionnelle et entre autres l'incapacité d'apprendre des choses nouvelles.

Or, prévenir les risques de démence chez la personne âgée suppose qu'elle puisse se projeter dans l'avenir, c'est-à-dire l'amener à se prononcer sur l'adoption de meilleurs comportements dans l'espoir de prévenir sa santé mentale, dans un contexte de privations et de contraintes de toutes sortes, sans aucune garantie. Cela suppose que, la personne âgée serait-elle à même d'analyser ses propres problèmes et de participer à la recherche et à la mise en œuvre de pratiques nouvelles afin de prendre soin d'elle-même. La mettre dans un établissement sanitaire pourrait être une solution, sauf qu'en Afrique en général, et au Cameroun en

particulier, les maisons de retraite sont encore rares et seraient une incongruité dans la culture africaine.

#### **4.1.2. Rappel de la question de recherche**

Cette étude se propose de comprendre comment le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ? Autrement dit, comment le jugement que porte la personne âgée sur sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter pourra l'aider à prévenir des facteurs de risques de démence ?

#### **4.1.3. Rappel de l'hypothèse de recherche**

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence.

#### **4.1.4. Rappel de l'objectif général de recherche**

Partant de la question de recherche et de l'hypothèse, l'objectif de cette étude est de comprendre comment le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence.

#### **4.1.5. Opérationnalisation de l'hypothèse de recherche**

Du point de vue de Dépelteau, une variable est « *un élément d'une hypothèse à laquelle on peut attribuer plusieurs valeurs et comme son nom l'indique varie* » (2015, p. 210). Il existe donc à ce titre deux types de variables, une variable dite indépendante et une variable dite dépendante.

#### **4.1.6. Variable dépendante**

La variable dépendante est le phénomène que le chercheur tente d'expliquer, encore appelée variable réponse (Fonkeng, et al., 2014). Dans l'hypothèse générale précédemment, elle est : « la prévention des risques de démence ».

#### **4.1.7. Variable indépendante**

Il s'agit de la variable que le chercheur manipule. C'est la cause dans la relation de cause à effet. C'est elle qui fait subir l'action. Dans l'hypothèse formulée, elle est la suivante : « le sentiment d'auto-efficacité ».

#### **4.1.8. Modalités des variables.**

Afin de mieux comprendre l'influence de notre VI sur le VD, nous avons éclaté chacune des variables en modalités.

##### **4.1.8.1. Modalité de la variable dépendante**

###### **VD : la prévention des risques de démence**

- **Modalité 1** : perception des facteurs de risques de démence
- **Modalité 2** : comportement face à la santé

##### **4.1.8.2. Modalité de la variable indépendante**

###### **VI : le sentiment d'auto-efficacité**

- **Modalité 1 : Le vécu des expériences actives de maîtrise**  
Indicateurs : histoire personnelle de la personne âgée  
Évènement conduisant aux succès  
Évènement conduisant à l'échec
- **Modalité 2 : La persuasion verbale**  
Indicateurs : capacités à se motiver  
Perception et évaluation des compétences de la personne âgée par l'entourage  
Stimulations persuasives verbales
- **Modalité 3 : L'état physiologique et émotionnel**  
Indicateurs : vieillissement physiologique et ses effets sur l'organisme  
Présence ou absence d'une déficience  
Ressentiment émotionnel

Tableau synoptique d'opérationnalisation des variables de l'étude

Questions de recherche	Hypothèses de recherche	Objectifs de l'étude	Variables de l'étude	Modalités	Indicateurs
<b>Question principale</b> Comment le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?	<b>Hypothèse générale</b> Le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence.	<b>Objectif général</b> Comprendre comment le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence	<b>V.I</b> Sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée	<b>Modalité 1</b> L'expérience active de maîtrise	histoire personnelle de la personne âgée Évènement conduisant aux succès Évènement conduisant à l'échec
				<b>Modalité 2</b> La persuasion verbale	Capacités à se motiver Perception et évaluation des compétences de la personne âgée par l'entourage Stimulations persuasives verbales
				<b>Modalité 3</b> L'état physiologique et émotionnel	Pratiques pédagogiques Outils didactiques de la formation
			<b>V.D</b> Prévention des risques de démence.	<b>Modalité 1</b> Perception des facteurs de risques de démence	Bonne Mauvaise
				<b>Modalité 2</b> Comportement face à la santé	Présent Absent
<b>Question secondaire N° 1</b> <i>Comment l'expérience active de maîtrise chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?</i>	<b>Hypothèse spécifique N°1</b> <i>L'expérience active de maîtrise chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence</i>	<b>Objectif spécifique N°1</b> <i>Analyser l'implication de l'expérience active de maîtrise chez la personne âgée dans la prévention des risques de démence.</i>			
<b>Question secondaire N° 2</b> <i>Comment la persuasion verbale chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?</i>	<b>Hypothèse spécifique N°2</b> <i>La persuasion verbale chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence</i>	<b>Objectif spécifique N°2</b> <i>Comprendre l'implication de la persuasion verbale chez la personne âgée dans la prévention des risques de démence</i>			
<b>Question secondaire N° 3</b> <i>Comment l'état physiologique et émotionnel chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?</i>	<b>Hypothèse spécifique N°3</b> <i>L'état physiologique et émotionnel chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence</i>	<b>Objectif spécifique N°3</b> <i>Décrire le retentissement de l'état physiologique et émotionnel chez la personne âgée dans la prévention des risques de démence.</i>			

## **4.2. SITE DE L'ÉTUDE**

Le site de l'étude, à en croire Fonkeng et al. (2014), est un lieu géographique et socioculturel où est sensé se trouver la population auprès de laquelle l'étude aura lieu. Autrement dit, « le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005).

### **4.2.1. Présentation du site de l'étude**

Pour mener à bien cette étude nous avons choisi le Centre humanitaire Béthanie-VIACAM, l'une des institutions camerounaises qui prend en charge les personnes âgées du pays.

#### **4.2.1.1. Localisation de la structure**

Situé à Nkolmesseng, l'un des quartiers de Yaoundé 5, à 100 m de la sous-préfecture, le Centre humanitaire Béthanie-VIACAM s'occupe en priorité des « vieillards invalides et abandonnés du Cameroun » d'où le nom VIACAM. En particulier ceux qui sont sans enfants, ni famille.

#### **4.2.1.2. Historique du Centre humanitaire Béthanie-VIACAM**

Au début des années 80, sœur Gertrude Avouzoa était en charge de faire de l'évangélisation auprès des vieux, cette dernière assurait l'apostolat dans les paroisses de Tsinga et de la Briqueterie. Elle part du constat selon lequel ces paroisses étaient touchées par deux problèmes sociaux : la situation des mères célibataires et celui des vieilles personnes invalides, qui la plupart du temps étaient abandonnées. Certains avaient fait plusieurs semaines sans avoir mangé ou bu, et d'autres restaient même dans leurs excréments. Ce dernier cas va la captiver sur les plans spirituel, psychologique et humain et va la pousser à créer un lieu qui fonctionne donc un peu comme une maison de retraite. Créé en 1981, Béthanie-VIACAM est devenu opérationnel en août 1985. Touchés par la bonne volonté de sœur Gertrude Avouzoa, des camerounais issus de divers horizons (jeunes, moins jeunes, étudiants, fonctionnaires, hommes d'affaires, etc.), vont faire des dons pour que la case devienne un centre construit en dur.

#### **4.2.1.3. Les missions du Centre humanitaire Béthanie-VIACAM**

Le centre Béthanie fournit à ces personnes âgées un logement, de la nourriture, des soins sanitaires et un entretien multiforme, mais surtout l'attention dont ils ont besoin.

#### **4.2.1.4. Les cibles du Centre humanitaire Béthanie-VIACAM**

Le centre s'occupe particulièrement des personnes âgées abandonnées par les familles, mais avec les conditions de vie précaire, certaines familles y vont laisser leurs parents âgés. Il s'occupe aussi du ramassage des vieux dans la rue, avec ouverture d'une petite enquête pour savoir s'ils sont effectivement abandonnés. Parfois, ce sont des inconnus qui ont entendu parler du centre qui les amènent directement. Il arrive également que des vieux viennent au centre spontanément, seuls ou accompagnés. À cette date, ce centre humanitaire a 18 pensionnaires, dont 13 femmes et 5 hommes, âgés respectivement de 65 à 95 ans.

#### **4.2.1.5. Les activités menées au Centre humanitaire Béthanie-VIACAM**

Nous pouvons lister comme activités : la lecture, les jeux de société (damiers, songo, etc.), les balades, l'écoute de la radio, la télévision, la célébration de la messe qui se fait dès 7h du matin, le ménage et la cuisine les week-ends. Le samedi est réservé à l'évangélisation des pensionnaires.

#### **4.2.1.6. Organigramme et Présentation du Centre humanitaire Béthanie-VIACAM**

Le centre est composé d'une direction générale, d'une direction adjointe, d'une coordination des activités, du personnel d'appui, d'une cuisinière et du service de bénévolat. Sous la tutelle du MINAS et à la tête du centre se trouve l'Archevêque de Yaoundé. À côté de cela, le centre est constitué de six dortoirs de six lits : trois pour les femmes et trois pour les hommes. Une salle de bain et une cuisine, mais pas de réfectoire car les vieux ne peuvent en général pas marcher. Ils mangent donc assis sur leur lit. Pour les visiteurs, il existe un parloir. Il y a aussi une chapelle pour faire les prières et la messe et un jardin pour faire pousser quelques légumes.

#### **4.2.2. Justification du choix du site de l'étude**

Le choix du Centre pour la collecte des données utiles à notre étude se justifie par le fait que, Béthanie-VIACAM est un centre communautaire qui accompagne les personnes âgées vers un meilleur état de santé et de bien-être possible, ce qui relève de la vocation des ODD, celle de ne délaissier personne. Cette action nous rappelle combien le fait de vieillir n'est pas une maladie ou un handicap et même si, pour beaucoup, cela signifie des années supplémentaires en bonne santé ; elle pourrait se traduire pour certains par une diminution des capacités physiques ou mentales. Il est important d'affronter les problèmes complexes associés au vieillissement de la population, en leur offrant un accompagnement psychosocial

communautaire garantir une bonne hygiène de vie des pensionnaires sont mises en place, ces activités les aident aussi à développer le sentiment d'auto efficacité.

#### **4.3. PROCÉDURES ET CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANT(E)S**

Nous travaillons avec les personnes âgées, résidentes dans la ville de Yaoundé. Cependant toutes ces personnes ne sauraient prendre part à l'étude car prendre part implique une prise en compte d'un certain nombre de conditions. Dans cette logique, il nous semble primordial de définir des critères de sélection.

##### **4.3.1. Critères de sélection**

Ici, il est à noter qu'il est question des critères d'inclusion et ceux dit de non inclusion.

###### **4.3.1.1. Critères d'inclusion**

Sont concernés par cette étude :

Toute personne des deux sexes, sans distinction d'obédience religieuse, de groupe ethnique, de statut matrimonial, de niveau intellectuel ;

Toute personne ayant passé l'Échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnelle généralisée et obtenu un score élevé ;

Toute personne ayant rempli la fiche de consentement libre et éclairé ;

Toute personne dont l'âge varie entre 60 et 75 ans. Le choix de cet âge a porté sur les jeunes séniors qui sont susceptibles de souffrir de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle ou d'autres problèmes de santé qui nécessitent une quelconque forme de soin de longue durée. Car il faut le dire « l'efficacité est plutôt une capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et orchestrées efficacement pour servir d'innombrables buts » (Bandura, 2003, p 63).

###### **4.3.1.2. Critères de non inclusion**

Dans le cadre de cette recherche, certaines personnes n'ont pas été retenues pour la collecte des données, car elles étaient du quatrième âge, et qui avaient des difficultés à réaliser les tâches quotidiennes. Elles étaient déjà atteintes de maladies neurodégénératives ; elles n'ont pas voulu signer la fiche de consentement libre et éclairé et n'ont pas accepté que l'on enregistre leurs entretiens.

### 4.3.2. Échelle de sélection

L'Échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnelle généralisée, publiée par les psychologues Schwarzer et Jérusalem en 1995, mesure les croyances qu'ont les individus de leurs capacités à atteindre des buts et de faire face aux diverses situations qui peuvent survenir. Il s'agit d'un des tests psychométriques les plus utilisés dans la recherche en psychologie, conçus pour évaluer les croyances positives pour faire face à une variété de sollicitations difficiles de vie. Les croyances en ses capacités, qui sont à distinguer de ses capacités réelles, influencent les pensées d'une personne, agit et se sent. Elles constituent un déterminant important de la motivation et de l'action. Plus le sentiment d'efficacité personnelle est grand, plus une personne a tendance à fixer des objectifs élevés, à investir des efforts dans leur poursuite et à persévérer malgré les obstacles. Il s'en suit un meilleur accomplissement avec tous les bénéfices pratiques et psychologiques que cela comporte. Cette échelle était conçue par des affirmations qui suivront ces quelques questions : indiquez à quel point, sur une échelle de 1 à 4, elle est vraie pour vous. La codification de l'échelle va consister à effectuer la somme des dix (10) énoncés, afin de ressortir les croyances positives en ses capacités chez la personne âgée.

### 4.3.3. Caractéristiques des participant(e)s

Afin de garder l'identité secrète des sujets de l'étude, nous avons donné des noms d'emprunt : Judith, Simon, et Alicia.

*Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes*

Participants	Judith	Simon	Alicia
Age	70 ans	72	67
Genre	Féminin	Masculin	Féminin
Situation matrimoniale	Célibataire	Veuf	Veuve
Religion	Catholique	Catholique	Catholique
Région d'origine	Littoral	Est	Littoral
Type de famille	Monogamique	Monogamique	Recomposée
Situation professionnelle	Traductrice Retraitée	Agent de l'État licencié	Pharmacienne
Nombre d'enfants	0	6	0
Niveau d'instruction	Diplômée de l'École supérieure d'interprètes et traducteurs de Paris	Technicien maçonnerie	en Diplôme d'étude supérieure en pharmacie
Score à l'échelle du SEP	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>29</b>

**Source** : Enquête de terrain

#### **4.4. TYPE DE RECHERCHE**

Pour mener à bien cette étude, nous avons fait recours à la recherche qualitative qui « produit et analyse des données qualitatives telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observatoire des personnes » (Konfo cité par Goula Tojuin, 2018)). Le fait que celle-ci soit intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel fait d'elle la voie royale pour atteindre notre objectif de recherche. En effet, en s'appuyant sur Fortin (2005), nous voyons que les études qualitatives sont plus aptes lorsqu'on veut décrire un phénomène, le définir et l'explorer en profondeur. De façon simple, elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. La personne âgée reste singulière c'est ce qui justifie le choix de l'approche qualitative d'analyse des données, précisément d'une étude de cas fondée sur la recherche de la réalité individuelle (le sens que le sujet donne à son vécu subjectif du sentiment d'auto efficacité personnel), totale et concrète.

##### **4.4.1. Méthode de recherche : méthode clinique**

À en croire Van Campenhoudt, Quivy & Marquet (2017, p.27), « dès lors que l'on prétend s'engager dans une recherche en sciences sociales, il faut « de la méthode » ». Ainsi, cette méthode dite de recherche apparaît comme une mise en forme particulière d'une démarche. Elle est donc liée à une démarche particulière. Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour la méthode clinique.

##### **4.4.2. Étude de cas**

D'après Gagnon (2012), l'étude de cas est considérée comme une méthode de recherche appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs. Étant donné son caractère facilitateur à la compréhension profonde des phénomènes, des processus les composants et des personnes y prenant part et sa convenance pour la construction de théories, l'étude de cas semble judicieuse pour l'atteinte de l'objectif évoqué plus haut.

Le choix de la méthode d'étude de cas part du fait qu'on s'intéresse davantage aux liens dans le temps qui unissent des éléments, qu'aux fréquences ou aux incidences, et cela plus spécialement lorsque les liens sont trop complexes pour des stratégies d'enquêtes ou des stratégies expérimentales.

Ainsi, pour la présente étude, la méthode d'étude de cas nous permet d'illustrer l'hypothèse et d'établir sa pertinence et non de la prouver ou de la démontrer, en ce sens qu'elle

facilite la description aisée de la ou des relations possibles entre les différentes « variables » ou faits observés. L'étude de cas va également, nous permettre de vérifier les théories convoquées précédemment pour expliquer la gestion des risques de démence, afin de mettre en lumière comment le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée aide à prévenir des risques de démence.

#### **4.5. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ET GUIDE D'ENTRETIEN**

Nous avons fait recours à l'entretien semi-structuré à visée de recherche comme technique de collecte des données. Ce type d'entretien est applicable et faisable au moyen d'un guide d'entretien, qui lui sert d'outil de collecte de données. Il est donc question dans cette rubrique de présenter cette technique et cet outil.

##### **4.5.1. Technique de collecte des données : Entretien semi-directif**

L'entretien semi-directif, comme instrument de recherche consiste en une technique spéciale que le chercheur, le plus souvent, « élaborer pour répondre aux besoins spécifiques de sa recherche en termes d'informations dont le traitement conduira aux objectifs qu'il s'est fixé » (Aktouf, 1987, p.81). L'entretien ou interview est, dans les sciences sociales, le type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec les personnes dont il attend des informations en rapport avec le phénomène qu'il étudie, pour reprendre Loubet (2000). En effet, sous leurs différentes formes, les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre de processus spécifiques de communication et d'interaction humaine qui offrent au chercheur des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés.

Le choix de l'entretien est motivé par la volonté du chercheur à mettre en scène un échange au cours duquel la personne âgée pourra exprimer son vécu des expériences actives de maîtrise, son ressenti, et ses perceptions du risque de démence. Le chercheur facilite cette expression à travers les questions qu'il pose, tout en évitant une trop grande dispersion de la part de l'enquêté et l'aide à accéder à un degré plus profond d'authenticité et de profondeur. En effet, pour atteindre un maximum d'objectivité, nous avons observé un certain nombre de facteurs outre le guide d'entretien. Selon Loubet (2000), ces facteurs sont de l'ordre de :

- ◆ L'objet de l'enquête : il suscite souvent d'énormes difficultés quant à son caractère insaisissable ;

- ◆ Les sujets : ils ont parfois la difficulté à élaborer et à s'exprimer aisément des thèmes abordés ;
- ◆ Les techniques d'entretien : ils sont fonction de la variante de l'entretien (directif, non directif ou semi-directif) ;
- ◆ La personnalité de l'enquêteur.

#### **4.5.2. Outil de collecte de données : guide d'entretien**

Le guide d'entretien est un ensemble de thèmes et sous thèmes que le chercheur doit aborder avec le participant au cours d'un entretien qui plus est de recherche. Ainsi, le processus lié à la collecte de nos données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien, organisé d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. (Fernandez & catteuw (2001). Ledit guide est mis à la disposition de l'enquêteur, afin de lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Cependant, il importe de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

L'identification des thèmes liés à l'objectif de cette recherche s'est faite en référence à la littérature existante à propos du sentiment d'auto efficacité et la prévention des risques de démence. Suivant Fortin (2006), les thèmes et les sous-thèmes majeurs ont été établis, ce qui nous a permis de formuler les questions favorisant l'évocation de ces thèmes au cours de l'interview. Le guide d'entretien utilisé comportait cinq thèmes et de nombreux sous-thèmes, présentés ainsi qu'il suit :

- ◆ Préambule
- ◆ Identification du participant
- ◆ Histoire de vie du participant avant 60 ans
- ◆ Thème 1 : vécu des expériences actives de maîtrise
- ◆ Thème 2 : Persuasion verbale
- ◆ Thème 3 : États physiologiques et émotionnels
- ◆ Thème 4 : Perception du risque de démence
- ◆ Thème 5 : rapport sentiment d'auto efficacité / prévention des risques de démence

#### **4.6. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES**

La collecte des données auprès des participants s'est faite en deux temps : le premier temps lié à la passation de l'échelle de mesure du sentiment d'auto efficacité généralisée

(EMSEPG) qui a servi à recruter les participants et le second temps dédié à la passation des entretiens proprement dit effectué au centre Béthanie-VIACAM.

Nous pouvons dire que la collecte des données s'est faite au centre Béthanie-VIACAM où vivent les participants, dans un cadre convivial, à l'abri des perturbations environnantes. Le centre Béthanie-VIACAM apparaît alors comme le site de rencontre avec nos sujets.

La première phase a commencé par notre présentation, suivi d'une explication du motif de notre rencontre. Après cela, nous exposons au sujet l'objet de notre entretien, suivi de l'explication du caractère confidentiel des données qui seront recueillies et les considérations éthiques qui régissent cette recherche. Lorsque le sujet nous donnait son accord, nous lui passons l'échelle de mesure du sentiment d'auto efficacité généralisée.

La seconde phase, lié à l'entretien s'est opérée suivant certains prérequis et précautions. Ainsi, après avoir présenté, lu et faire signer le formulaire de consentement libre et éclairé au participant, nous pouvions alors passer l'entretien proprement dit. Mais cela s'est effectué une fois que la situation d'entretien a été dédramatisé et que les participants ont été rassuré du fait que les données recueillies seront utilisées uniquement à des fins de recherches et ce dans l'anonymat. Ce n'est qu'après cela que nous avons procédé aux entretiens qui se sont déroulés respectivement en 35 min, 30 min et 25 min. il est à noter qu'avant de commencer l'entretien proprement dit, nous avons au préalable obtenu l'accord d'enregistrer l'entretien. Il était question de recueillir des informations quant aux caractéristiques sociodémographiques des répondants. La suite de l'entretien a consisté à recouvrir l'ensemble des thèmes consignés dans notre guide d'entretien. À la fin, nous avons demandé à chaque sujet s'il y avait un élément que nous n'avions pas abordé et sur lequel il souhaite revenir. Au terme de chaque entretien, nous remercions le sujet pour sa disponibilité. Une fois la collecte de données terminée, il a été question de faire l'analyse de ces données.

## **4.7. TECHNIQUE D'ANALYSE**

### **4.8.1. Analyse de contenu**

Au vu de la corrélation entre la technique de collecte des données, la nature des données recueillies et l'objectif de l'étude, nous avons opté pour l'analyse de contenu. Ce choix permet davantage d'analyser et d'interpréter les données avec objectivité. Cette méthode d'analyse vise la recherche du sens que les individus attribut à leur vécu subjectif et ce en lien avec une situation ou un fait bien précis. C'est dire que, la technique d'analyse de contenu est un procédé

qui a pour but la mise en lumière, de façon objective, du sens implicite que regorge un texte, un discours, les résultats des tests psychologiques, le contenu des entretiens qui ont été transcrits etc. et ce grâce à une reformulation ou à l'utilisation d'un métalangage et à un classement de tout ce qu'ils contiennent, si l'on se réfère à Charaoui et Bénony, (2003).

#### **4.8.2. Analyse thématique**

Lors d'un entretien de recherche, même s'il est centré sur un objet précis, le corpus discursif est toujours traversé de thématiques connexes. Face à ce corpus, le chercheur tente d'identifier ce qui relève effectivement de ce qu'il étudie. Pour cela, il doit procéder à une analyse de contenu (Vilatte, 2007).

L'analyse thématique comme la conçoit Pedinielli (1994) est avant tout descriptive. Elle procède par segmentation du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente suivant les questions et les objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases. Pour autant, il est important d'identifier les thèmes de référence. Comme le veut Vilatte (2007), il s'agit d'organiser les thèmes identifiés en sous-groupes, puis de positionner ces sous-groupes, les uns par rapport aux autres en introduisant une certaine logique. À l'issue de ce travail préliminaire, une grille générale doit être réalisée à partir du premier entretien. Pour vérifier la stabilité et la pertinence de cette grille, il est fondamental d'essayer de l'appliquer à un deuxième, puis un troisième élément du corpus si nécessaire, y apporter alors les modifications qui s'imposent. Durant cette phase, on note tous les nouveaux thèmes susceptibles d'apparaître. À partir de ce moment, on considère que la grille peut être utilisée sur l'ensemble des données.

Dans cette recherche, cette analyse se fera de manière transversale. Nous avons recensé les unités de référence entre les récits recueillis. Ainsi, suivant Fortin et Gagnon (2010), nous avons procédé à la codification du contenu de chaque entretien selon les questions abordées. D'abord, l'ensemble du contenu a été regroupé selon des thèmes ayant servi à la collecte des données analysées. Le contenu entier a ensuite été passé minutieusement en revue afin de faire une codification plus fine, tout en identifiant les unités de sens. Le contenu lié à chacune des catégories a ensuite été explicité et détaillé. Afin d'augmenter la fiabilité de l'analyse et de valider les catégories conceptuelles que nous avons relevées, nous avons recouru à plusieurs tiers, en occurrence l'encadreur et des aînés académiques chercheurs du département.

#### 4.8. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Pendant la collecte des données, nous avons fait face à certaines difficultés liées à la baisse ou l'absence de motivation chez les pensionnaires. En proie à une perte d'estime de soi, ces derniers n'ont pas toujours été de bonne humeur et disposés à mener un échange. Aussi, il était difficile de parler de démence dans un contexte où il n'y a pas très souvent de causeries éducatives basées sur la santé pour tous et aussi où les personnes âgées n'ont jamais fait l'objet d'un diagnostic de maladies non transmissibles notamment de types neurodégénératifs.

#### 4.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

L'un des codes éthiques le plus important en matière de recherche sur les sujets humains fut « le code de Nuremberg de 1947 : aucune recherche ne pouvait être poursuivie sur des sujets humains sans leur “consentement volontaire”, et ceci est resté inchangé dans les codes suivants » (OMS, 2003, p.148).

Dans la réglementation, les recherches impliquant des sujets humains, obéissent à des procédés d'examen qui ont été mis au point par des commissions et des comités gouvernementaux et institutionnels. Cette réglementation s'inspire largement des directives des codes d'Helsinki. Partant de là, les dispositions éthiques que nous avons prises en compte composent avec les principes suivants :

- Le respect des principes scientifiques ;
  - ◆ Toute activité de recherche doit être menée par des personnes qualifiée(s) dans le domaine scientifique (notre échelle de sélection des participants ainsi que nos entretiens ont été passé par nous-même) et encadrée par des experts compétents dans le domaine pour lequel l'on souhaite intervenir (cas de notre directeur de mémoire).
  - ◆ La poursuite d'une recherche biomédicale impliquant des sujets humains n'est légitime que dans la mesure où l'importance des objectifs justifie le risque inhérent auquel le sujet s'expose.
  - ◆ Le droit du sujet de la recherche à sauvegarder son intégrité doit toujours être respecté. Nous avons pris des précautions pour préserver la vie intime du sujet et pour minimiser l'impact de l'étude sur son intégrité physique et mentale et sur sa personnalité.

- ◆ Dans toute recherche sur des êtres humains, chaque sujet potentiel doit être correctement informé de l'objectif, des méthodes, des bienfaits attendus et des risques éventuels de l'étude et des inconvénients qu'elle peut entraîner.
- ◆ Faire recourt à un consentement libre et éclairé. Compte tenu du fait qu'il est formellement proscrit de faire pression et de contraindre les participants à répondre favorablement à toute recherche. Nous n'avons travaillé qu'avec ceux qui étaient disposés à participer. Ceux qui ne l'étaient pas ont été écartés de notre étude.
- ◆ Pour ce qui est de l'anonymat des participants, nous avons choisi un pseudonyme pour désigner chaque participant.
- ◆ En cas d'incapacité juridique ou mentale, le consentement éclairé doit être obtenu du tuteur légal conformément à la législation nationale. C'est la raison pour laquelle tous nos participants jouissaient de toute leur faculté mentale.
- ◆ Les sujets ont été informés du fait qu'ils sont libres de s'abstenir ou de renoncer à leur participation à tout moment.
- ◆ De plus, il est à noter que les participants n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation à cette recherche.
- ◆ Les sujets ayant pris part à cette étude ont été informés des avantages et des risques liés à leur participation. Pour ce qui est des avantages de cette recherche, il a été expliqué que cette étude leur permettait d'approfondir leurs connaissances à propos du sentiment d'auto efficacité et de la gestion des risques de démence. Donc ils ont été informés sur la possibilité de pouvoir bénéficier des connaissances en ce domaine afin d'améliorer l'intervention thérapeutique communautaire. Pour ce qui est des risques, il était possible que les thèmes abordés au cours de l'entretien fassent ressortir des troubles cognitifs, des troubles affectifs comme la réminiscence des souvenirs douloureux.

## CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons et analysons les résultats de notre étude. Ce chapitre est organisé en deux sections. La première section est dédiée à la présentation des participantes et de leur résultat à la passation de l'Échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnelle généralisée. La deuxième s'intéresse davantage à l'analyse des résultats proprement dit. Parlant de l'analyse, elle se fera suivant : le vécu des expériences actives de maîtrise, la persuasion verbale, des états physiologiques et émotionnels, la perception du risque de démence et du rapport sentiment d'auto efficacité / prévention des risques de démence.

### 5.1. PRÉSENTATIONS DES PARTICIPANTS

Comme nous l'avons mentionné plus haut, trois participants ont pris part à cette étude. Ces participants, nous les avons nommés Judith, Simon et Alicia. Ainsi, cette première section concerne la présentation de ces participants tout en prenant en compte les résultats qu'ils ont obtenus lors de la passation de l'EMSEPG.

#### 5.1.1. Cas Judith

##### ➤ Présentation

Judith, est une femme âgée de 70 ans, catholique. Elle est originaire du Littoral et plus précisément du département de Souza. Elle n'a jamais été mariée et est en retraite depuis plusieurs années. Issue d'une famille monogamique, elle est l'aînée d'une fratrie de 8 enfants ; soit 3 garçons, 5 filles. Elle-même n'a pas donné naissance, elle n'a donc aucune descendance qui vienne lui rendre visite. Elle a été victime de deux accidents cardiovasculaires il y a plus de 20 ans ce qui a précipité son départ en retraite et lui a paralysé le bras gauche. Partie d'hôpital en hôpital, le traitement et la prise en charge de Judith très coûteux l'ont conduit au centre Béthanie avec le soutien de sa famille, notamment son cousin et sa femme. Elle est pensionnaire au centre Béthanie depuis 14 ans déjà.

##### ➤ Présentation des résultats à l'EMSEPG

Pour être sélectionné pour l'entretien, l'EMSEPG a été passé à Judith. A chaque item de ce questionnaire, il était question de répondre à des questions relatives aux croyances en ses capacités, qui sont à distinguer de ses capacités réelles. Ces croyances influencent comment une personne pense, agit et se sent. Cette échelle étant constituée de 10 affirmations qui serviront à indiquer à quel point, sur une échelle de 1 à 4, le jugement que porte la personne

âgée sur sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. Les valeurs de la fréquence des réponses varient de : 1 = pas du tout vrai ; 2 = à peine vrai ; 3 = moyennement vrai ; 4 = totalement vrai.

Lors du dépouillement, en globalisant les valeurs de la fréquence des différents jugements qui composent l'EMSEPG, Judith a obtenu un score de 34, ce qui témoigne d'un grand sentiment d'efficacité personnelle selon la grille d'analyse de l'EMSEPG.

### **5.1.2. Cas Simon**

#### **➤ Présentation**

Simon est un homme âgé de 72 ans, originaire de la région de l'Est Cameroun, plus précisément du département du Haut Nyong. Il est veuf et est en cessation d'activité depuis plus de 27 ans, il a un niveau secondaire sanctionné par l'obtention d'un Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP) option maçonnerie. Il a eu six enfants, qui lui rendent à peine visite. D'obédience religieuse catholique, Simon est né d'une famille monogamique avec très peu enfants, il est le seul garçon parmi 3 filles dont 2 sœurs aînées déjà décédées et une petite sœur partie en mariage du côté du Nord.

#### **➤ Présentation des résultats à l'EMSEPG**

La sélection de Simon pour l'entretien, a nécessité que nous lui passions l'EMSEPG tout comme chez les autres participants. À chaque item de ce questionnaire, il était question pour Simon de répondre à des questions relatives à la conviction qu'a la personne âgée d'être capable d'organiser et de réaliser les actions nécessaires à l'accomplissement d'une tâche. Cette échelle étant constituée de 10 affirmations qui serviront à indiquer à quel point, sur une échelle de 1 à 4, le jugement que porte la personne âgée sur sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. Les valeurs de la fréquence des réponses varient de : 1 = pas du tout vrai ; 2 = à peine vrai ; 3 = moyennement vrai ; 4 = totalement vrai.

Il ressort du dépouillement, et en globalisant les valeurs de la fréquence des jugements qui compose l'EMSEPG, que Simon a obtenu un score de 33, ce qui témoigne d'une croyance positive assez élevée selon la grille d'analyse de l'EMSEPG.

### **5.1.3. Cas Alicia**

#### **➤ Présentation**

Alicia est une femme de 67 ans, originaire du Littoral. Elle est veuve et n'a pas fait d'enfants. Elle est diplômée en pharmacie et a travaillé en Italie, ce qui lui a permis de construire

une carrière professionnelle. Elle est issue d'une famille chrétienne catholique, avec une fratrie de 12 enfants à son père dont elle est la dernière et de 4 enfants à sa mère, dont elle est la 2ème. Elle est atteinte d'hypertension artérielle depuis de longues années. La perte de son mari, le retour au Cameroun et la cessation d'une activité rémunératrice de revenus ont poussé sa famille à l'amener au centre.

### ➤ **Présentation des résultats à l'EMSEPG**

La sélection d'Alicia pour l'entretien, a nécessité que nous lui passions l'EMSEPG tout comme chez les autres participants. À chaque item de ce questionnaire, il était question pour Alicia de répondre à des questions relatives à la conviction qu'a la personne âgée d'être capable d'organiser et de réaliser les actions nécessaires à l'accomplissement d'une tâche. Cette échelle étant constituée de 10 affirmations qui serviront à indiquer à quel point, sur une échelle de 1 à 4, le jugement que porte la personne âgée sur sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. Les valeurs de la fréquence des réponses varient de : 1 = pas du tout vrai ; 2 = à peine vrai ; 3 = moyennement vrai ; 4 = totalement vrai.

Il ressort du dépouillement, et en globalisant les valeurs de la fréquence des jugements qui compose l'EMSEPG, qu'Alicia a obtenu un score de 29, ce qui témoigne d'une croyance positive assez élevée selon la grille d'analyse de l'EMSEPG.

## **5.2. ANALYSE DES RÉSULTATS**

### **5.2.1. Vécu des expériences actives de maîtrise**

Le SEP se construit à partir de l'histoire personnelle vécue par l'individu car ces expériences vont créer et renforcer les jugements d'efficacité personnelle déjà existant très tôt. Les expériences actives de maîtrises, constituent donc l'une des sources les plus importantes d'informations de développement du SEP, parce qu'elles démontrent le plus clairement que la personne est capable de rassembler ce qui lui sera nécessaire pour réussir. La personne âgée aura besoin non seulement de connaître les procédures et stratégies efficaces, mais aussi être convaincue qu'elle peut exercer un contrôle en s'appliquant avec sérieux et persévérance. Ainsi, les événements heureux qui ont conduit aux succès chez la personne âgée, vont construire une solide croyance d'efficacité personnelle contrairement à l'échec qui va la diminuer. Selon Bandura (1986), construire un SEP par des expériences de maîtrise ne consiste pas à juste programmer un comportement tout fait. Cela implique que la personne âgée acquiert les outils, comportementaux et autorégulateurs nécessaires pour exécuter des actions afin de gérer les circonstances fluctuantes de son existence.

Certaines causeries éducatives avec les personnes âgées montrent que la connaissance des procédures et des stratégies permettant de produire des enchaînements efficaces de comportements de santé fournit aux personnes âgées les outils pour gérer les facteurs de risques de démence. Cela se traduit dans les propos d'Alicia lorsqu'elle dit :

*Moi je pense qu'on peut créer un petit cercle interne, un petit truc de formation où chacun participe comme il peut et puis on verra ce que ça va donner, ça pourra nous aider à tenir et à ne pas succomber face à cette maladie.*

Nous pouvons voir que le développement des croyances d'efficacité par l'expérience active crée les dispositions cognitives et autorégulateurs destinées à éviter les facteurs de risques de démence. Judith nous l'apprend quand elle témoigne en ces termes :

*Et quand je suis arrivée, la bergère avait dit que je ne mettrais pas même une semaine mais le 29 novembre 2023 ça fera 14 ans que je suis ici. Quand je suis tombée malade je me suis beaucoup battue pour survivre car j'ai fait 2 AVC, et le deuxième m'a paralysée le bras gauche. Alors j'ai fait trop d'efforts pour aller bien et aujourd'hui ça va malgré le petit handicap que j'ai ».*

Simon quant à lui dit : « Non je suis resté concentré sur mon petit travail et je continuais de prier mon Dieu pour qu'il m'aide aussi. Je n'avais pas de choix il fallait avancer ».

Toujours dans la même lancée du vécu de l'expérience active de maîtrise, nous voyons que les difficultés rencontrées par la personne âgée fournissent des occasions d'apprendre comment transformer l'échec en succès, comment affûter ses capacités à mieux contrôler les événements susceptibles de l'exposer à un risque sanitaire. Les propos de Simon vont dans ce sens :

*Avec le temps quand j'ai su que je possédais une force en moi pour me battre, j'ai arrêté de me plaindre. Je savais que j'avais ce qu'il fallait pour réussir et persévérer face à la difficulté. Même si cela n'a pas été facile ... »*

En surmontant les moments difficiles, la personne âgée est ressortie de l'adversité avec plus d'aptitudes, même si de temps en temps elle manque de confiance en elle pour mieux utiliser ses aptitudes. C'est ce qui ressort des propos de Simon

*Ma fille...à un moment donné, quand il faut agir il faut agir sans te poser les questions. Maintenant je ne sais pas si j'avais bien fait de partir de la maison de mon oncle où on me maltraitait. Ce que je sais aujourd'hui c'est que j'ai tout fait. A chaque fois que j'avais un problème je me battais pour me sortir d'affaire.*

Raison pour laquelle la personne âgée a constamment besoin d'un regard extérieur qui apprécie ses actes posés et l'encourage à les maintenir s'ils vont dans les sens de la prévention de la maladie. Judith ajoute ceci :

*Sinon dans mon état les gens m'auraient déjà abandonnée depuis longtemps. D'ailleurs j'attends les enfants de ma cousine qui avait un centre de santé à Mbankolo et elles viennent me voir de temps en temps. Elles m'ont téléphoné hier qu'elles viennent me chercher jeudi.*

C'est aussi dans ce sens que des améliorations de fonctionnement cognitif chez la personne âgée ont également plus de chances de se maintenir sur le long terme si l'environnement social l'aide à mettre l'accent sur le pouvoir personnel d'agir et de produire des résultats par la mise en place des comportements de santé tel la pratique de l'hygiène au sein de son environnement de vie, l'adoption des habitudes alimentaires saines.

De ce qui précède, nous pouvons dire que les personnes âgées agissent sur la base de leurs croyances d'efficacité et mesurent la justesse de leur évaluation de soi en fonction des performances qu'elles s'efforcent d'obtenir. Le succès obtenu au cours de leur existence élève généralement le jugement que porte la personne âgée sur « sa capacité d'organiser et d'utiliser les différentes activités inhérentes à la réalisation d'une tâche à exécuter » (Bouffard-Bouchard et Pinard, 1988, p. 411). C'est le cas de Simon qui pense ceci :

*Je suis un battant c'est ce que je sais. Je sais me battre dans la vie. Oui je suis très courageux car quand on a vécu les choses que j'ai vu là et qu'on n'est pas encore mort c'est qu'on est fort.*

Par conséquent, les échecs répétés dans les activités ont tendance à abaisser ce jugement, surtout si la personne âgée y a mis un effort énorme pour atteindre une bonne performance. C'est ce qui se dégage des propos d'Alicia quand elle dit ceci :

*Vous savez quand vous êtes seule ce n'est pas facile, j'ai plein de projets mais tout cela est dans ma tête car même pour les réaliser il faut les moyens financiers et un petit investissement. Or, là où je suis là je dépends du centre et de ma propre famille et de temps en temps quelqu'un de ma belle-famille vient me voir et je ne leur en veux pas car c'est Dieu qui a voulu que tout cela arrive et qu'on se sépare dans ses conditions. C'est vrai qu'on accuse Dieu mais ces gens ne m'ont rien fait.*

### 5.2.2. Persuasion verbale

La persuasion verbale sert à renforcer les croyances qu'a la personne âgée quant à ses capacités à mobiliser la motivation, les efforts et les ressources cognitives, etc. pour obtenir ce qu'elle souhaite. Cette persuasion se fera autant au niveau individuel qu'au niveau communautaire, Alicia l'explique en ces termes :

*Vous savez ici c'est un monde où chacun vient de son coin et il y a des sujets qui peuvent concerner tout le monde et des sujets qu'ils ne vont pas comprendre. C'est très difficile de se mettre d'accord parce que nous venons d'horizons très divers, avec des formations très diverses, des langues même très diverses, ce qui fait qu'il n'y a que les prières qui nous mettent tous d'accord et puis quand il y a un petit sujet concernant un verset biblique chacun essaie de donner son avis.*

Ainsi, la personne âgée va s'efforcer d'atteindre quotidiennement différents niveaux de performance de manière graduelle, à travers les tâches à réaliser afin d'éviter les pertes potentielles pouvant l'exposer aux facteurs de risques et s'assurer des gains futurs potentiels (Tversky et Kahneman, 1981). Cela peut se traduire dans les propos d'Alicia qui dit que

*Tout dépend du sujet et tout dépend de ton caractère, partout où tu te trouves tout dépend de comment tu vis avec les gens. Moi je parle avec tout le monde, car lorsque vous quitter votre famille pour aller faire des études ailleurs, vous devez apprendre à vous adapter et à vivre avec tout le monde. On crée un autre monde autour de soi.*

Le sentiment d'auto efficacité personnelle chez la personne âgée peut aussi être influencé par les messages que lui adressent le personnel du centre Béthanie (encouragements, critiques, soutiens, conseils, etc.). Elle sera plus sensible à la façon dont l'entourage perçoit ses compétences, et l'évaluation qu'elle fera de ses efforts reflètera en partie ce qu'elle pense d'elle-même, elle pourra communiquer ces perceptions de manière verbale ou non. C'est qu'on retient dans les propos de Simon qui pense que :

*Ma fille (ris et continue de rire), vous savez que pour exercer dans le métier que j'ai fait il faut être très convainquant ? oui on dit que la force du maçon c'est au pied du mur. Je devais prouver ce que je connais. Je devais être très bon dans ce que je fais et montrer qu'on peut me faire confiance. C'est vrai qu'on a trop peur de faire confiance aux techniciens car ils sont malhonnêtes pour la plupart. (3 minutes de pause). Oui ils sont malhonnêtes mais pas tous hein, moi, moi par exemple j'ai la crainte de Dieu et je crois que j'ai souvent fait du bon travail pour mettre mes clients d'accord.*

Des encouragements plus réalistes pourront aider la personne âgée à maintenir les efforts et augmenter ses chances de réussir, mais aussi à s'évaluer par rapport à elle-même plutôt que par rapport aux autres.

En effet, la personne âgée qui sera persuadée verbalement qu'elle possède les capacités de maîtriser certaines activités, aura plus de chance de faire un effort supplémentaire et de le maintenir, c'est le cas de Judith qui pense que :

*Je sais bien m'exprimer et j'ai reçu une très bonne éducation que mes parents m'ont donnée. Et tu sais j'ai fait les études et ici les gens ne sont pas trop intelligents (petit sourire) et puis vous savez, nous constituons une famille ici et il y a des choses que je n'ai pas besoin de demander. Je sais aussi que j'ai un fort caractère de persuasion, je sais parler aux gens. Je suis une charmante personne.*

Contrairement à celle qui doute d'elle-même et qui reste fixer sur ses limites personnelles lorsque surviennent les difficultés. Il faut noter que la pertinence des stimulations persuasives verbales sur la croyance que la personne âgée a de ses capacités dépend aussi de la crédibilité que les personnes qui l'entourent lui accordent. C'est ce que pense Alicia, lorsqu'elle affirme que :

*Le véritable problème est que quand vous êtes nés dans une grande famille, on est habitué à vivre avec les gens ça veut dire qu'on développe une certaine disponibilité et vous collaborer avec les autres. Je crois mais je ne sais pas ce que pense les gens, je n'ai pas oublié toute l'éducation que j'ai reçu de mes parents et je crois en fin de compte que je ne peux pas me juger.*

Et ces stimulations persuasives auront un plus grand impact sur les personnes âgées qui ont quelque raison de croire qu'elles peuvent produire des efforts par leur actions (Chambless et Murray, 1979a, 1979 b). Et par conséquent, ces persuasions verbales auront une influence sur les comportements de santé chez la personne âgée sous formes de menace de pertes potentielles dues à l'absence de pratiques auto protectrices capables d'améliorer ses croyances d'efficacité.

### **5.2.3. États physiologiques et émotionnels**

Le vieillissement physiologique et ses effets sur l'organisme sont inhérents à la vie et par conséquent inévitables. Les changements s'opèrent de façon progressive, accompagné ou non de maladie. Si le vieillissement n'est pas un processus linéaire et simple, plusieurs individus se basent partiellement sur l'information somatique transmise par leur état physiologique et

émotionnel, pour évaluer leur capacité à réaliser certaines activités. C'est le cas d'Alicia qui exprime ceci :

*Je suis déjà une vieille personne, pfut !!! la vieillesse même c'est quoi ? c'est quand même difficile à définir hein. Car ça dépend un peu de ce qu'on a déjà fait et de ce qu'on aimerait faire. Je ne suis pas constamment malade, depuis que je suis ici je n'ai plus trop souffert d'hypertension ça s'est stabilisée.*

Le ressenti chez la personne âgée s'exprime par des allusions au deuil, à la mort et à de nombreuses pertes, et son corps devient dès lors le centre de la problématique identitaire. Ces pertes, qui s'amplifient avec l'âge, agressent l'image que la personne a d'elle-même et l'estime de soi se retrouve à son tour altérée et naît la sensation d'inutilité, de charge pour la famille ou la société. C'est ce que ressent Simon quand il dit

*Je ne suis plus aussi jeune ma fille. Je ne peux plus faire ce que je faisais quand j'étais encore plus jeune. Le corps me lâche petit à petit (en souriant et en regardant ses membres supérieurs). Je ne peux plus regarder un match de foot au bar où une bagarre peut déclencher et je vais faire comment ?*

Cet état physiologique est souvent interprété comme un signe de déficience, en ce sens que la personne âgée en perte d'autonomie, en proie aux maladies chroniques, aux troubles cognitifs, et dépendante de son entourage ou d'aides professionnelles, pourra peu à peu douter de ses compétences personnelles c'est ce qui la plonge dans une situation de handicap. Elle va associer son état émotionnel aversif tel que l'anxiété avec une faible performance du comportement de santé demandé et aller vers l'échec.

À l'opposé, une autre personne sera encline à croire au succès si elle se trouve dans un état émotionnel favorable en dépit de son état physique. La relation entre l'état physiologique et l'état émotionnel s'observe à travers les indicateurs somatiques d'efficacité personnelle impliqués dans les activités physiques nécessitant force et endurance. Au cours de ces activités, la personne âgée interprète sa fatigue, sa respiration et même ses douleurs comme un indicateur d'inefficacité physique. C'est ce qu'explique Judith en ces termes :

*Vous savez quand quelqu'un tombe malade il faut qu'il l'accepte et c'est comme ça que vous allez guérir facilement. Depuis que j'ai eu l'AVC qui m'a paralysée je ne suis aussi forte qu'avant. Je ne peux plus danser (rires) ? mais au moins je peux écrire et lire comme avant.*

Les pensées désagréables, les états d'humeur affectent aussi la perception qu'a la personne âgée de son sentiment d'auto efficacité surtout lorsque cette dernière est tendue et agitée organiquement. Cela se traduit dans les propos d'Alicia qui se confie en ces termes :

*Ça va faire 2 ans que je suis là et je ne me plains de rien, je suis bien entourée et j'ai les gens avec lesquelles je peux avoir de temps en temps des petites discussions. Même en famille on peut avoir des petits problèmes. Mais ici ça va il n'y a pas tellement de solitude, même si dans un autre sens on manque de rencontre réelle. Et puis de toutes les façons il ne faut pas être trop exigeant dans la vie, il faut prendre et accepter ce que Dieu te donne. Mais j'essaie de ne pas trop penser au fait que je n'ai pas de famille naturelle car ce n'est pas facile.*

Pour modifier les croyances d'efficacité, l'on pourra réduire le niveau de stress et les tendances émotionnelles négatives chez la personne âgée et l'aider à supprimer les interprétations erronées de son état corporel (Bandura, 1991 a).

#### **5.2.4. Perception du risque de démence**

La personne âgée est soumise à de nombreuses pertes, son vieillissement s'inscrit dans son corps qui devient alors le centre de diverses problématiques. Ces pertes, qui augmentent avec l'âge, agressent l'image que la personne a d'elle-même et l'estime de soi se retrouve à son tour altérée. C'est ce qu'on retient des dires d'Alicia qui dit ce qui suit :

*La démence c'est quelque chose qu'on entend souvent dans les communications et ça me fait beaucoup peur car il m'arrive souvent de me perdre dans les conversations. Je peux être en train de parler avec vous et je sens comme un vide je ne sais plus ce que je suis en train de faire ou de dire. Mais ça dure quelque minute. Vous savez, quand on vieillit on devient un être que tout le monde observe et en ce moment-là quand je suis ici les gens m'observe et peuvent me juger surtout si je déconne.*

Ce groupe de personnes vit dans un corps qui n'est plus considéré comme porteur de valeur et ce dernier ne semble plus pouvoir remplir sa fonction de lieu protecteur pour l'identité. La personne âgée, en perte d'autonomie, a souvent peu d'estime de soi, se sent inutile, embarrassante et une charge pour leur famille ou pour la société, ce qui conduit à une baisse voire une perte de motivation. C'est ce qui retient des propos de Simon quand il parle de sa place au centre

*Et puis j'ai fini par m'habituer et me résigner. Je n'ai plus de rancune vis-à-vis des gens, je reste tranquille dans mon coin en sachant que je suis seul. C'est*

*vrai qu'on est une famille ici au centre mais, je préfère beaucoup rester dans mon coin pour éviter les problèmes.*

Bien que souvent consciente des modifications et des changements qui s'opèrent chez elle, la personne âgée vit une détresse susceptible de la plonger dans une démence.

En effet, la perception du risque en santé, se fera par d'analyse des conduites à l'égard des risques à partir d'indicateurs sur l'état des connaissances relatives à la prévention de la démence. La personne âgée devra apporter un éclairage sur les conduites liées aux représentations du risque et aux normes que véhicule la prévention. Simon est de cet avis lorsqu'il dit ceci :

*Je ne mets plus les choses dans mon cœur car après tu es déçu et ça va te faire très mal pour rien. Je m'isole pour que ça m'aide à éviter les problèmes. Je vis mon temps c'est tout en attendant ma mort. Quand je peux je bois mon vin. Par exemple pendant les fêtes, beaucoup de visiteurs viennent nous donner à manger et à boire. Ils pensent aussi à nous et je profite aussi je bois quand il y'a.*

Les facteurs environnementaux vont exercer une influence sur le mode d'interprétation de leur état interne. Parler de la perception du risque de démence, revient à dire que celui-ci véhicule presque souvent une sorte de fragilité chez ceux qui en sont victimes, d'où l'intérêt porté aux croyances (compréhension de la démence et des causes), (symptômes, impacts sur la personne atteinte), les réactions (organisation des soins, recherche d'aide) et les besoins non satisfaits (soutien émotionnel, financier, et social).

#### **5.2.5. Rapport sentiment d'auto efficacité / prévention des risques de démence.**

Issu de la théorie sociale cognitive, le sentiment d'auto efficacité repose sur une conception englobante les aspects bio-socio-psychologique de la personne.), Ce sentiment représente pour la personne âgée un facteur clé dans la prévention des risques de démence, dans la mesure où elle serait le fondement de la motivation, du bien-être et des réalisations humaines dans presque toutes ses activités : sa manière de se comporter, de penser, de se motiver ou encore de ressentir les choses. Cet impact significatif s'explique notamment par la forte influence des croyances d'efficacité sur l'auto-régulation d'éléments très variés, comme l'action, les processus cognitifs, la motivation et les états émotionnels et physiologiques (Bandura, 2003).

En effet, le développement et le fonctionnement de l'individu sont influencés par les interactions entre le comportement et l'environnement de celui-ci (Ledoux, 2013). En prenant appui sur Bandura (1996), le sentiment d'auto efficacité apparaît comme le fruit de l'interaction entre croyance qu'a la personne âgée et son organicité. Cette croyance contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement de la personne âgée dans la poursuite des buts qu'elle s'est fixée, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'elle pourrait éprouver lorsqu'elle rencontre des obstacles (Carré, 2004). Cela se comprend dans les propos d'Alicia quand elle dit :

*Moi je pense qu'on peut créer un petit cercle interne, un petit truc de formation où chacun participe comme il peut et puis on verra ce que ça va donner, ça pourra nous aider à tenir et à ne pas succomber face à cette maladie.*

L'idée étant que la confiance de la personne âgée en sa capacité dans une tâche donnée détermine, en partie, la façon dont elle va faire face à cette tâche et le niveau de performance qu'elle va effectivement atteindre, pour peu que celle-ci dépende au moins en partie des actions de cette personne.

La réciprocité dans l'interaction est abordée dans le cadre de la réponse de la personne âgée à l'environnement social, c'est-à-dire le contrôle exercé sur les déterminants de la santé afin de pouvoir contribuer au changement des évènements susceptibles de prévenir des démences. Le sentiment d'auto efficacité ou tout simplement la croyance en sa capacité d'agir sur les facteurs de risques de démence pourrait modifier sa capacité d'organisation et d'exécution très souvent mise à rude épreuve, car le vieillissement entraîne plusieurs pertes qui peuvent avoir des effets néfastes sur l'estime de soi de la personne âgée, mais aussi sur l'élaboration de quelque projet de vie que ce soit.

## CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Ce dernier chapitre de l'étude est consacré à l'interprétation et la discussion des résultats à l'issue de leur mise à l'épreuve tout au long du chapitre précédent. À en croire Fortin (2005), rendu à ce niveau de la recherche, le chercheur doit dégager la signification des résultats, tirer des conclusions, évaluer les implications et formuler des suggestions en ce qui concerne les recherches futures. Dans cette optique, nous allons commencer par la synthèse desdits résultats. Puis nous les interpréterons à la lumière des théories sur lesquelles s'étaient notre étude. Par la suite nous ferons une discussion sous l'égide de la littérature existante à propos le sentiment d'auto efficacité et de la gestion des risques de démence. Nous terminerons par les implications et les perspectives de notre étude.

### 6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les résultats ayant fait l'objet du précédent chapitre ont été collectés au moyen de l'entretien semi-directif auprès de trois participants rencontrés au Centre Béthanie-VIACAM. Il s'agit notamment de trois personnes âgées dont un homme de 72 ans et deux femmes respectivement âgées de 70 et 67 ans, tous pensionnaires depuis plusieurs années. Ils ont été sélectionnés à partir des scores obtenus à l'issue de la passation de l'EMSEPG. Ces scores ont relevé respectivement une croyance positive assez élevée. L'analyse thématique que nous avons effectuée s'est faite autour de cinq thèmes : le vécu des expériences actives de maîtrise, la persuasion verbale, des états physiologiques et émotionnels, la perception du risque de démence et du rapport sentiment d'auto efficacité / prévention des risques de démence.

Le vécu des expériences actives de maîtrise dans cette étude s'exprime chez nos trois participants, bien que vivant au centre Béthanie loin de la cellule familiale, en absence du soutien multiforme (financier, social, psychologique). Le contexte dans lequel ces derniers vivent n'a pas toujours été pensé, préparé et réalisé, mais la précarité sociale avec la pauvreté, l'isolement social, en plus de l'inactivité physique, apparaissent comme des facteurs de risque de démence chez la personne âgée. Cette dernière est riche d'une vie chargée d'histoires et d'expériences qui lui ont permis de trouver ses repères, de s'adapter au vieillissement, de mettre au point des manières de se soigner, d'utiliser et de maintenir ses capacités dans son environnement. La situation problématique a été amplifiée par l'histoire personnelle vécue par la personne âgée, ses expériences passées ont créé et renforcé les jugements d'efficacité personnelle déjà existant très tôt. Les événements heureux ayant conduit aux succès chez

Simon, Judith et Alicia les ont aidés à construire une solide croyance d'efficacité personnelle contrairement à Patrick pour qui les pertes, les décès, et l'échec ont diminué ce sentiment chez lui générant ainsi le sentiment d'impuissance, le sentiment d'inutilité ; ce qui a plongé ce dernier dans un questionnement sur les risques de perte de mémoire.

Pour ce qui est de la persuasion verbale, les discours des participants montrent qu'elle sert à renforcer la croyance qu'a la personne âgée quant à ses capacités à mobiliser la motivation, les efforts et les ressources cognitives, etc. pour obtenir ce qu'elle souhaite. Car, l'effort qui accompagne les tâches à réaliser est à l'origine du développement des comportements de santé destinés à éviter les pertes potentielles de confiance pouvant exposer la personne âgée aux facteurs de risques de démence. Autrement dit, l'évaluation que la personne âgée fera de ses efforts reflètera en partie ce qu'elle pense d'elle-même, elle pourra communiquer ces perceptions de manière verbale ou non. Aussi, la personne âgée sera influencée par les messages d'encouragements, de critique ou de soutien que lui adressent l'entourage proche ou lointain. Les résultats ont montré que cette dernière sera plus sensible à la façon dont l'entourage, les proches aidants perçoivent ses compétences surtout si ces personnes lui accordent beaucoup de crédibilité.

Pour ce qui est des états physiologiques et émotionnels chez la personne âgée, les résultats ont montré que le vieillissement de la personne qui s'accompagne de modifications morphologiques, physiologiques et cognitives, ne permet pas toujours à celle-ci de réaliser son potentiel dans des conditions de dignité et d'égalité. Les participants sortent de leur chambre sans l'aide d'un tiers, pour participer aux différentes activités hebdomadaires. Seulement, en situation d'exposition imminente à un facteur de risque ou lors d'une confrontation au regard des autres, la personne âgée ressent un ensemble de réactions corporelles d'autant plus fortes qu'elles seront associées à un manque de contrôle perçu ou encore à de faibles capacités personnelles pour y faire face. Ces réactions s'accompagnent souvent d'un état de bouleversement émotionnel ou encore d'une sensation d'être submergé par l'émotion. Même si leur état émotionnel est influencé par les échanges d'une part avec d'autres pensionnaires, et d'autre part avec les visiteurs, ils arrivent néanmoins à développer un sentiment d'utilité ce qui renforce leur croyance en leur capacité à agir sur eux et sur l'environnement. Ainsi, ledit sentiment permet de délaisser les habitudes susceptibles de les conduire à l'isolement, la dépression, la dépendance etc., voire à la démence.

La perception du risque de démence s'exprime dans le discours des participants à travers l'identification de certains facteurs de risques tels que les habitudes de vie. Ces habitudes de vie sont construites avec l'âge et traduit l'état de vieillissement, du type de relations familiales, de l'environnement social dans lequel la personne âgée vit, et de l'hérédité, etc. En effet, le risque de démence est perçu comme un construit social, qui s'appuie non seulement sur les normes sociales, mais aussi sur les rôles joués et les positions occupées par la personne âgée au sein du groupe (centre), des systèmes de représentation existants et des valeurs mises en œuvre.

L'étude a également fait saillir le rapport entre le sentiment d'auto efficacité et la prévention des risques de démence chez les participants. C'est ainsi qu'elle a pu révéler que dans certains cas, la croyance qu'a la personne âgée à propos de sa capacité à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie joue un rôle dans le maintien de la santé et de l'autonomisation de cette dernière. Le vieillissement qui, donne lieu au sentiment de vulnérabilité engage au niveau psychique une lourde charge émotionnelle, car la prise en charge des personnes âgées constitue en elle-même une situation particulière induisant des facteurs de stress spécifiques et des situations de dissonances émotionnelles pouvant dégrader la satisfaction du personnel et générer du burn-out.

## **6.2. LA THÉORIE DE L'ACTION RAISONNÉE (TAR) ET COMPRÉHENSION DE LA GESTION DES RISQUES DE DÉMENCE CHEZ LA PERSONNE AGÉE**

En admettant avec Ajzen (1991) sur la base du modèle de « l'action raisonnée », que l'individu est capable de prévoir/anticiper, prendre des décisions de façon rationnelle et ceci sans aucune contrainte ni obstacles à l'adoption du comportement, on peut comprendre le caractère prédictif mieux préventif des risques de démence. Nous allons dans cette section, examiner le processus sous-jacent ou inhérent à la prévention des risques de démence dont la conséquence est visible par le maintien de la santé mentale chez la personne âgée. Étant donné que la gestion des risques de démence fait partie intégrante de la mise en œuvre de la stratégie de toute organisation traitant méthodiquement les risques qui s'attachent à leurs activités et recherche, ainsi des bénéfices dans le cadre de ces activités, considérées individuellement ou bien dans leur ensemble. En effet, si le risque de démence chez la personne âgée est induit par les habitudes de vie, les choix des pratiques addictives, les comportements en matière d'alimentation etc., la participation communautaire va s'efforcer « de promouvoir le sentiment d'influence et de compétence des individus sur les processus de leur communauté, le sentiment

de contrôle sur leur environnement, et le sentiment d'utilité et de responsabilité » (Saïas, 2009, p13). Cette évolution donne lieu à des interrogations qui vont bien au-delà de l'individuel en situation de vieillissement et touche pour ainsi dire la dimension interactionnelle de l'individu vivant au sein d'un groupe social psycho traumatisé par les événements de la vie.

En effet, Wood et Bandura (1989) conçoivent l'être humain à la fois comme un produit et un producteur de son environnement. Si tel est le cas, l'on comprend que la personne âgée en tant qu'actrice des événements environnementaux se sert d'un comportement planifié pour se prévenir de la démence, ce qui implique un choix basé sur une délibération. Avant d'effectuer ou non un comportement, la personne âgée réfléchit d'abord, autrement dit, elle prend en compte toutes les informations dont elle dispose dans son environnement, examine les implications de son acte et elle en évalue les conséquences possibles. Elle va d'abord avoir l'intention de se comporter d'une certaine façon face à des facteurs définis comme risques, c'est-à-dire avoir une conduite sociale envisagée comme le produit d'une prise de décision raisonnée, planifiée et contrôlée.

Fishbein et Ajzen (1975) placent l'intention, et plus spécialement l'intention comportementale au centre du modèle théorique. Partant du constat selon lequel l'individu prend des décisions raisonnées et que son comportement est le résultat de l'intention de s'y engager. Ainsi, pour qu'un comportement soit adopté, il faut que la personne ait l'intention de mettre en œuvre ce comportement. C'est le cas de la personne âgée chez qui il doit avoir l'intention de se prévenir des risques de démence. Le sentiment d'auto efficacité est considéré ici comme une variable importante de l'étude, en ce sens qu'elle vient modérer le lien entre intention d'agir chez la personne âgée et le comportement préventif de la démence (Meyer et Verlhac, 2004). L'intention dépend de trois variables : l'attitude envers le comportement, c'est-à-dire la perception positive ou négative du futur comportement, la norme subjective considérée comme la pression sociale perçue et le contrôle comportemental perçu, qui concerne la difficulté ou la facilité à réaliser le comportement.

Pour mieux appréhender la prévention des risques de démence chez la personne âgée, il convient d'interroger les organisateurs du sentiment d'auto efficacité à travers l'expérience active de maîtrise, la persuasion verbale, les états physiques et émotionnels et la perception du risque de démence.

### 6.2.1. Des expériences actives de maîtrise à la gestion des risques de démence

L'intention d'adopter un comportement préventif des risques de démence par personne âgée, sera déterminée par une attitude personnelle à l'égard dudit comportement. Cette attitude elle-même influencée par les croyances de la personne non plus seulement en sa capacité d'organiser et d'exécuter des conduites requises pour produire des résultats souhaités, mais aussi sur les conséquences de l'adoption du comportement, précisément la croyance en la probabilité de résultat positif ou négatif. Ainsi, après un échec au cours de la vie comme l'a été le licenciement, ou la perte du conjoint chez nos participants, les conditions dans lesquelles leur arrivée au centre Béthanie a été planifié et réalisé, ainsi que les conditions dans lesquelles on les a secourus sont révélatrices de la forme que prend l'attitude de la personne âgée face aux facteurs de risques de démence. Le récit d'entretien de nos participants nous le démontre lorsque Judith déclare :

*Ma famille a toujours fait ce qu'elle pouvait pour m'aider et moi aussi j'ai beaucoup investi et dépensé sur moi et la maladie. Tout cela valait la peine, mes oncles et la famille ont mobilisé des équipes médicales pour que je reçoive de bons soins sinon je n'allais pas être comme ça aujourd'hui.*

Ou alors quand Alicia affirme :

*C'est ma famille qui m'a d'abord prise en charge et puis on m'a amenée ici comme je n'avais pas d'enfants parce qu'une personne de ma famille connaissait la bergère. Et rester seule vraiment seule dans une chambre et puis sortir, il y a des choses qu'avec l'âge que tu ne peux plus faire.*

Or ces deux participantes ont d'ailleurs fait écho d'un fait saillant en lien avec le contexte qui a conduit à leur arrivée au centre. Ainsi, leurs comportements de santé vont s'appuyer largement sur des croyances partagées ou non à propos des événements, des situations présentes ou futures et de leurs conséquences. Aussi, le récit d'entretien de Simon sur son expérience passée débouche sur des souvenirs de quelques réussites parsemées d'échecs, d'amour et fait état du fait que leur croyance à la capacité d'organiser ou de mener à bien une situation se précise par ces propos chez Simon nous avons :

*Et puis quand je suis tombé malade, je suis un jour retourné au village et c'est là qu'on m'a rejeté. L'accueil était très mauvais et la famille m'a tourné le dos. On me traitait comme un moins que rien ; c'est normal je n'étais pas riche et le peu que j'avais était fini dans la maladie. Vous savez quand vous perdez votre femme et que vous n'avez plus le soutien des membres de votre famille ou des amis ça fait trop mal. Alors quand ça commencé un peu à aller je suis*

*retourné en ville pour recommencer ma vie à zéro et oublier tout ce qui s'était passé. J'ai repris les petits jobs au quartier pour survivre, mais je n'avais plus la force ni les moyens pour faire les tontines. Ce que j'avais c'était juste pour survivre et acheter mes remèdes. J'ai appris très tôt à ne compter que sur moi. Alors je me tais et je supporte.*

La notion d'attitude ici reflète dans quelle mesure l'engagement vers tel ou tel comportement est évalué de manière positive ou négative par la personne (Ajzen et Fishbein, 2004). L'attitude ne porte pas sur un objet, mais sur une conduite comme celle de l'adoption des comportements d'évitement ou s'isolement face aux événements stressants. C'est l'exemple de Simon qui voudrait adopter une distanciation sociale et le silence comme attitude positive envers toutes provocations extérieures de la part de sa famille ou de l'entourage proche du centre, c'est ainsi qu'il le dit :

*Et puis j'ai fini par m'habituer et me résigner. Je n'ai plus de rancune vis-à-vis des gens, je reste tranquille dans mon coin en sachant que je suis seul. C'est vrai qu'on est une famille ici au centre mais, je préfère beaucoup rester dans mon coin pour éviter les problèmes.*

Ces attitudes sont basées sur la perception que le sujet fait des coûts/ bénéfices du comportement et du degré d'importance qu'une personne pourra lui donner.

### **6.2.2. De la persuasion verbale à la gestion des risques de démence**

Dans le modèle du comportement planifié de Ajzen (1991), l'intention d'adopter un comportement est aussi déterminée par des normes subjectives susceptibles d'influencer l'idée que se fait l'individu de ce que les gens, et spécialement ceux qui comptent pour lui, pensent de ce comportement, c'est-à-dire la pression sociale perçue par l'individu. Cette norme subjective représente donc une appropriation personnelle de l'approbation ou du rejet que suscite ce comportement auprès des intervenants communautaires qui s'occupent de la personne âgée. C'est le cas de Simon qui accorde une importance particulière à ce que les autres pensionnaires du centre pensent de lui. Ses propos se déclinent ainsi qu'il suit :

*hummm...moi je ne me laisse pas faire, j'ai la force de parole. Je cherche toujours à convaincre par les idées et par les actes aussi. Je t'ai dit qu'on juge le maçon où ? (Me posant la question) c'est ça au pied du mur. J'étais pertinent dans mes pensées et j'étais sûr de moi, de mon travail. J'étais aussi très discipliné et je savais rester à ma place.*

Dans ce cas l'évaluation faite des couts/ bénéfices du comportement de santé en rapport avec la prévention des risques de démence est de nature sociale.

La motivation de la personne âgée à se conformer ou à se soumettre aux croyances normatives (l'opinion des autres individus ou groupe de référence) va la pousser à prendre une décision afin d'adopter des comportements de santé permettant d'éviter les maladies neurodégénératives. C'est ce qu'on constate chez Judith qui dit :

*Même si physiquement je ne peux plus faire certaines activités [...]il y a quelques personnes ici qui viennent souvent me demander un certain nombre de conseils et quand ils ont des petits soucis ils viennent demander mon avis et mon aide.*

Plus une décision est raisonnée et délibérée plus les individus sont susceptibles de mobiliser des jugements de valeur explicites dont ils ont conscience (van Harreveld & van der Pligt, 2004). Par ailleurs ces croyances peuvent être confortées par le fait qu'elles sont partagées avec d'autres. Si la personne âgée ne pense pas qu'elle puisse produire les résultats qu'elle désire par son action, elle aura peu de raisons pour agir ou persévérer en face des difficultés.

### **6.2.3. De l'état physiologique et émotionnel à la gestion des risques de démence**

Pour comprendre comment l'état physiologique et émotionnel intervient dans la prévention des risques de démence, un intérêt porté à la définition de l'émotion est nécessaire. Ainsi, les émotions sont définies par une réaction de l'organisme devant une situation troublante (agréable ou désagréable), Daco (2010). Elles sont universelles et présentes dans toutes les cultures. Toutefois, Mercadier (2010) détermine cinq (05) émotions : La gêne ou le dégoût, la colère, la peur, la tristesse ou les larmes, le plaisir, la joie et la fierté. Même s'il existe des protocoles bien définis pour chaque acte, dans des situations données, il y aura différentes émotions générées d'une personne à une autre.

Afin de développer un sentiment d'auto efficacité, la personne âgée doit d'être vigilante quant à ses émotions pour qu'elle ne soit pas dépassée par ses émotions. Car, nos émotions influent sur nos réactions, nos choix, nos décisions, elles orientent tout notre agir. Judith déclare à juste titre que :

*Je m'accepte car je suis en train de m'en sortir. Vous savez quand quelqu'un tombe malade il faut qu'il l'accepte et c'est comme ça que vous allez guérir facilement [...] ça ne vaut pas la peine de vivre dans un état de déprime, on est ici en famille et ça va.*

Ces émotions sont à la fois pour nos participants, une source de joie et de souffrance. Plus l'intention d'agir sera forte, plus la personne âgée fera d'efforts pour adopter des

comportements de santé et plus il sera probable qu'elle s'engage dans ce comportement (Steg et Nordlund, 2013). Cette intention d'agir sera conditionnée par le contrôle comportemental qui fait référence à la facilité ou la difficulté perçue vis-à-vis de la réalisation du comportement et il est censé refléter l'expérience passée aussi bien que les empêchements et les obstacles anticipés (Ajzen, 2002). Dans cette logique, la personne âgée en situation s'interroge sur les activités susceptibles de l'aider, c'est du moins le souhait qu'Alicia émet lorsqu'elle dit ceci :

*Ici on veut créer des groupes de distractions, par exemple j'ai demandé à faire les travaux de femmes c'est-à-dire le crochet, la couture, le petit bricolage. Bref les choses qui vous occupent et vous empêchent de trop réfléchir et à penser que j'ai mal ici ou là. Mais l'ambiance ici nous permet de ne pas trop réfléchir on est en famille ici.*

Selon Ajzen (2002), le contrôle comportemental est conceptuellement proche de la notion d'auto efficacité de Bandura (1992). Ainsi, quand une émotion deviendra trop intense, la personne âgée va mettre en place inconsciemment des mécanismes de défense. Un mécanisme de défense est défini comme l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Il existe différents types de mécanismes de défense relevés chez la personne âgée : la fuite en avant, la rationalisation, l'évitement, la fausse réassurance, l'esquive, la dérision, la banalisation et l'identification projective. C'est ce qui ressort du discours de Simon quand il dit :

*Je ne suis plus aussi jeune ma fille. Je ne peux plus faire ce que je faisais quand j'étais encore plus jeune. Le corps me lâche petit à petit (en souriant et en regardant ses membres supérieurs). Je ne peux plus regarder un match de foot au bar où une bagarre peut déclencher et je vais faire comment ?*

La réalisation ou non d'un comportement préventif dépend non seulement de ces mécanismes de défense mais aussi dans une certaine mesure, des facteurs non motivationnels tels que l'état de santé physique de la personne âgée, en proie à des troubles cognitifs, affectifs, limitants et qui parfois la plongent dans une situation incapacitante. Ceux-ci n'arrivent pas, du moins sur le coup à donner un sens à ce que sera la suite du vécu tel que nous le fait savoir Alicia quand elle dit :

*La démence [...] ça me fait beaucoup peur car il m'arrive souvent de me perdre dans les conversations. Je peux être en train de parler avec vous et je sens comme un vide. Je ne sais plus ce que je suis en train de faire ou de dire. Mais ça dure quelque minute.*

Les facteurs de risques de démence peuvent dans ce cas apparaître comme une situation imposée sur laquelle la personne âgée n'aura pas de prise.

#### 6.2.4. De la perception à la gestion des risques de démence

Dans la logique de prévention, on attend que les individus estiment les risques qu'ils encourent et qu'ils ajustent leurs conduites à ces estimations. C'est pourquoi, l'analyse culturelle montre qu'il existe différentes conceptions du risque pour soi qui vont de pair avec les procédures d'attribution sociale des risques. Judith déclare ce qui suit :

*Moi je pense que la démence est comme la folie, et je pense qu'il y a quelque cas de santé mentale ici. En vivant ici depuis certains ont des comportements bizarres, ils sont agressifs parfois. Et quand je travaillais à la SCB en plein centre-ville et je voyais toute sorte qui se promener librement en ville. Je sais aussi qu'il y a des gens qui naissent avec quelque chose en moins et souvent aussi c'est dans la famille, c'est-à-dire que ça une cause socioculturelle.*

Pour la personne âgée vivant au centre Béthanie, le risque est associé à des conduites qui rompent avec les normes de l'affiliation collective, ce qui fait des facteurs de risque de démence l'attribut d'autrui, c'est ce qui ressort des propos d'Alicia : « Vous savez, quand on vieillit on devient un être que tout le monde observe et en ce moment-là quand je suis ici les gens m'observe et peuvent me juger surtout si je déconne ».

L'état de vieillissement pousse la personne âgée à ne pas avoir de principes stables pour orienter son jugement et pour interpréter les demandes de son environnement, dans ce cas le facteur de risques de démence devient une composante éventuelle du style de vie. Voilà pourquoi Alicia fait état d'un désir voire un besoin constant d'avoir une activité manuelle pour rester proche de ses camarades :

*Mais de façon générale, on reçoit souvent des groupes ici qu'on appelle des visites, avec lesquelles on peut converser, collaborer. Ce sont les gens qui viennent pour donner un coup de main aux vieillards. Mais la vraie collaboration serait de penser et de créer des distractions qui peuvent concerner tout le monde, comme il y en a qui parlait des jeux de société comme le Ludo, les tricotages, le crochet.*

Cette dernière va interpréter les demandes qui lui sont faites et ajuster sa perception des risques de démence selon le type d'institution qui oriente ses conduites, tout en essayant de se protéger contre ses conséquences néfastes en fonction des connaissances et des moyens dont elle dispose.

### **6.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS**

Il est question pour nous de confronter les résultats acquis dans cette étude avec ceux obtenus dans les recherches précédentes. Ainsi, cette discussion se fera suivant quatre principaux axes. Le premier axe est celui du sentiment d'auto efficacité. Le deuxième axe porte sur le caractère handicapant du vieillissement. Le troisième axe interroge le processus d'appropriation d'un pouvoir d'agir par la personne âgée. Le quatrième quant à lui porte sur les stratégies communautaires d'intervention et de prévention de risques de démence.

#### **6.3.1. Le sentiment d'auto efficacité**

Le sentiment d'auto efficacité en tant que facteur central dans les mécanismes d'auto-régulation à la base de l'action et de la motivation chez un individu (Bandura et Wood, 1989), contribue à déterminer les choix d'activité et l'investissement de la personne âgée dans la poursuite des buts qu'elle s'est fixée (Carré, 2004). La persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'elle éprouve lorsqu'elle rencontre des obstacles l'aident à développer un facteur résilient. De plus, la résilience conceptualisée par Bowlby (1969) rend compte de la capacité qu'a une personne à faire face à des situations difficiles. Ce facteur permet justement à la personne âgée de faire face et/ou résister, aux conséquences tant psychologiques que socioéconomiques possibles d'un événement à risque.

Par ailleurs, pour que le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée participe mieux à la prévention des risques de démence, il doit être centré sur les besoins et les objectifs de la personne, idéalement mesurables et limités dans le temps (Caldwell et Woods, 2000). Mais au préalable, une évaluation sera aussi faite afin de déterminer chez la personne âgée, ses forces et ses difficultés afin de reconnaître ses besoins et d'aménager au mieux les services à lui offrir. Cette évaluation faite en milieu communautaire (le centre Béthanie) fait partie d'un accompagnement psychosociale qui vise dès lors à avoir un portrait large de la personne âgée, tant au plan de ses forces, de ses habiletés et de ses ressources, qu'au plan de ses difficultés particulières et de ses besoins au niveau psychologique, résidentiel, social et vocationnel (Farkas et al., 1994). Les capacités d'observation et d'évaluation du professionnel en accompagnement psychosociale sont centrales à ce niveau, de même que sa capacité de créer un climat de confiance et d'ouverture mutuelle qui favorise une meilleure connaissance de la personne âgée et des facteurs de risques de démence.

### 6.3.2. Le caractère handicapant du vieillissement

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a permis de mieux comprendre et de mieux évaluer le caractère handicapant du vieillissement. Elle met en évidence le poids des facteurs environnementaux sur le vieillissement, à travers les notions de : *déficiences, incapacités et désavantages* (CIH). En effet, le caractère handicapant de la vieillesse met l'accent sur le fait que, les problèmes de fonctionnement humain relèvent de trois domaines liés les uns aux autres :

- ◆ Les déficiences, qui désignent des altérations des fonctions organiques ou des structures anatomiques, telles que la paralysie ou la cécité.
- ◆ Les limitations d'activités, qui désignent les difficultés qu'une personne âgée peut rencontrer dans une activité (marcher, manger, etc.).
- ◆ Les restrictions de participation, qui désignent les problèmes que la personne âgée peut rencontrer pour participer à une situation de la vie courante, tels que l'inaccessibilité des transports.

Il faut dire que le vieillissement marqué par la perte d'autonomie, la perte des facultés mentales, la dégradation des capacités en matière de communication, ne permet pas à la personne âgée de satisfaire certains besoins. Les différentes difficultés rencontrées par la personne âgée dans les domaines fonctionnels, environnementaux et personnels, la plonge dans une situation de handicap. Cet état de fragilité ne rend pas toujours facile l'accompagnement de la personne âgée encore moins la prévention des maladies neurodégénératives. C'est pour cette raison qu'au centre Béthanie en particulier et en gériatrie en générale, la perspective d'une prise en charge longue et globale s'appuie sur le renforcement de l'autonomie (et sa préservation), d'une communication verbale et non verbale, tout en tenant compte des variables biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la personne âgée. Cependant, pour que l'accompagnement soit effectif, il faudra que l'agent communautaire en charge s'implique à toutes les dimensions de la personne âgée pour pouvoir comprendre ses besoins et y apporter satisfaction.

### 6.3.3. Le processus d'appropriation d'un pouvoir d'agir par la personne âgée

Pour se prévenir des risques de démence, et avoir une emprise sur sa santé, la personne âgée devra posséder une capacité d'agir concrètement et de façon autonome. Pour se faire, la personne âgée doit avoir accès à l'information et à la connaissance des maladies d'une part

chroniques (diabète, hypertension artérielle) et d'autre part non transmissibles (la maladie d'Alzheimer) et aux compétences à développer pour éviter ou s'éloigner des facteurs de risques. Aussi, le sentiment d'auto efficacité développée par la personne âgée devrait l'aider à s'impliquer dans les processus de prise de décision, en exerçant sa liberté et sa capacité à formuler des demandes envers les institutions et les structures décisionnaires. Devenue presque comme une habileté individuelle, cette efficacité personnelle permettra à la personne âgée d'exercer un contrôle sur les autres, sur les ressources ou même sur les évènements.

L'empowerment individuel de la personne âgée passe aussi par l'acquisition des comportements tels qu'organiser et exécuter des actions précises pour produire des résultats souhaités. Ainsi, une fois « empowered », la personne âgée pourra « prendre le risque d'agir, c'est-à-dire oser étaler ses compétences en public. La prise de décision peut se faire d'abord individuellement puis collectivement, en passant par quatre facteurs structurants que sont : la participation communautaire et le contrôle perçu, les compétences, la communication et la conscience critique.

#### **6.3.4. Les stratégies communautaires d'intervention et de prévention de risques de démence**

Les stratégies d'intervention concernent un ensemble d'étapes à suivre par l'agent communautaire pour aider la personne âgée à se prévenir des risques de démence. Parmi ces stratégies, nous pouvons citer : la préparation, l'intervention proprement dite et l'évaluation. Ces stratégies d'intervention nécessitent un plan d'intervention mis en œuvre avec et par la personne âgée. Le risque étant perçu comme la combinaison entre un danger et l'exposition de la personne âgée à ce danger, exprimé en termes de probabilité. Ce plan constitué du vécu quotidien, avec ses multiples opportunités d'actions, d'apprentissage et de développement, va viser à déterminer la probabilité du risque qui se fait au travers d'une évaluation, d'une analyse ou d'une estimation du risque. La connaissance de la typologie des facteurs de risque sera utile pour élaborer un ensemble d'opérations coordonnées par des conditions ou moyens (matériels ou psychologiques) facilitant l'exécution d'un comportement de santé. Les actions et les opérations se retrouvent ainsi dans une relation dynamique permettant de contrôler ou de réduire au mieux un facteur de risques de démence.

Les capacités d'observation et d'évaluation du risque de l'intervenant communautaire sont centrales à ce niveau, de même que sa capacité de créer un climat de confiance et d'ouverture mutuelle qui favorise une meilleure connaissance de la démence et de ses risques. Enfin, notons que l'évaluation du risque se fait en préparation aux phases de planification des

services et de l'intervention, mais également après ces phases, pour évaluer les progrès faits par la personne âgée, ses réussites, ses difficultés et ses besoins émergents. On a ainsi l'idée d'un cycle où l'intervention est appliquée et mène à un nouveau cycle d'évaluation, d'ajustements ou de replanification et d'intervention. La personne âgée devra participer activement à chacune de ces phases. Le plan d'intervention précise les objectifs de développement des habiletés de la personne âgée, en lien avec ses besoins et ses objectifs personnels, ainsi que les moyens et ressources nécessaires pour les réaliser. Évidemment, l'évolution constante de la personne âgée et les changements incessants dans sa vie amènent à réévaluer constamment le plan d'intervention pour voir s'il correspond toujours aux besoins et désirs de la personne âgée et à l'ajuster au besoin.

Il faut rappeler que la gestion des risques pour protéger la personne âgée des maladies neurodégénératives, est une responsabilité partagée entre la personne âgée, les collectivités et l'Etat camerounais. Car c'est ce dernier qui établit par exemple les normes et les critères de qualité de milieu de vie ou encore la mise en marche des produits de consommation.

#### **6.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE**

Les implications et les perspectives de cette étude sont nombreuses et se situent tant sur le plan théorique que pratique.

##### **6.4.1. Implications / suggestions de l'étude**

Les maladies neurodégénératives et non transmissibles ne cessent de croître dans le contexte camerounais. Face à l'augmentation du taux des personnes âgées, les familles qui depuis des années s'occupaient de leur aînés, parents et anciens parfois sans l'aide de la part des services publics, éprouvent de plus en plus des difficultés à prendre soin de ces derniers. Elle n'apparaît plus comme le meilleur refuge et support, et avec l'évolution des sociétés, la famille a changé et ses habitudes quotidiennes ne laissent plus grande place à l'ancien dans son sein. Or, même si la vieillesse est un processus physiologique et non une maladie, le besoin d'aide et d'assistance se font ressentir au fur et à mesure avec l'apparition des pertes d'acuité, d'audition, de souplesse, d'équilibre etc.

L'étude révèle la nécessité d'une prise en charge psychoéducative précoce ou immédiate dès le début de la phase de sénescence tant chez les personnes âgées vivant en familles qu'en institution (centres/maisons de retraite). Ceci dans le but de désensibiliser et sensibiliser la communauté toute entière sur les risques de démence. Ainsi, ce qui constitue un facteur de

risque de démence peut trouver facilement du sens et éviter son atteinte. On comprend ici l'importance d'avoir des spécialistes en santé communautaire et précisément en santé mentale dans les centres communautaires. Cette étude met également en exergue l'utilité d'un suivi sanitaire des personnes âgées pour une implication conséquente dans leur rôle familial et social, dans cette optique les besoins de la population âgée sont un élément essentiel à prendre en considération et particulièrement dans la prestation des soins de santé.

La gestion du risque en santé en générale et des maladies neurodégénératives en particulier chez la personne âgée devrait, en effet, faire partie intégrante de la culture de toute organisation sociale et disposer d'une politique efficace et d'un programme d'actions soutenu et suivi par la hiérarchie au plus haut niveau. Lors de son exécution, la stratégie de gestion du risque doit se décliner en objectifs tactiques et opérationnels et se réaliser généralement en concertation avec plusieurs acteurs-clés, notamment les ministères en charge de la santé, de la famille et des affaires sociales, des municipalités locales et des organismes publics ou privés. Même si l'État camerounais a créé une Direction pour souligner sa volonté de mettre en œuvre les principes de la promotion de la santé, ses programmes de promotion et de prévention de la santé mise en place, devrait analyser et gérer les conditions de vie à travers les déterminants sociaux de santé ; non pas en tant qu'élément déconnecté de la communauté concernée, mais en tant qu'activité transverse liée à toutes les branches d'activités de la communauté. Cela implique la participation de tous, professionnels et non professionnels, à l'analyse et à la facilitation des pratiques de santé. L'objectif étant d'améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques.

Les catégories d'interventions concernent le plus souvent, la communication intégrée dans les programmes de santé ; la santé, la nutrition et l'environnement et, la prévention primaire de la malnutrition et des maladies non transmissibles. De plus nous souhaitons que ces interventions de promotion et de prévention de la santé, qui ne rejoignent qu'un seul niveau d'intervention (individuel), et n'utilisent qu'une seule stratégie (l'éducation à la santé), mettent beaucoup plus l'accent sur le développement des aptitudes individuelles notamment le sentiment d'auto efficacité et le pouvoir d'agir. L'orientation pragmatique de la notion d'auto-efficacité est spécialement intéressante à considérer à propos de la mise au point de programmes d'actions relatifs à la prévention des risques, lesquels sont par définition intéressés à changer des comportements avec des conséquences à court ou à long terme. Très peu de considération a été accordée aux difficultés rencontrées par les personnes âgées pour avoir accès au système de soins de santé, notamment la difficulté de trouver un médecin de famille et l'absence de

traitement pour certains problèmes médicaux ; nous suggérons avoir des installations et des services adéquats (notamment le service de gériatrie) en matière de soins de longue durée, de soins prolongés complexes et de soins de réhabilitation.

En dehors de ces implications, cette recherche ouvre d'autres pistes de réflexions et des perspectives.

#### **6.4.2. Perspectives**

Cette recherche a étudié l'implication du sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée dans la prévention des risques de démence. L'étude a révélé que le SEP pousse la personne âgée à se préserver des maladies non transmissibles, même si le vieillissement se présente au sujet comme une incapacité à réaliser certaines actions ; par une diminution et par un désavantage.

Nous envisageons de mener une étude pour continuer à investiguer davantage sur la gestion des risques de démence qui, de par la perte des fonctions cognitives qu'elle génère crée une situation de handicap chez la personne âgée et convoque un pouvoir d'agir (empowerment). Nous envisageons une autre étude qui portera sur l'empowerment comme moyen de développement de soi chez la personne âgée. Cette recherche pourra avoir pour objectif d'identifier les facteurs nécessaires ou favorables au développement personnel d'une personne en proie au vieillissement.

Par ailleurs, nous pourrions aussi questionner le rôle de l'ignorance et du délaissement familial de la personne âgée dans la prise en charge communautaire de la maladie d'Alzheimer, une étude clinique objectivante est envisageable. Il s'agira de s'intéresser à la représentation sociale de la maladie d'Alzheimer chez la personne âgée. Notre ambition sera d'interroger les émotions et la souffrance familiale face aux préjugés et stigmatisation qui prévalent au sein de la cellule familiale dans laquelle la personne âgée dépendante évolue. Ces émotions pourraient susciter en la famille la peur du vieillissement, le rejet de la personne âgée voire la mort prochaine. Car ce n'est pas la personne âgée en elle-même qui fait problème mais plutôt l'image qu'elle nous renvoie. Cette recherche aura pour objectif d'investiguer sur le vécu personnel, l'histoire et les difficultés de la famille de la personne âgée, confrontée à une situation encombrée de dilemmes due à l'ignorance de la maladie et au délaissement de cette dernière.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Cette étude, intitulée : « *sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée et gestion des risques de démence* », a été abordée sous l'angle de la santé communautaire et de la psychologie de la santé. Le comportement de la personne âgée serait « planifié » en fonction de ses perceptions et son intention de se comporter face à son état de santé (Ajzen, 1991). Autrement dit, une personne âgée adoptera un comportement donné si elle considère que ce dernier apporte les résultats escomptés. Mais avant cela, il faudra qu'elle ait suffisamment confiance en elle au moment d'agir, d'où le besoin de développer chez elle le sentiment d'auto efficacité. Le problème posé a été celui de l'accompagnement de la personne âgée à la prévention des risques de démence chez la personne âgée. Cela suppose que, la personne âgée serait-elle à même d'analyser ses propres problèmes et de participer à la recherche et à la mise en œuvre de pratiques nouvelles afin de prendre soin d'elle-même. C'est suivant cette logique que nous nous sommes posé la question de savoir *comment le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée aide à la prévention des risques de démence ?*

En nous appuyant sur la théorie psychosociale de l'action raisonnée (TAR) élaborée par Ajzen & Fishbein (1975) qui permet d'expliquer la relation entre l'attitude de la personne âgée et son comportement de santé face aux facteurs de risques de démence ; nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle *le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée participe à la prévention des risques de démence*. L'objectif étant de comprendre comment le sentiment d'auto-efficacité chez la personne âgée participe à la prévention des risques de démence.

Ceci dans le but de contribuer à l'étude des processus psychologiques inhérent à la prévention des risques de démence et de susciter un intérêt particulier pour les rapports sociaux des personnes âgées vivant en institutions et ayant fait l'expérience ou non d'une maladie chronique. L'exploration de la documentation scientifique afférente à cette thématique, nous a conduit à une revue de la littérature qui a tourné autour du sentiment d'auto efficacité, de la gestion des risques, et de la démence. Ce travail recension des écrits qui nous ont conduit à la recherche des théories pouvant guider au mieux notre étude.

Dans l'explication théorique du sentiment d'auto efficacité et de la gestion des risques de démence, il a été retenu que la prévention de la santé mentale a pour but de donner à la personne âgée davantage de maîtrise de sa propre santé et de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, la personne âgée, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. À cet effet, nous avons pu voir que la promotion de la santé à travers la prévention des risques de démence chez la personne âgée ne peut être possible que si celle-ci s'attache à des

comportements de santé, considéré comme un renforcement positif ; si au contraire elle ne s'attache pas à une certaine hygiène de vie considérée comme dangereuse pour son équilibre alors cela créerait une menace dans son mode de vie.

Nous avons fait usage de la méthode clinique, principalement basée sur l'étude de cas. Le choix de cette méthode s'est justifié par sa capacité à fournir une analyse en profondeur des phénomènes dans leur contexte. Suivant nos critères d'inclusion et d'exclusion, de l'échelle de sélection notamment l'échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnelle généralisée (EMSEPG), publiée par les psychologues Schwarzer et Jérusalem en 1995, nous avons obtenu trois participants, rencontrés au Centre BETHANIE-VIACAM. Il s'agissait d'un homme de 72 ans et deux femmes de 70 et 67 ans. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au travers des entretiens semi-directifs. Nous avons eu deux rencontres avec chacun d'eux. La première dédiée à la passation de l'EMSEPG et la seconde dédiée à l'entretien proprement dit. La technique d'analyse nécessaire à l'analyse des résultats a été celle de contenu et spécifiquement l'analyse de contenu thématique.

De nos résultats, il en ressort que le sentiment d'auto efficacité développé chez nos quatre participants durant leur séjour au centre Béthanie, a permis de prévenir des risques de démence. Aussi, la qualité de vie favorable à la santé, ainsi que le contexte socioéconomique dans lequel la personne âgée vit ont une valeur dichotomique (amplifie ou viabilise) sur le vécu du sentiment de vulnérabilité lié au vieillissement.

Par ailleurs, le sentiment d'auto efficacité améliore le rapport de la personne âgée à elle-même, le lien social de celle-ci s'intensifie et prend la forme de bienveillance et de facteur de protection. Dans le cas d'une incapacité à organiser et exécuter des actions précises pour produire des résultats souhaités (Bandura, 2003) afin de prévenir les risques de démence, ce sentiment pourra générer tout de même chez la personne âgée un sentiment d'inutilité, une gêne fonctionnelle et une diminution voire une perte de l'estime de soi.

Cette étude a permis de mettre en avant la nécessité d'une évaluation des stratégies et actions prises au plan national permettant de constater qu'il existe encore d'énormes difficultés en matière de santé communautaire au Cameroun. Les résultats de cette étude accordent donc une pertinence théorique à notre hypothèse de départ, en ce sens qu'il serait judicieux que le système de santé au Cameroun passe par une participation de la communauté à la gestion de la santé, en adoptant une attitude plus proactive que réactive dans la protection de la santé des populations. Aussi, le système de santé doit accorder plus de place aux déterminants de santé,

donc à la dimension préventive, et non seulement à la dimension curative de la protection de la santé. Ne perdons pas de vue que « la personne âgée est riche d'une vie chargée d'histoires et d'expériences qui lui ont permis de trouver ses repères, de s'adapter au vieillissement, de mettre au point des manières de se soigner à la maison, d'utiliser et de maintenir ses capacités dans son environnement » (Ndjocki, 2018, p7). Nous pensons qu'en évitant ces facteurs de risque, cela réduira considérablement le nombre de personnes qui développeront la démence à l'avenir, car il n'existe de nos jours aucun traitement pour guérir de la démence (Alzheimer's Disease International, 2016).

En perspective, pour continuer à investiguer davantage sur la gestion des risques de démence qui, de par la perte des fonctions cognitives qu'elle génère crée une situation de handicap chez la personne âgée et convoque un pouvoir d'agir (empowerment), nous envisageons une autre étude qui portera sur l'empowerment comme moyen de développement de soi chez la personne âgée. Cette recherche pourra avoir pour objectif d'identifier les facteurs nécessaires ou favorables au développement d'une personne en proie au vieillissement.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aguero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, Winblad B. (1999). Mortality from Dementia in Advanced Age: A 5-Year Follow-Up Study of Incident Dementia Cases. *Journal of Clinical Epidemiology*. 52(8),737-743.[https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(99\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00067-0)
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 50(2), 179-211.[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior 1. *Journal of applied social psychology*, 32(4), 665-683.<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2004). Questions Raised by a Reasoned Action Approach: Comment on Ogden (2003). *Health Psychology*, 23(4), 431–434. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.4.431>
- Aktouf (2004). *Management durable et comptabilité environnementale*.
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations: Une introduction à la démarche classique et une critique*. Les Presses de l'Université du Québec. <http://dx.doi.org/doi:10.1522.cla.ako.met>
- Alla F. (2016). Les déterminants de la santé. In: François Bourdillon éd., *Traité de santé publique*. Paris (FR) : Médecine-Sciences Flammarion ; : 36-39.
- Aloe, A.M., Amo, L.C. & Shanahan, M.E. (2014). Classroom Management Self-Efficacy and Burnout: A Multivariate Meta-analysis. *Educ Psychol Rev* 26, 101–126. <https://doi.org/10.1007/s10648-013-9244-0>
- Alzheimer's Disease International et World Health Organization. (2012). Dementia: A public health priority. Adresse URL : [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en)

- Alzheimer's Disease International. (2016). *Help for care partners of people with dementia*. Récupéré sur Alzheimer's Disease International: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/helpforcarepartners.pdf>
- Amin, M. (2005). *Social Science Research. Conception, Methodology & Analysis*. Makerere University Press.
- APA. (2000). *American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e édition, texte révisé).
- Article 2 de la Loi N° 2010/002 du 13 avril 2010. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- Assemblée mondiale de la Santé, 70. (2017). *Projet de plan mondial d'action de santé publique contre la démence : rapport du Directeur général*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274883>
- Aujoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples: auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire*. [Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain]. <http://hdl.handle.net/2078.1/5226>
- Bacqué, M.-H. (2006). Empowerment et politiques urbaines aux Etats-Unis. *Géographie, Économie, Société*, 8, 107-124. doi:10.3166/GES.8.107-124
- Bagozzi, R., P., & Edwards, E., A. (1998) Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight, *Psychology & Health*, 13(4), 593-621, DOI: [10.1080/08870449808407421](https://doi.org/10.1080/08870449808407421)
- Bandura A., (2007), *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*, Editions de Boeck, 1ère édition: 2007, 2e édition : 2010.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social-cognitive Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1991). Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms. In R. A. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation, 1990: Perspectives on motivation* (69–164).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of Control* (illustrée, réimprimée). Worth Publishers.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Université.

- Barberger-Gateau, P. (2009). Association between Mediterranean Diet and late-life cognition. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 302(22), 2433-2433. DOI:10.1001/jama.2009.1794
- Barnes D.E. and Yaffe K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*. 10(9):819–828. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(11\)70072-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70072-2)
- Baron, R. A. (1988). Negative effects of destructive criticism: Impact on conflict, self-efficacy, and task performance. *Journal of Applied Psychology*, 73(2), 199-207. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.73.2.199>
- Bebbington, A. (2001). Development: rural development strategies. Dans A. Bebbington. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*(pp.3578-3583). N.J. Smelser, P. B. Baltes. DOI:10.1016/B0-08-043076-7/03345-3
- Beck, U. (2001). La politique dans la société du risque. *Revue du MAUSS*, 17(1), 376-392. <https://doi.org/10.3917/rdm.017.0376>
- Bélangier, D., Godin, G., Gérin, M., Gosselin, P., Cordier, S., Viau, C., & Quénel, P. (2003). La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement. *Environnement et santé publique-Fondements et pratiques*. Editions Edisem. <https://doi.org/10.4000/vertigo.5089>
- Beyeme Ondoua, J. P. (2002). Le système de santé camerounais. *Actualité et Dossier Santé Publique*, 39, 61-65.
- Blanpain, N., & Chardon, O. (2010). Projections de population à l'horizon 2060 Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee première*.
- Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really?. *Educational psychology review*, 15(1), 1-40. <https://doi.org/10.1023/A:1021302408382>
- Bouffard-Bouchard, T. et Pinard, A. P. (1988). Sentiment d'auto-efficacité et exercice des processus d'autorégulation chez des étudiants de niveau collégial. *International journal of psychology*, 23, 409-431. <https://doi.org/10.1080/00207598808247776>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and Loss* (1,1). Basic Books Classics.

- Bucrep, (2010): 3<sup>ème</sup> Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population du Cameroun.
- Caeymaex, F. (2007). Risquer, gérer, sécuriser: techniques politiques de la modernité?, In Kermisch C. & G. Hottois, (Eds.) *Techniques et philosophies des risques* (pp. 111-122).Vrin. <https://hdl.handle.net/2268/31534>
- Caldwell, C. H., Kohn-Wood,L.P, (2000) ; Schmeelk-Cone, K. H., Chavous, T. M., & Zimmerman, M. A. (2004). Racial discrimination and racial identity as risk or protective factors for violent behaviors in African American young adults. *American journal of community psychology*, 33(1-2), 91-105.doi: 10.1023/b:ajcp.0000014321.02367.dd
- Campehoudt, L. V. Marquet, J. & Quivy,R. (2017) Manuel de recherche en sciences sociales. (5<sup>édition</sup>). Paris, DUNOD.
- Canguilhem, G. (2008). Health: crude concept and philosophical question. *Public culture*,20(3), 467-477.
- Cantegreil-Kallen, I., Lieberherr, D., Garcia, A., Cadilhac, M., Rigaud, A. S., & Flahault, A. (2004). La détection de la maladie d'Alzheimer par le médecin généraliste: résultats d'une enquête préliminaire auprès des médecins du réseau Sentinelles. *La revue de médecine interne*, 25(8), 548-555. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2004.02.023>
- Carré, P. Bandura, A. (2004). une psychologie pour le XXI<sup>e</sup> siècle?. *Savoirs*, 5(Hors series), 9-50. DOI10.3917/savo.hs01.0009
- Castel, R. (1983). De la dangerosité au risque. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 47(1), 119-127.
- Chamblis C. A., & Murray E. J. (1979a) Cognitive procedures for smoking reduction symptom attribution versus efficacy attribution. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 91–96.
- Chamblis C. A., & Murray E. J. (1979b). Efficacy attributions, locus of control, and weight loss. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 349–394.
- Charaoui, K., & Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. DUNOD.

- Chêne G., Beiser A., Au R., Preis S.R., Wolf P.A., Dufouil C., et Seshadri, S. (2015). Gender and incidence of dementia in the Framingham Heart Study from mid-adult life. *Alzheimers Dement*, 11(3), 310-320. doi:10.1016/j.jalz.2013.10.005.
- Clément J-P, Leger J.M. (1996). Clinique et épidémiologie de la dépression des sujets âgés, in *Les dépressions des sujets âgés*. PRID. Acanthe. Ed. MASSON, Paris:19-30.
- Cole, D.A., Maxwell, S.E., & Martin, J.M. (1997). Reflected Self-appraisals Strength and Structure of the Relation of Teacher, Peer, and Parent Ratings to Children's Self-perceived Competencies. *Journal of Educational Psychology*, 89(1), 55-70. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.89.1.55>
- Crockford, G. N. (1982). The bibliography and history of risk management: Some preliminary observations. *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 7, 169-179. <https://doi.org/10.1057/gpp.1982.10>
- Curry, N. (2009). The Disempowerment of Empowerment: How Stakeholding Clogs Up
- Daco-ag, L. M., & Belas-Dacillo, K. A. (2010). Experiences with different calcite inhibitor in the Mahanagdong geothermal field. In *Proceedings World Geothermal Congress*.
- Darsa, J. D., (2010) *La gestion de crise en entreprise: comprendre, aborder, réagir, différents types de crise, cellules de crise. communication de crise. anticipation de crise.* (2ème édition,).
- Dartigues, J. F., Helmer, C., & Letenneur, L. (2001). Épidémiologie des démences. *Gérontologie et société*, 24(97), 75-90. DOI 10.3917/gs.097.0075
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management science*, 35(8), 982-1003. <https://www.jstor.org/stable/2632151>
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., & Grant, B. F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: A 3-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(12), 2036-2045. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x>
- Décret n° 2013/ 093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique

- Deslauriers, J. P. (1999). Réflexions sur le colloque «Travail social et empowerment à l'aube du xxi-e siècle». *Nouvelles pratiques sociales*, 12(2), 165-169. <https://doi.org/10.7202/000059ar>
- Dionne, G. (2013). Risk management: History, definition, and critique. *Risk management and insurance review*, 16(2), 147-166. <http://ssrn.com.abstract=2198583>
- Dionne, G., & Eeckhoudt, L. (1985). Self-insurance, self-protection and increased risk aversion. *Economics Letters*, 17(1-2), 39-42.
- Dos Santos S. et Makdessi Y. (2010), « Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 », *Études et Résultats*, n° 718. [En ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf>
- Douglas, M. (2002). *Implicit meanings: Selected essays in anthropology*. Routledge
- Douglas, M. (2007). Pour ne plus entendre parler de la «culture traditionnelle». *Revue du MAUSS*, 1(29), 479-516. <https://doi.org/10.3917/rdm.029.0479>
- Duclos, D. (1987). La construction sociale du risque: le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels. *Revue française de sociologie*, 28(1) 17-42. <https://www.jstor.org/stable/i27889480>
- Duclos, D. (1996). Puissance et faiblesse du concept de risque. *L'Année sociologique (1940/1948-)*, 46(2), 309-337. <https://www.jstor.org/stable/27889484>
- Ebalé monezé , C. (2006). Cérémonies d'inhumation et construction de la représentation sociale du défunt chez les Beti du Cameroun. *Annales de la Faculté des arts, lettres et sciences humaines*, (5-7).
- Erlich, I. (1972). Ehrlich and Becker. Pdf. *The Journal of Political Economy*, 80(4), 623-648.
- Etter, J. F., Bergman, M. M., Humair, J. P., & Perneger, T. V. (2000). Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addiction*, 95(6), 901-913.
- Farkas, T., & Schlecht, M. F. (1994). Viability of active EMI filters for utility applications. *IEEE Transactions on Power Electronics*, 9(3), 328-337.

- Farmer, F. R. (1967). Siting criteria-a new approach. In *Containment and Siting of Nuclear Power Plants. Proceedings of a Symposium on the Containment and Siting of Nuclear Power Plants*.
- Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et Sociétés*, 24(1), 95-116.
- Favreau, L. (2005). Développement social au Québec : le renouvellement des stratégies de développement des communautés de 1990 à aujourd'hui. Gatineau: Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités (UQO).
- Fernandez, L. & Catteeuw, M.— 2001, *La recherche en psychologie clinique*, Paris : Nathan Université. DOI : [10.3917/rsi.084.0041](https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041)
- Fishbein, M & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior : An Introduction to Theory and Research. *Reading, Mass* : Addison-Wesley ;
- Fleisher, L. A., Beckman, J. A., Brown, K. A., Calkins, H., Chaikof, E., Fleischmann, K. E., ... & Riegel, B. (2006). ACC/AHA 2006 guideline update on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery: focused update on perioperative beta-blocker therapy: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing committee to update the 2002 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery) developed in collaboration with the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, heart rhythm .... *Journal of the American College of Cardiology*, 47(11), 2343-2355.
- Fonkeng, E. ; Chaffi, S. & Bomda J. (2014). *Précis de méthodologie de recherche en sciences sociales*. Yaoundé-Cameroun : ACCOSUP, 230 pages.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche (2e éd.). *Montréal: Chenelière Éducation*. éducation.
- Fortin, R. (2006). *Comprendre la complexité. Introduction à la Méthode d'Edgar Morin-2e édition: Introduction à la Méthode d'Edgar Morin*. Presses de l'Université Laval.
- Fung, W. Y., & Chien, W. T. (2002). The effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 134-144.

- Gagnon, Y-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche. Deuxième édition.* Québec : presses universitaire
- Galand, B. et Vanlede, M. (2004). Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : quel rôle joue-t-il ? D'où vient-il ? Comment intervenir ? *Savoirs*, 5, 91-116.
- Gaskill, P. J., & Hoy, A. W. (2002). Self-efficacy and self-regulated learning: The dynamic duo in school performance. In *Improving academic achievement* (pp. 185-208). Academic Press.
- Gatz M., Reynolds C.A, and Fratiglioni L. Role of genes and environments for explaining Alzheimer disease. *Arch. Gen. Psychiatry*.2006; 63:168–174.
- Giger, J-C. (2008). Examen critique du caractère prédictif, causal et falsifiable de deux théories de la relation attitude-comportement : la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. *L'année psychologique*. 108(1), 107.131.
- Girard, J.-P., & Lamothe, L. (2004). La contribution des coopératives de santé à l'offre des services de première ligne : liens avec le système public de santé et impacts socioéconomiques - Rapport présenté au Secrétariat aux coopératives. Repéré à [http://www.productionslps.com/user/contribution\\_coops\\_sante\\_premiere\\_ligne.Pdf](http://www.productionslps.com/user/contribution_coops_sante_premiere_ligne.Pdf)
- Gludemans, H., Schalk, R., Reynaert, W. et Braeken, J. (2013). The development and validation of a five-factor model of sources of self-efficacy in clinical nursing education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(3), 80-87.
- Godin, C. (2012). Qu'est-ce que le populisme? *Cités*, (1), 11-25.
- Gold, G., & Kövari, E. (2011). Démence vasculaire : les grands effets des petites lésions. *Revue Médicale Suisse*, (316), 2190.
- Gold, G., & Kövari, E. (2011). Démence vasculaire: les grands effets des petites lésions. *Revue Médicale Suisse*, (316), 2190.
- Goudet, B. (2009). *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local.* Chronique sociale.

- Goula Tojuin, B., (2018). *Sentiment de vulnérabilité post traumatique chez les accidentés grave de la circulation et lien à l'autre: une étude de cas*. [Mémoire, Université de Yaoundé 1].
- Graff-Radford, N. R., Green, R. C., Go, R. C., Hutton, M. L., Edeki, T., Bachman, D., ... & Farrer, L. A. (2002). Association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease in African American subjects. *Archives of neurology*, 59(4), 594-600.
- Guide 51, *Aspects liés à la sécurité – Principes directeurs pour les inscrire dans les normes*, ISO (1999).
- Gutiérrez, D. G. (1995). *Walls and mirrors: Mexican Americans, Mexican immigrants, and the politics of ethnicity* (First Edition). Univ of California Press.
- Guttman,, N. (2000), *Public Health Communication Interventions. Values and Ethical dilemmas*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- Halpern, D. (2010). *The hidden wealth of nations*. Polity.
- Hanon O. (2014). Hypertension artérielle et démences. *Ann. Cardiol. Angéiologie.*; 63: 204–208.
- Hansson, S., 2004, Philosophical perspectives on risk, *Techné*, 8, 1, pp. 10-35.
- Hansson, S., 2005a, The epistemology of technological risk, *Techné*, 9, 2, pp. 68-80.
- Harrington, S. E., & Niehaus, G. (2003). Capital, corporate income taxes, and catastrophe insurance. *Journal of Financial Intermediation*, 12(4), 365-389.
- Hassing LB, Johansson B, Nilsson SE, et al.. Diabetes mellitus is a risk factor for vascular dementia but not for Alzheimer's disease: a population-based study of the oldest old. *Int Psychogeriatrics*, 2002; 14 (3):239-248.
- HAS. Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Recommandations professionnelles. *Rev Neurol (Paris)* 2010; 164: 754-774.
- Helmer, C., Damon, D., Letenneur, L., Fabrigoule, C., Barberger-Gateau, P., Lafont, S., ... & Dartigues, J. F. (1999). Marital status and risk of Alzheimer's disease: a French population-based cohort study. *Neurology*, 53(9), 1953-1953. (HAS, 2010).
- Hodges, C. B. et Murphy, P. F. (2009). Sources of self-efficacy beliefs of students in a technology-intensive asynchronous college algebra course. *Internet and Higher Education*, 12(2), 93-97.

- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002). La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés, avril 2002, 50 p.
- IRGC. (2005). Risk governance Toward and Integrative Approach. Genève, Suisse.
- Joyal, A. (2002). *Le développement local : comment stimuler l'économie des régions en difficulté*. Presses de l'Université Laval.
- Karsenti T, Larose F. Les TIC 2001...Au cœur des pédagogies universitaires. Presses de l'Université du Québec.
- Klein, J.-L., & Champagne, C. (Eds.). (2011). *Initiatives locales et lutte contre la pauvreté et l'exclusion*. Presses de l'Université du Québec.
- Konfo Tcholong, C.I. (2018). *Processus de construction de l'identité maternelle et troubles de la relation mère adolescente-enfant : étude de cas*. (Mémoire de master 2). Université de Yaoundé 1.
- Kouassi, K. L., Ouattara, D. M., Diakite, I., Yeo, S., Sonan, D. T., & Boa, Y. F. (2017). Démences observées en unité de consultation mémoire à Abidjan en côte d'Ivoire. Dementia observed in memory consultation unit in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Revue internationale des Sciences Médicales d'Abidjan*. 19(4).
- Kuate-Defo, B. (2005). Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun. *Cahiers québécois de démographie*, 34(1), 1–46. <https://doi.org/10.7202/012515ar>
- Kuate-Tegueu, C., Mapoure-Njankou, Y., Gopdjim-Massu, L., Doumbe, J., Noubissi-Dada G., Dissongo, J., Djientcheu, V. P. (2016). Mortalité par Accident Vasculaire Cérébral et ses déterminants dans un Hôpital de référence de Douala (Cameroun). *Health Sciences and Disease*, 17(1). <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/585>
- Laforest, J. (1989). Introduction à la gérontologie : croissance et déclin. Hurtubise HMH.
- Lambert M.A., Bickel H., Prince M., Fratiglioni L., Von Strauss E., Frydecka D. et al. Estimating the burden of early onset dementia; systematic review of disease prevalence. (2014). *Eur. J. Neurol.* 21(4), 563–569. DOI :10.1111/ene.12325

- Lapierre, S., Bouffard, L., & Bastin, E. (1997). Personal goals and subjective wellbeing in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 45(4), 287-303.
- Le Breton, D (1995), La sociologie du risque, « Que sais-je » PUF.
- Lecomte, J. (2019). Comment communiquer sur l'environnement ? Par la peur ou par l'espoir ? *Science Communication*, 35(2), 189-212.
- Ledoux, I. (2013). Définition opérationnelle de l'auto-efficacité selon la méthode de Walker et Avant dans le cadre de la formation en soins infirmiers, *L'infirmière clinicienne* 10(1), 14. Consulté à l'adresse : [https://revueinfirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Ledoux\\_et\\_al.2013InfirmiereClinicienneVol10no1pp70-83.pdf](https://revueinfirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/Ledoux_et_al.2013InfirmiereClinicienneVol10no1pp70-83.pdf)
- Lemire, M., Paré, G., & Sicotte, C. (2006). La responsabilisation du patient dans un contexte de télésoins à domicile. *Canadian Public Administration*, 49(4), 441-467.
- Leonardsen, D. (2007). Empowerment in social work: an individual vs. a relational perspective. *International journal of social welfare*, 16(1), 3-11.
- Lipovetsky, G. (2004), « Temps contre temps ou la société hypermoderne », in G. Lipovetsky et S. Charles, *Les temps hypermodernes*. Grasset.
- Liu C.C., Liu C.C., Kanekiyo T., Xu H., and Bu G. Apolipoprotein E and Alzheimer disease: risk, mechanisms and therapy. *Nat. Rev. Neurol.*2013 ; 9 :106–118.
- Liu, G. H., Qu, J., Suzuki, K., Nivet, E., Li, M., Montserrat, N., ... & Belmonte, J. C. I. (2012). Progressive degeneration of human neural stem cells caused by pathogenic LRRK2. *Nature*, 491(7425), 603-607.
- Loubet Del Bayle, J. L. (2000). Initiation pratique à la recherche documentaire. *Initiation pratique à la recherche documentaire*, 1-128.
- Lu-Yen-Tung. Murielle, Étude de la population de patients âgés de 75 ans et plus, présentant des troubles cognitifs, vus en consultation mémoire au CHU Félix Guyon de la Réunion au cours de l'année 2011. Médecine humaine et pathologie. 2013.
- Lyketsos CG, Sheppard JE, Rabins PV. Dementia in elderly persons in a general hospital. *Am J Psychiatry*, 2000 ; 157 :704-707.

- Martin, P., & Azorin, J. M. (2004). *Qualité de vie et schizophrénies*. John Libbey Eurotext.
- Masellis M., Sherborn K., Neto P., Sadovnick D.A., Hsiung G.-Y.R., Black S.E., et al. Early-onset dementias: diagnostic and etiological considerations. *Alzheimers Ther.* 2013 ; 5:7.
- Massé, R. (2003), *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- Massé, R. (2007). Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 13–27. <https://doi.org/10.7202/016930ar>
- Massi, D. G., Aretoutap, M. A., Kenmegne, C., & Mapoure, Y. N. (2020). Epidémiologie hospitalière des démences à Douala, Cameroun. *Revue neurologique*, 176, S3.
- McKeith, IG., Dickson, DW., Lowe, J. (2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. *Neurology*, 65, 1863-1872.
- Mehr, R. I., Hedges, B. A., & Hedges, R. A. (1963). *Risk management in the business enterprise*. RD Irwin.
- Mendell, M. (2006). L'empowerment au Canada et au Québec : enjeux et opportunités. *Géographie, Économie, Société*, 8(1), 63-85.
- Mercadier, C. (2010). Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. *Seli Arslan*.
- Meyer, T., & Verliac, J. F. (2004). Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ? *Savoirs*, (5), 117-134.
- Mielke M., Vemuri P., and Rocca W. (2014). Clinical epidemiology of Alzheimer's disease: assessing sex and gender differences. *Clin. Epidemiol.* 6, 37-48.
- Mielke M.M., Rosenberg P.B., Tschanz J., Cook L., Corcoran C., Hayden K.M., et al. Vascular factors predict rate of progression in Alzheimer disease. *Neurology*.2007; 69, 1850–1858.
- Moceri, V. M., Kukull, W. A., Emanuel, I., van Belle, G., & Larson, E. B. (2001, October). Wednesday, October 24, 2001-8: 30 AM Abstract# 29641 Blood pressure, BMI, waist-to-hip ratio and Alzheimer's Disease. In *The 129th Annual Meeting of APHA*. Krishnan et al., 2005),

- Molmy, W., Sajoux, M. & Nowik, L., (2011). Actes du colloque international de Meknès [colloque]. Vieillesse de la population dans les pays du Sud : Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées, ... Etat des lieux et perspectives, Maroc
- Moussiliou Noël Paraïso, (2010) Epidémiologie de la démence des personnes âgées de 65 ans et plus au Bénin (Afrique de l'Ouest). Santé publique et épidémiologie. Université de Limoges.
- Ninacs, W. A. (1995). Empowerment et service social : approches et enjeux. *Service social*, 44(1), 69-93.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention - développement de la capacité d'agir et la solidarité*. Presses de l'Université Laval.
- Ndjocki, J.G., (2018). *Angoisse face à la mort chez le professionnel en gériatrie et accompagnement psychosocial de la personne âgée : étude de cas*. [Mémoire, Université de Yaoundé 1].
- O.M.S (2003). Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé: Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. (Deuxième édition). *Bureau régional du Pacifique occidental*.
- O'neil, M., S. Dupéré, A. Pederson et I. Rootman (dirs.) (2006), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Presses de l'Université Laval
- Okalla, R., & Le Vigouroux, A. (2001). Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire. *Bulletin de l'APAD*. (21).
- OMS (1981). La stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Organisation mondiale de la santé, Série "*Santé pour tous*", numéro 2, Genève, Suisse
- Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa (CA) : OMS ; 21 nov. 1986. En ligne : [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé- Cameroun : Rapport Biennal 2018-2019
- Organisation mondiale de la santé. (2003). *Investir dans la santé mentale*. Organisation mondiale de la santé.

- Organisation mondiale de la santé. (2005). Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation., Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2007). *Neurological disorders: public health challenges*. Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la Santé. Résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé [Internet]. 65e Assemblée mondiale de la Santé ; du 21 au 26 mai 2012 ; Genève. Genève : OMS ; 2012 (résolution WHA65.8) [consulté le 21 novembre 2022]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85933?locale-attribute=en&>.
- OMS. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, 2015. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>.
- Organisation mondiale de la Santé. Déclaration d'Astana [Internet]. Conférence internationale sur les soins de santé primaires ; du 26 au 28 octobre 2018 ; Astana, Kazakhstan. OMS ; 2018 [consulté le 21 novembre 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/docs/defaultsource/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>.
- Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Presse Universitaire de.
- Pesqueux, Y, (2020). La gestion du risque [Master, France]. Ffhalshs-02909236
- Phaneuf, M. (2013). Le vécu émotionnel-L'intelligence émotionnelle, un outil de soin. In Santé Mentale (N°177).
- Phillips, D.A (1987). Socialization of perceived academic competence among highly competent children. *Child Development*, 58(5), 1308-1320.DOI: 10.1111/j.1467-8624.1987.tb01460.x
- Pollitt, P. A. (1996). Dementia in old age: an anthropological perspective. *Psychological Medicine*, 26(5), 1061-1074.
- Portal, B. (2016). De l'empowerment anglo-saxon au développement du pouvoir d'agir européen. *Le sociographe*, (3), 83-97.
- Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Disponible à l'adresse [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1).

- Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Voir l'annexe 4 du document WHA66/2013/REC/1 à l'adresse [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66-REC1/A66\\_REC1-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-fr.pdf).
- Prince M., Albanese E., Guerchet M., and Prina M. Nutrition and Dementia [Internet]. London : Alzheimer's Disease International ; 2014 Feb p. 88. Available from: <http://www.alz.co.uk/nutritionreport>.
- Qiu C., De Ronchi D., and Fratiglioni L. (2007). The epidemiology of the dementias: an update. *Psychiatry*. (20) :380–385.
- Quivy, R., & et Campenhoudt, V. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. DUNOD.
- Reitz C., Brayne C., Mayeux R. (2011) Epidemiology of Alzheimer disease. *Nat. Rev. Neurol.* 2011 ; *Neurol.* 7 :37–152.
- Rigaux N. (1994). Enjeux épistémologiques et socio-culturels du discours médical sur la démence sénile, in *Gérontologie et société*. 72,41-52. DOI: 10.1111. j.1467-8624.1987.tb01460.x
- Rose, A. (2007). Economic resilience to natural and man-made disasters: Multidisciplinary origins and contextual dimensions. *Environmental Hazards*, 7(4), 383-398.
- Rural Decision-making. *Space and Polity*, 13(3), 213-232. <https://doi.org/10.1080/13562570903454309>
- Saiias, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques psychologiques*, 15(1), 7-16.
- Samba, H. A. C. (2016). *Épidémiologie des démences en Afrique centrale : Mortalité et incidence en population congolaise* (Doctoral dissertation, Université de Limoges).
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. *Applied psychology*, 57, 152-171.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. *J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, 35, 37.

- Schwarzer, R., Mueller, J., & Greenglass, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: data collection in cyberspace. *Anxiety, stress and coping*, 12(2), 145-161.
- Segal, D.L. (2010). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV-TR)*. The Corsini Encyclopedia of Psychology. [https://doi.org/10/1002/9780470479216.corpsy0271](https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0271)
- Shankand, R., Saias, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques psychologiques*, 15(1), 65-76.
- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2014). Teacher self-efficacy and perceived autonomy: Relations with teacher engagement, job satisfaction, and emotional exhaustion. *Psychological reports*, 114(1), 68-77.
- Staples, 1990, p 38: Staples L. H., (1990).« Powerful ideas about empowerment », *Administration in Social Work*, 14(2), 29-42.
- Steg, L., & Nordlund, A. (2013). Models to explain environmental behavior. Dans L. Steg, A. Van den Berg.
- Touré, K. (2007), Mamadou, C., Dialé, N, Habib, T. . Le test du Sénégal : un instrument valide et fiable pour le dépistage de la démence dans une population de personnes âgées sénégalaises. *African Journal of Neurological Sciences*.27(1).
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *science*, 211(4481), 453-458.
- Valcour VG, Masaki KH, Curb JC, Blanchette PL. (2000) The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Int Med*, 160.2964-2968.
- Van Dinther, M., Dochy, F. et Segers, M. (2011). Factors affecting students' self-efficacy in higher education. *Educational Research Review*, 6(2), 95-108.
- Van Harreveld, F., & van der Pligt, J. (2004). Attitudes as stable and transparent constructions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(5), 666-674.
- Véret, C. & Mekouar, R. (2005). *Fonction Risk manager*.DUNOD.
- Vilatte, J. C. (2007). L'entretien comme outil d'évaluation. *Laboratoire Culture et communication, Université d'Avignon*, 41-42.

- Weber, M. (1971). *Économie et société - Les catégories de la sociologie* (Tome 1). Plon.
- Williams Jr, C. A. Richard M. Heins, (1995). *Risk management and insurance*, 19-32.;
- Williams, A., Heins M. H. & Mc Graw H. (1964) *Risk Management and Insurance*.
- Wong, S. L., Gilmour, H. L., & Ramage-Morin, P. L. (2016). *La maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence au Canada*. Statistique Canada.
- Wood, R. Bandura, A. (1989). Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(3), 407-415. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.3.407>
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S93-S100.

## ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de consentement éclairé

Annexe 2 : Guide d'entretien

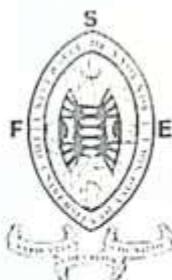
Annexe 3 : corpus d'entretien avec Judith

Annexe 4 : corpus d'entretien avec Simon

Annexe 5 : corpus d'entretien avec Alicia

Annexe 6 : échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnel (EMSEP)

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
\*\*\*\*\*  
Paix – Travail – Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTE DES SCIENCES DE  
L'EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT DE DIDACTIQUE  
DES DISCIPLINES



REPUBLIC OF CAMEROON  
\*\*\*\*\*  
Peace – Work – Fatherland  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF EDUCATION  
\*\*\*\*\*  
DEPARTMENT OF DIDACTICS

Le Doyen

The Dean

N°.....932...../22/UYI/FSE/VDSSE

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur BELA Cyrille Bienvenu, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiante **YOUWA Rikiatou MFOUAPON**, Matricule 20V3564 est inscrite en Master II à la Faculté des Sciences de l'Éducation, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *INTERVENTION, ORIENTATION, EDUCATION EXTRASCOLAIRE*, Option : *INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE*.

L'intéressée doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Elle travaille sous la direction des Pr. MAINGARI Daouda. Son sujet est intitulé : « *Sentiment d'auto-efficacité chez les populations et gestion des risques de démences* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir la recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le...3.0. MARS 2022...

Pour le Doyen et par ordre  
Le Vice-Doyen  
Etienn  
Professeur

*OK*  
*11/11*  
YOUWA Rikiatou MFOUAPON

Yaoundé, le 16 Novembre 2022

Etudiante à la Faculté des Sciences et de l'Education

Yaoundé I

Filière : Intervention Action Communautaire (IAC)

Tél : 690987199

Email : [rikiarvm@gmail.com](mailto:rikiarvm@gmail.com)

A

Monsieur le Directeur du Centre Béthanie VIACAM

**Objet** : Demande d'autorisation de recherche



Je viens respectueusement auprès de votre haute personnalité solliciter une autorisation de collecte de données dans le centre dont vous avez la charge.

En effet, je suis étudiante en master 2 à la Faculté des Sciences de l'Education, option Intervention et Action Communautaire. Je mène une étude sur le « **Sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée et gestion des risques de démence** ». L'objectif de l'étude étant de comprendre comment la croyance en sa capacité d'agir chez la personne âgée pourrait l'aider à prévenir des risques de démence, nous aurons besoin pour cela de passer un entretien semi-directif à vos pensionnaires.

Dans l'attente d'une suite favorable, veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mon profond respect.

**Pièces jointes**

- L'attestation de recherche délivrée par la Faculté
- Le guide d'entretien semi-directif
- La photocopie de la CNI

YOUWA Rikiatou MFOUAPON

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

### Nom du chercheur et fonction :

Étudiant master II/ Intervention, Orientation et éducation extrascolaire option Intervention et Action Communautaire/Université de Yaoundé I. Tel : 690-987-199/653-699-129/e-mail : rikiarym@gmail.com

### Sujet : Sentiment d'auto efficacité et gestion des risques de démences chez la personne âgée : étude de cas.

Cette recherche vise à comprendre comment le sentiment d'auto efficacité la personne âgée aide à la prévention des risques de démence.

Elle nécessite à cet effet la participation des personnes âgées résidentes au centre d'accueil BETHANIE-VIACAM. Leur implication sera rendue possible à travers des entretiens. Ces entretiens pourront se faire en une ou deux journées avec une durée maximale de 45 minutes. Nous commencerons dès que vous aurez donné votre accord de principe.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous serez soumis aux entretiens. Vous aurez l'opportunité d'avoir une meilleure compréhension de votre situation personnelle. Cependant, il se pourrait que vous éprouviez un inconfort passager vis-à-vis de certaines questions d'ordre personnel. Ce risque est compensé par le fait que vous pouvez en tout temps refuser de répondre en partie ou en totalité à certaines questions.

Votre participation à l'étude est libre et volontaire. Le consentement peut être retiré à tout moment. La recherche se déroulera sous anonymat et aucun élément permettant de vous identifier ne sera utilisé. Les entretiens sont strictement confidentiels. Aucune donnée de recherche ne sera divulguée à qui que ce soit de quelle que manière que ce soit. Ces données ne pourront être utilisées qu'à des fins strictement scientifiques. Vous pouvez maintenant ou plus tard poser des questions.

.....

### REPONSE DU PARTICIPANT

Je reconnais que le processus de recherche décrit sur ce formulaire et dont je possède une copie est compris. Je sais que je peux poser des questions maintenant ou plus tard sur l'étude. On m'a rassuré que les données seront gardées confidentiellement et qu'aucune information ne sera publiée ou donnée relevant mon identité sans mon consentement. Je comprends que je suis libre de me retirer en tout temps.

Par la présente, je consens librement à participer complètement à l'étude.

Date et signature du participant

Date et signature du chercheur

## **GUIDE D'ENTRETIEN**

- Préambule** (présentation du chercheur et du sujet d'étude)
- Identification du participant : Age, région d'origine, département, situation familiale, situation professionnelle, niveau d'instruction, type de famille, nombres d'enfants.
- Histoire de vie du participant avant 60 ans**
- Thème 1 : vécu des expériences actives de maîtrise**
- Thème 2 : Persuasion verbale**
- Thème 3 : États physiologiques et émotionnels**
- Thème 4 : Perception du risque de démence**
- Thème 5 : rapport sentiment d'auto efficacité / prévention des risques de démence**

## Entretien 1

Cet entretien s'est déroulé dans un espace aménagé au centre pouvant être favorable à l'écoute (absence de bruits, d'interférences), entre 10h25 et 11h00 du mercredi 7 décembre.

**Étudiant** : Bonjour.

**Simon** : Bonjour.

**Étudiant** : Je me prénomme Rikiatou. Je suis étudiante en intervention, orientation et éducation extrascolaire, option intervention et action communautaire à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée et la gestion des risques de démence. Je m'intéresse à la prévention des risques de démence chez la personne âgée et j'aimerais que nous nous entretenions à ce propos. Avec ta permission j'aimerais enregistrer et de prendre des notes pendant notre entretien. Je te garantis que tout ce qui sera dit tout long de cet entretien restera strictement confidentiel et nulle autre personne que toi et moi ne pourra avoir accès à cela. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement libre et éclairé.

**Simon** : vas-y ma fille.

**Étudiant** : Merci. Bien que je connaisse déjà ton nom, peux-tu te présenter une fois de plus ?

**Simon** : Moi c'est Simon, j'ai eu 72 ans il y'a 2 mois, je suis de la région de l'Est, plus précisément du département du Haut Nyong. Je suis veuf depuis longtemps et abandonné à moi-même depuis que je suis tombé malade. J'ai eu six enfants, mais ils sont où ? je ne sais pas. Je suis catholique. Qu'est-ce que je peux encore ajouter ?

**Étudiant** : Est-ce que tu peux me parler de ta vie avant tes 60 ans ?

**Simon** J'ai fait les études primaires au village, à l'école missionnaire. Mes parents étaient démunis et les prêtres s'occupaient de nous. Je n'étais pas le seul enfant à la mission catholique. Et je suis parti en ville pour continuer les études, jusqu'à ce que je passe le CAP maçonnerie. A ce moment je vivais chez un cousin de mon père qui se débrouillait comme chauffeur de transport. Il n'était presque jamais à la maison et c'est sa femme qui faisait le « bayam-sellem » qui nous gardait. Après cela je...on m'a chassé et j'étais parti de la maison après un problème avec le fils de mon oncle. J'ai commencé à faire des petits jobs, vu que j'étais un bon maçon. Je bricolais aussi tout ce que je voyais.

**Étudiant :** Avez-vous reçu une aide quelconque pour mener à bien vos activités de vie ?

**Simon :** De l'aide ? venant de qui ? (Exclamation : Hum ! hum !) personne n'avait mon temps, qu'on sait même que j'étais de quel côté ?

**Étudiant :** Est-ce que cet état des choses vous a-t-il empêché de mener à bien vos activités ?

**Simon :** Non je suis resté concentré sur mon petit travail et je continuais de prier mon Dieu pour qu'il m'aide aussi. Je n'avais pas de choix il fallait avancer.

**Étudiant :** pouvez-vous nous rappeler quelques évènements marquants au cours desquels vous pensez avoir fourni beaucoup d'efforts ?

**Simon :** Je voulais continuer mes études pour être ingénieur en génie civile, et je me battais comme je pouvais pour y arriver, mais faute d'argent je n'ai pas pu réaliser mes objectifs. Je suis entré dans une cotisation pour pouvoir payer moi-même mes études et j'ai pu continuer jusqu'en première et après trois échecs au probatoire j'ai abandonné. Il fallait que je sois un homme, un vrai homme capable de prendre soin de moi et de fonder ma famille.

**Étudiant :** pensez-vous que les efforts que vous avez fournis pour venir à bout des épreuves/tâches étaient conformes à la situation sociale ?

**Simon :** ma fille...à un moment donné, quand il faut agir il faut agir sans te poser les questions. Maintenant je ne sais pas si j'avais bien fait de partir de la maison de mon oncle où on me maltraitait. Ce que je sais aujourd'hui c'est que j'ai tout fait. A chaque fois que j'avais un problème je me battais pour me sortir d'affaire. Et puis quand je suis tombé malade, je suis un jour retourné au village et c'est là qu'on m'a rejeté. L'accueil était très mauvais et la famille m'a tourné le dos. On me traitait comme un moins que rien ; c'est normal je n'étais pas riche et le peu que j'avais était fini dans la maladie. Vous savez quand vous perdez votre femme et que vous n'avez plus le soutien des membres de votre famille ou des amis ça fait trop mal. Alors quand ça commencé un peu à aller je suis retourné en ville pour recommencer ma vie à zéro et oublier tout ce qui s'était passé. J'ai repris les petits jobs au quartier pour survivre, mais je n'avais plus la force ni les moyens pour faire les tontines. Ce que j'avais c'était juste pour survivre et acheter mes remèdes. J'ai appris très tôt à ne compter que sur moi. Alors je me tais et je supporte.

**Étudiant :** qu'est-ce que vous vous dites verbalement au sujet des efforts que vous êtes capable de faire ?

**Simon :** je suis un battant c'est ce que je sais. Je sais me battre dans la vie. Oui je suis très courageux car quand on a vécu les choses que j'ai vu là et qu'on n'est pas encore mort c'est qu'on est fort.

**Étudiant :** pensez-vous être crédible aux yeux des gens que vous cherchez à convaincre ?

**Simon :** ma fille (ris et continu), vous savez que pour exercer dans le métier que j'ai fait il faut être très convainquant ? oui on dit que la force du maçon c'est au pied du mur. Je devais prouver ce que je connais. Je devais être très bon dans ce que je fais et montrer qu'on peut me faire confiance. C'est vrai qu'on a trop peur de faire confiance aux techniciens car ils sont malhonnêtes pour la plupart. (3 minutes de pause). Oui ils sont malhonnêtes mais pas tous hein, moi, moi par exemple j'ai la crainte de Dieu et je crois que j'ai souvent fait du bon travail pour mettre mes clients d'accord.

**Étudiant :** quel est l'effort fourni pour convaincre ou dissuader les gens qui l'entourent ?

**Simon :** hummm...moi je ne me laisse pas faire, j'ai la force de parole. Je cherche toujours à convaincre par les idées et par les actes aussi. Je t'ai dit qu'on juge le maçon où ? (Me posant la question) c'est ça au pied du mur. J'étais pertinent dans mes pensées et j'étais sûr de moi, de mon travail. J'étais aussi très discipliné et je savais rester à ma place.

**Étudiant :** Comment est-ce que vous vous percevez physiquement ?

**Simon :** je ne suis plus aussi jeune ma fille. Je ne peux plus faire ce que je faisais quand j'étais encore plus jeune. Le corps me lâche petit à petit (en souriant et en regardant ses membres supérieurs). Je ne peux plus regarder un match de foot au bar où une bagarre peut déclencher et je vais faire comment ?

**Étudiant :** Comment est-ce que vous percevez votre état émotionnel ?

**Simon :** même si physiquement ce n'est plus vraiment ça, je sais que j'ai un mental d'acier hein. Si le rejet de ma famille ne m'a pas anéanti ou fini c'es que je suis fort, très fort dans ma tête. Et puis j'ai fini par m'habituer et me résigné. Je n'ai plus de rancune vis-à-vis des gens, je reste tranquille dans mon coin en sachant que je suis seul. C'est vrai qu'on est une famille ici au centre mais, je préfère beaucoup rester dans mon coin pour éviter les problèmes.

**Étudiant :** comment percevez-vous la démence par rapport à votre propre expérience personnelle et vos connaissances socioculturels ?

**Simon :** je me dis que c'est comme l'AVC, quand vous connaissez les risques, vous pouvez simplement l'éviter.

**Étudiant :** Quels comportements pensez-vous qu'il faille adopter pour se prévenir de la démence lorsqu'on atteint un certain âge adulte ?

**Simon :** Je ne mets plus les choses dans mon cœur car après tu es déçu et ça va te faire très mal pour rien. Je m'isole pour que ça m'aide à éviter les problèmes. Je vis mon temps c'est tout en attendant ma mort. Quand je peux je bois mon vin. Par exemple pendant les fêtes, beaucoup de visiteurs viennent nous donner à manger et à boire. Ils pensent aussi à nous et je profite aussi je bois quand il y'a.

**Étudiant :** vous pensez que la communauté peut jouer quel rôle pour aider la personne âgée à se prévenir des risques de démence ?

**Simon :** il faut seulement faire des sensibilisations sur le mode de vie car même ici certains consomment la prise (tabac) et parfois les sachets (whisky) et c'est mauvais pour la santé, surtout à notre âge. On doit aussi de temps en temps venir nous faire des consultations médicales.

**Étudiant :** Comment à partir du jugement que vous portez sur votre capacité à organiser et à utiliser les ressources de votre environnement à la réalisation d'une tâche à exécuter, vous pouvez prévenir des risques de démence ?

**Simon :** moi je pense que même ici on peut causer entre nous sur ce qu'il faut faire pour rester encore en vie. On se serre les coudes et on se conseille. On est comme une famille maintenant. Si je peux faire quelque chose pour aider à éviter d'être (hésitant et pouffe de rire) « fou » je vais faire ce que je peux.

**Étudiant :** merci pour tout ce temps que vous m'avez accordé pour cette étude

**Simon :** c'est moi qui te remercie ma fille.

## Entretien 2

Cet entretien s'est déroulé dans un espace aménagé au centre pouvant être favorable à l'écoute (absence de bruits, d'interférences), entre 9h25 et 10h02 du mercredi 7 décembre.

**Étudiant** : Bonjour.

**Judith** : Bonjour.

**Étudiant** : Je me prénomme Rikiatou. Je suis étudiante en intervention, orientation et éducation extrascolaire, option intervention et action communautaire à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée et la gestion des risques de démence. Je m'intéresse à la prévention des risques de démence chez la personne âgée et j'aimerais que nous nous entretenions à ce propos. Avec ta permission j'aimerais enregistrer et de prendre des notes pendant notre entretien. Je te garantis que tout ce qui sera dit tout long de cet entretien restera strictement confidentiel et nulle autre personne que toi et moi ne pourra avoir accès à cela. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement libre et éclairé.

**Judith** : vas-y.

**Étudiant** : Merci. Bien que je connaisse déjà ton nom, peux-tu te présenter une fois de plus ?

**Judith** : Moi c'est Judith, j'ai 70 ans, je suis de la région du Littoral, plus précisément de Souza. Je sis l'aînée de huit enfants, dont deux sont déjà morts. Mais j'ai passé beaucoup de temps ici dans le Centre-Sud. Je suis célibataire, j'ai été fiancé à quelqu'un qui faisait dans la politique et mes parents n'ont jamais voulu que je l'épouse. Il est mort depuis longtemps et on n'a pas eu d'enfants. Je suis catholique. Et ancienne diplômée de l'Ecole supérieure d'interprètes et traducteurs de Paris, avec quelques certificats en anglais et allemand.

**Étudiant** : Est-ce que tu peux me parler de ta vie avant tes 60 ans ?

**Judith** : Quand j'ai pris ma retraite après avoir travaillé 25 ans à la SBG, je suis allée rester au village avec mon père à grand Souza. C'est là-bas que je suis tombée malade et mon cousin Elathélia est venu avec sa femme qui avait été élevée par les religieuses à Mbalmayo me chercher et il m'a amenée ici à Béthanie. Et quand je suis arrivée, la bergère avait dit que je ne mettrais pas même une semaine mais le 29 novembre 2023 ça fera 14 ans que je suis ici. Donc je suis la vice doyen ici parce qu'il y a une autre qui est là depuis 16 ans.

**Étudiant :** Avez-vous reçu une aide quelconque pour mener à bien vos activités de vie ?

**Judith :** Mes parents étaient des enseignants, ils s'occupaient bien de nous. Mon père était un haut fonctionnaire de l'État, il a été au lycée Leclerc ensuite à l'ENAM. Je n'étais pas le seul enfant mais ils ont réussi à m'envoyer continuer les études de littérature en France pour devenir traductrice. Et je touche chaque mois ma pension retraite.

**Étudiant :** pouvez-vous nous rappeler quelques évènements marquants au cours desquels vous pensez avoir fourni beaucoup d'efforts ?

**Judith :** quand je suis tombée malade je me suis beaucoup battue pour survivre car j'ai fait 2 AVC, et le deuxième m'a paralysée le bras gauche. Alors j'ai fait trop d'efforts pour aller bien et aujourd'hui ça va malgré le petit handicap que j'ai.

**Étudiant :** pensez-vous que les efforts que vous avez fournis pour venir à bout des épreuves/tâches étaient conformes à la situation sociale ?

**Judith :** pas toujours mais ma famille a toujours fait ce qu'elle pouvait pour m'aider et moi aussi j'ai beaucoup investi et dépensé sur moi et la maladie. Tout cela valait la peine, mes oncles et la famille ont mobilisé des équipes médicales pour que je reçoive de bons soins sinon je n'allais pas être comme ça aujourd'hui.

**Étudiant :** qu'est-ce que vous vous dites verbalement au sujet des efforts que vous êtes capable de faire ?

**Judith :** je suis une battante et je suis très courageuse. Je ne me plains pas vraiment de ma situation de vie, j'accepte les choses c'est tout.

**Étudiant :** pensez-vous être crédible aux yeux des gens que vous cherchez à convaincre ?

**Judith :** oui bien sûre, sinon dans mon état les gens m'auraient déjà abandonnée depuis longtemps. D'ailleurs j'attends les enfants de ma cousine qui avait un centre de santé à Mbankolo et elles viennent me voir de temps en temps. Elles m'ont téléphonée hier qu'elles viennent me chercher jeudi pour que je puisse aller toucher ma pension retraite à la SCB.

**Étudiant :** quel est l'effort fourni pour convaincre ou dissuader les gens qui t'entourent ?

**Judith :** je sais bien m'exprimer et j'ai reçu une très bonne éducation que mes parents m'ont donnée. Et tu sais j'ai fait les études et ici les gens ne sont pas trop intelligents (petit sourire) et puis vous savez, nous constituons une famille ici et il y a des choses que je n'ai pas besoin de

demander. Je sais aussi que j'ai un fort caractère de persuasion, je sais parler aux gens. Je suis une charmante personne.

**Étudiant :** Comment est-ce que vous vous percevez physiquement ?

**Judith :** je m'accepte car je suis en train de m'en sortir. Vous savez quand quelqu'un tombe malade il faut qu'il l'accepte et c'est comme ça que vous allez guérir facilement. Depuis que j'ai eu l'AVC qui m'a paralysée je ne suis aussi forte qu'avant. Je ne peux plus danser (rires) ? mais au moins je peux écrire et lire comme avant.

**Étudiant :** Comment est-ce que vous percevez votre état émotionnel ?

**Judith :** même si physiquement je ne peux plus faire certaines activités, ça ne vaut pas la peine de vivre dans un état de déprime, on est ici en famille et ça va. D'ailleurs il y a quelques personnes ici qui viennent souvent me demander un certain nombre de conseils et quand ils ont des petits soucis ils viennent demander mon avis et mon aide.

**Étudiant :** comment percevez-vous la démence par rapport à votre propre expérience personnelle et vos connaissances socioculturels ?

**Judith :** moi je pense que la démence est comme la folie, et je pense qu'il y a quelque cas de santé mentale ici. En vivant ici depuis certains ont des comportements bizarres, ils sont agressifs parfois. Et quand je travaillais à la SCB en plein centre-ville et je voyais toute sorte qui se promener librement en ville. Je sais aussi qu'il y a des gens qui naissent avec quelque chose en moins et souvent aussi c'est dans la famille, c'est-à-dire que ça une cause socioculturelle.

**Étudiant :** Quels comportements pensez-vous qu'il faille adopter pour se prévenir de la démence lorsqu'on atteint un certain âge adulte ?

**Judith :** je pense qu'on peut prévenir cette folie en consultant des médecins de l'hôpital Jamot, et quand j'écoute RFI on dit qu'on peut prévenir. Il faut déjà être à l'écoute des autres et savoir pourquoi certains se comportent de façon bizarre. Ici il y a des gens qui consomment le tabac (la prise), je ne veux dénoncer personne vu que moi aussi je consomme du vin surtout pendant les repas quand il y en a. Mais pas à l'excès car à notre âge tout excès peut nuire

**Étudiant :** vous pensez que la communauté peut jouer quel rôle pour aider la personne âgée à se prévenir des risques de démence ?

**Judith :** il faut déjà que les uns et les autres comprennent que la vieillesse n'est pas une maladie, ni un handicap, c'est juste un stade. D'abord, on naît, on grandit et puis on vieillit. C'est plutôt

un passage d'un état à un autre. Oui il y a des agents de santé qui viennent souvent ici, mais je voudrais vraiment qu'ils nous parlent aussi de la santé mentale. Car on parle seulement des problèmes physiques comme la douleur, le rhumatisme, des accidents qu'on peut avoir bref, les petits bobos des vieux. Or, je pense qu'on doit aussi nous sensibiliser sur ces maladies mentales.

**Étudiant :** Comment à partir du jugement que vous portez sur votre capacité à organiser et à utiliser les ressources de votre environnement à la réalisation d'une tâche à exécuter, vous pouvez prévenir des risques de démence ?

**Judith :** moi je pense que le développement personnel peut être la clé. Vous savez j'ai découvert dernièrement un auteur qui a écrit sur la confiance illimitée et je le lire beaucoup comme il peut. Il m'aide à ne pas baisser les bras et à continuer de me battre pour rester en vie, mais surtout en bonne santé. Mais je sais que ce n'est pas le cas de tout le monde ici, chacun fait. Bon de temps en temps aussi je cause avec les autres, je partage ce que je lis en espérant que ça pourra les aider.

**Étudiant :** merci pour tout ce temps que vous m'avez accordé pour cet entretien

**Judith :** merci ma fille, on cherche souvent avec qui discuter comme ça (sourires).

### Entretien 3

Cet entretien s'est déroulé dans un espace aménagé au centre pouvant être favorable à l'écoute (absence de bruits, d'interférences), entre 9H00 et 9h55 du vendredi 8 décembre.

**Étudiant** : Bonjour.

**Alicia** : Bonjour.

**Étudiant** : Je me prénomme Rikiatou. Je suis étudiante en intervention, orientation et éducation extrascolaire, option intervention et action communautaire à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur le sentiment d'auto efficacité chez la personne âgée et la gestion des risques de démence. Je m'intéresse à la prévention des risques de démence chez la personne âgée et j'aimerais que nous nous entretenions à ce propos. Avec ta permission j'aimerais enregistrer et de prendre des notes pendant notre entretien. Je te garantis que tout ce qui sera dit tout long de cet entretien restera strictement confidentiel et nulle autre personne que toi et moi ne pourra avoir accès à cela. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement libre et éclairé.

**Alicia** : allons-y.

**Étudiant** : Merci, peux-tu te présenter une fois de plus ?

**Alicia** : Alicia c'est mon nom, je me suis quand même mariée et mon mari est mort il y a une vingtaine d'années, je n'ai pas eu d'enfants. Je suis née dans une grande famille, ma maman a eu 12 enfants et je suis la 10ème. Je suis originaire du Sud précisément de Sangmélina. J'ai 67 ans.

**Étudiant** : Est-ce que tu peux me parler de ta vie avant tes 60 ans ?

**Alicia** : j'ai fait mes études en Italie, j'ai aussi fait un stage en France et en Allemagne. On travaillait dans l'une des grandes coopératives italiennes qui s'occupait des travaux transitoires. Mon mari était architecte décorateur dans les années 90, et on s'est inscrit dans cette grande coopérative là comme on avait déjà plus de 10 ans en Italie. C'est ma famille qui m'a d'abord prise en charge et puis on m'a amenée ici comme je n'avais pas d'enfants parce qu'une personne de ma famille connaissait la bergère. Et rester seule vraiment seule dans une chambre et puis sortir, il y a des choses qu'avec l'âge que tu ne peux plus faire.

**Étudiant** : Avez-vous reçu une aide quelconque pour mener à bien vos activités de vie ?

**Alicia :** L'allemand était comme notre deuxième langue car les sœurs religieuses du collège notre Dame, précisément notre directrice était alsacienne. L'école avaient des connexions en Alsace Romaine ce qui m'a permis de souvent faire des petits tours en vacances là-bas et puis je me suis installée.

**Étudiant :** pouvez-vous nous rappeler quelques évènements marquants au cours desquels vous pensez avoir fourni beaucoup d'efforts ?

**Alicia :** vous savez on ne sait jamais ce qu'on devient dans la vie, la vie nous réserve beaucoup de surprises. Je savais quand même que mon mari aimait boire et fumer, On a pensé qu'il fallait aussi avoir la carte d'identité italienne et tout avait bien marché jusqu'au moment où on s'est dit qu'il faut qu'on ait un point de chute quand on va rentrer au Cameroun. Alors mon mari avance au pays et moi j'ai continué à travailler, mais vous savez l'homme n'est pas une herbe qu'on soigne n'importe comment et après quelqu'un de la famille qui m'a dit de faire un tour au pays parce que ça ne va pas. Une camarade qui était dans le service médicale me dit que mon mari est malade et qu'il faut venir car c'est sérieux. Même si tu travailles, prend une ou deux semaines et fais un tour pour le voir. Alors j'ai trouvé qu'il était déjà en train de mourir il avait une grosse infection pulmonaire et quelque temps après il est mort. C'est vrai qu'on avait un peu d'argent de côté mais je ne pouvais pas rentrer ici seule sans enfants sans lui, j'ai donc continué à faire des petits travaux çà et là et puis je ne suis plus jamais rentrée en Italie pour un long séjour et jusqu'au moment où ma santé aussi a commencé à sentir l'absence de mon mari. Parce que c'est quand même tout à fait différent quand tu as vécu longtemps dans ces pays-là. Il y a des choses que tu copies que tu le veilles ou non. Moi je ne me lève pas le matin pour aller faire le café par exemple, on sait que la cafetière dort là et la première personne qui se lève allume le feu en dessus et tout le monde se sert. Quand je reviens ici comme on me l'avait demandé il n'y avait plus pratiquement rien à faire, l'infection avait déjà tout bouffé. J'ai seulement assisté à l'enterrement et je suis restée dans ma belle-famille. C'était un gars de Nkolbisson et mon beau père s'est marié plusieurs fois.

**Étudiant :** pensez-vous que les efforts que vous avez fournis pour venir à bout des épreuves/tâches étaient conformes à la situation sociale ?

**Alicia :** Sauf qu'à un moment donné je ne travaillais plus et je n'avais plus de revenus réguliers, même si en Italie je prenais par exemple 50000 fcfa ici il n'y avait plus aucune entrée. Ce qui commençait à me peser c'était ma santé. Malgré le fait qu'on se connaissait tous mes beaux-frères du village et de la famille, mais ça ne suffisait pas, le soir tu te retrouves seule, tu vas

parler avec qui ? et alors une personne de ma famille qui porte aussi mon nom parce que ça c'est important parce qu'ici en Afrique quand on te dit bon...voici ton homonyme ça veut dire que c'est même ta fille. Ma nièce vit en Italie en ce moment avec sa petite famille et c'est elle qui connaissait la bergère, elles en ont parlé lorsqu'elle est venue au pays pour le mariage de l'une de ses sœurs et elle m'a dit qu'elle ne veut pas me laisser ici toute seule car je ne pouvais plus sortir pour faire les courses. Il fallait qu'elle me mette là où je ne serais pas complètement dépendante des autres, et au moins tu vas retrouver un esprit de famille et c'est ce que j'ai retrouvé ici.

**Étudiant :** qu'est-ce que vous vous dites verbalement au sujet des efforts que vous êtes capable de faire ?

**Alicia :** vous savez quand vous êtes seule ce n'est pas facile, j'ai plein de projets mais tout cela est dans ma tête car même pour les réaliser il faut les moyens financiers et un petit investissement. Or, là où je suis là je dépends du centre et de ma propre famille et de temps en temps quelqu'un de ma belle-famille vient me voir et je ne leur en veux pas car c'est Dieu qui a voulu que tout cela arrive et qu'on se sépare dans ses conditions. C'est vrai qu'on accuse Dieu mais ces gens ne m'ont rien fait.

**Étudiant :** pensez-vous être crédible aux yeux des gens que vous cherchez à convaincre ?

**Alicia :** Le véritable problème est que quand vous êtes nés dans une grande famille, on est habitué à vivre avec les gens ça veut dire qu'on développe une certaine disponibilité et vous collaborer avec les autres. Je crois mais je ne sais pas ce que pense les gens, je n'ai pas oublié toute l'éducation que j'ai reçu de mes parents et je crois en fin de compte que je ne peux pas me juger. Vous savez ici c'est un monde où chacun vient de son coin et il y a des sujets qui peuvent concerner tout le monde et des sujets qu'ils ne vont pas comprendre. C'est très difficile de se mettre d'accord parce que nous venons d'horizons très divers, avec des formations très diverses, des langues même très diverses, ce qui fait qu'il n'y a que les prières qui nous mettent tous d'accord et puis quand il y a un petit sujet concernant un verset biblique chacun essaie de donner son avis.

**Étudiant :** quel est l'effort fourni pour convaincre ou dissuader les gens qui t'entourent ?

**Alicia :** tout dépend du sujet et tout dépend de ton caractère, partout où tu te trouves tout dépend de comment tu vis avec les gens. Moi je parle avec tout le monde, car lorsque vous quitter votre famille pour aller faire des études ailleurs, vous devez apprendre à vous adapter et à vivre avec

tout le monde. On crée un autre monde autour de soi. D'ailleurs j'ai vécu dans des foyers en Europe avec des chinoises, des philippines, en fait tu deviens un être du monde.

**Étudiant :** Comment est-ce que vous vous percevez physiquement ?

**Alicia :** je suis déjà une vieille personne, pfut !!! la vieillesse même c'est quoi ? c'est quand même difficile à définir hein. Car ça dépend un peu de ce qu'on a déjà fait et de ce qu'on aimerait faire. Je ne suis pas constamment malade, depuis que je suis ici je n'ai plus trop souffert d'hypertension ça s'est stabilisée.

**Étudiant :** Comment est-ce que vous percevez votre état émotionnel ?

**Alicia :** ça va faire 2 ans que je suis là et je ne me plains de rien, je suis bien entourée et j'ai les gens avec lesquelles je peux avoir de temps en temps des petites discussions. Même en famille on peut avoir des petits problèmes. Mais ici ça va il n'y a pas tellement de solitude, même si dans une autre sens on manque de rencontre réelle. Et puis de toutes les façons il ne faut pas être trop exigeant dans la vie, il faut prendre et accepter ce que Dieu te donne. Mais j'essaie de ne pas trop penser au fait que je n'ai pas de famille naturelle car ce n'est pas facile.

**Étudiant :** comment percevez-vous la démence par rapport à votre propre expérience personnelle et vos connaissances socioculturels ?

**Alicia :** la démence c'est quelque chose qu'on entend souvent dans les communications et ça me fait beaucoup peur car il m'arrive souvent de me perdre dans les conversations. Je peux être en train de parler avec vous et je sens comme un vide je ne sais plus ce que je suis en train de faire ou de dire. Mais ça dure quelque minute. Vous savez, quand on vieillit on devient un être que tout le monde observe et en ce moment-là quand je suis ici les gens m'observe et peuvent me juger surtout si je déconne.

**Étudiant :** Quels comportements pensez-vous qu'il faille adopter pour se prévenir de la démence lorsqu'on atteint un certain âge adulte ?

**Alicia :** ici on veut créer des groupes de distractions, par exemple j'ai demandé à faire les travaux de femmes c'est-à-dire le crochet, la couture, le petit bricolage. Bref les choses qui vous occupent et vous empêchent de trop réfléchir et à penser que j'ai mal ici ou là. Mais l'ambiance ici nous permet de ne pas trop réfléchir on est en famille ici.

**Étudiant :** vous pensez que la communauté peut jouer quel rôle pour aider la personne âgée à se prévenir des risques de démence ?

**Alicia :** le matin on se lève on a un petit déjeuner, à midi on mange et le soir aussi. Et la bergère qui s'occupe de nous est toujours présente pour tout le monde, il suffit que tu cries un peu et elle est là à ton chevet. Elle a un cœur angélique. Mais de façon générale, on reçoit souvent des groupes ici qu'on appelle des visites, avec lesquelles on peut converser, collaborer. Ce sont les gens qui viennent pour donner un coup de main aux vieillards. Mais la vraie collaboration serait de penser et de créer des distractions qui peuvent concerner tout le monde, comme il y en a qui parlait des jeux de société comme le Ludo, les tricotages, le crochet, parce que je

**Étudiant :** Comment à partir du jugement que vous portez sur votre capacité à organiser et à utiliser les ressources de votre environnement à la réalisation d'une tâche à exécuter, vous pouvez prévenir des risques de démence ?

**Alicia :** moi je pense qu'on peut créer un petit cercle interne, un petit truc de formation où chacun participe comme il peut et puis on verra ce que ça va donner, ça pourra nous aider à tenir et à ne pas succomber face à cette maladie.

**Étudiant :** merci pour tout ce temps que vous m'avez accordé pour cet entretien

**Alicia :** merci ma fille, on cherche souvent avec qui discuter comme ça (sourires).

---

**Auto-efficacité (Generalized Self-Efficacy Scale, Schwarzer, 1993)**


---

Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui vous décrit le mieux.

		pas du tout vrai	à peine vrai	moyenne- ment vrai	Totale- ment vrai
1.	J'arrive toujours à résoudre mes difficultés si j'essaie assez fort.	1	2	3	4
2.	Si quelqu'un s'oppose à moi, je peux trouver une façon pour obtenir ce que je veux.	1	2	3	4
3.	C'est facile pour moi de maintenir mon attention sur mes objectifs et accomplir mes buts.	1	2	3	4
4.	J'ai confiance que je peux faire face efficacement aux événements inattendus.	1	2	3	4
5.	Grâce à ma débrouillardise, je sais comment faire face aux situations imprévues.	1	2	3	4
6.	Je peux résoudre la plupart de mes problèmes si j'investis les efforts nécessaires.	1	2	3	4
7.	Je peux rester calme lorsque je suis confrontés à des difficultés car je peux me fier à mes habiletés pour faire face aux problèmes.	1	2	3	4
8.	Lorsque je suis confronté à un problème, je peux habituellement trouver plusieurs solutions.	1	2	3	4
9.	Si je suis "coincé", je peux habituellement penser à ce que je pourrais faire.	1	2	3	4
10.	Peu importe ce qui arrive, je suis capable d'y faire face généralement.	1	2	3	4

---

Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometrics scales for cross-cultural research*. Germany, Berlin : Freie Universität Berlin.

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE .....	i
DÉDICACE .....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS .....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES FIGURES .....	vi
RÉSUMÉ .....	vii
ABSTRACT .....	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE .....	4
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE .....	5
1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE .....	5
1.1.1. Contexte de l'étude .....	5
1.1.2. Justification de l'étude .....	8
1.2. FORMULATION DU PROBLÈME.....	10
1.2.1. Position du Problème de l'étude.....	13
1.3. QUESTIONS DE RECHERCHE .....	15
1.3.1. Question principale de la recherche.....	15
1.3.2. Questions spécifiques.....	16
1.4. LES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE.....	16
1.4.1. Hypothèse générale.....	16
1.4.2. Hypothèses spécifiques .....	16
1.5. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	16
1.5.1. Objectif général .....	16
1.5.2. Objectifs spécifiques.....	16
1.6. INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE .....	17

1.6.1. Intérêt scientifique .....	17
1.6.2. Intérêt social .....	18
1.6.3. Intérêt pédagogique.....	18
1.6.4. Intérêt personnel .....	18
1.7. DÉLIMITATION DU SUJET .....	19
1.7.1. Sur le plan de la territorialité.....	19
1.7.2. Sur le plan de la temporalité.....	19
1.7.3. Sur le plan de la thématique liée à la spécialité.....	19
CHAPITRE 2 : SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ, GESTION DES RISQUES ET DÉMENCE .....	20
2.1. LE SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ .....	20
2.1.1. Définition du sentiment d'auto-efficacité ou sentiment d'efficacité personnelle ...	20
2.1.2. Évolution de la notion du Sentiment d'Efficacité Personnel (SEP).....	21
2.1.3. Les facteurs influençant le SEP et sources de construction.....	21
2.1.3.1. Les expériences actives de maîtrise.....	22
2.1.3.2. La persuasion verbale .....	22
2.1.3.3. Les états physiologiques et émotionnels .....	23
2.1.3.4. La mesure du SEP .....	24
2.2. GESTION DES RISQUES .....	25
2.2.1. Définition de la gestion des risques .....	25
2.2.3. La gestion des risques et la promotion de la santé chez la personne âgée .....	26
2.2.4. La gestion préventive des risques de démence chez la personne âgée .....	27
2.2.5. Les niveaux de gestion des risques en santé .....	28
2.2.6. Définition de la notion de risque .....	30
2.2.3.1. Évolution de la notion de risque .....	31
2.2.3.2. Les caractéristiques du risque .....	32
2.3. DÉMENCE.....	35

2.3.1. Définition de la démence .....	35
2.3.2. Évolution de la démence .....	36
2.3.3. Épidémiologie de la démence.....	37
2.3.4. Prévalence des démences .....	38
2.3.5. Les facteurs de risque et de protection de la démence .....	40
2.3.6. Les facteurs de protection .....	42
2.4. CLASSIFICATION DE LA DÉMENCE.....	43
2.4.1. Les démences dégénératives .....	43
2.4.2. Les démences non dégénératives.....	45
CHAPITRE 3 : EXPLICATION THÉORIQUE DE LA GESTION DES RISQUES DE DÉMENCE .....	47
3.1. BREF APERÇU DE LA SITUATION SANITAIRE DE LA PERSONNE ÂGÉE FACE AUX RISQUES DE DÉMENCE .....	47
3.2. APPROCHES THÉORIQUES DE LA GESTION DES RISQUES DE DÉMENCE ..	47
3.2.1. La théorie de l'action raisonnée (TAR) .....	48
3.2.2. La théorie de l'empowerment communautaire :.....	51
3.2.3. La théorie sociale du risque.....	55
DEUXIÈME PARTIE : CADRE OPÉRATOIRE .....	59
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE .....	60
4.1. BREF RAPPEL DE LA PROBLÉMATIQUE .....	60
4.1.1. Rappel du problème .....	60
4.1.2. Rappel de la question de recherche .....	61
4.1.3. Rappel de l'hypothèse de recherche .....	61
4.1.4. Rappel de l'objectif général de recherche .....	61
4.2. SITE DE L'ÉTUDE .....	64
4.2.1. Présentation du site de l'étude.....	64
4.2.1.1. Localisation de la structure .....	64
4.2.1.2. Historique du Centre humanitaire Béthanie-VIACAM.....	64

4.2.1.3. Les missions du Centre humanitaire Béthanie-VIACAM .....	64
4.2.1.4. Les cibles du Centre humanitaire Béthanie-VIACAM .....	65
4.2.1.5. Les activités menées au Centre humanitaire Béthanie-VIACAM .....	65
4.2.1.6. Organigramme et Présentation du Centre humanitaire Béthanie-VIACAM ...	65
4.2.2. Justification du choix du site de l'étude.....	65
4.3. PROCÉDURES ET CRITÈRES DE SÉLECTION DES PARTICIPANT(E)S.....	66
4.3.1. Critères de sélection.....	66
4.3.1.1. Critères d'inclusion .....	66
4.3.1.2. Critères de non inclusion .....	66
4.3.2. Échelle de sélection .....	67
4.3.3. Caractéristiques des participant(e)s .....	67
4.4. TYPE DE RECHERCHE .....	68
4.4.1. Méthode de recherche : méthode clinique .....	68
4.4.2. Étude de cas.....	68
4.5. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNÉES : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ET GUIDE D'ENTRETIEN .....	69
4.5.1. Technique de collecte des données : Entretien semi-directif .....	69
4.5.2. Outil de collecte de données : guide d'entretien .....	70
4.6. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNÉES .....	70
4.7. TECHNIQUE D'ANALYSE.....	71
4.8.1. Analyse de contenu.....	71
4.8.2. Analyse thématique.....	72
4.8. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES .....	73
4.9. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	73
CHAPITRE 5 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS .....	75
5.1. PRÉSENTATIONS DES PARTICIPANTS .....	75
5.1.1. Cas Judith .....	75

5.1.2. Cas Simon .....	76
5.2. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	77
5.2.1. Vécu des expériences actives de maîtrise .....	77
5.2.2. Persuasion verbale .....	80
5.2.3. États physiologiques et émotionnels.....	81
5.2.4. Perception du risque de démence .....	83
5.2.5. Rapport sentiment d'auto efficacité / prévention des risques de démence. ....	84
CHAPITRE 6 : INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	86
6.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS .....	86
6.2. LA THÉORIE DE L'ACTION RAISONNÉE (TAR) ET COMPRÉHENSION DE LA GESTION DES RISQUES DE DÉMENCE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE.....	88
6.2.1. Des expériences actives de maîtrise à la gestion des risques de démence.....	90
6.2.2. De la persuasion verbale à la gestion des risques de démence.....	91
6.2.3. De l'état physiologique et émotionnel à la gestion des risques de démence .....	92
6.2.4. De la perception à la gestion des risques de démence .....	94
6.3. DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	95
6.3.1. Le sentiment d'auto efficacité .....	95
6.3.2. Le caractère handicapant du vieillissement.....	96
6.3.3. Le processus d'appropriation d'un pouvoir d'agir par la personne âgée.....	96
6.3.4. Les stratégies communautaires d'intervention et de prévention de risques de démence .....	97
6.4. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE .....	98
6.4.1. Implications / suggestions de l'étude.....	98
6.4.2. Perspectives .....	100
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	101
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	ix
ANNEXES .....	xxvi