

# Remodeler sa vie<sup>®</sup> (Lifestyle Redesign) : première étude pilote auprès d'âînés franco-canadiens

© CAOT 2020  
Article reuse guidelines:  
sagepub.com/journals-permissions  
www.cjotrc.com



## Lifestyle Redesign<sup>®</sup> (Remodeler sa vie): First Pilot Study Among Older French-Canadians

Marie-Hélène Lévesque<sup>id</sup>, Jordane Trépanier, Marie-Ève Tardif,  
Kevin Lalanne, Mélanie Boudriau, Sarah Ainsley,  
Charles Boislard et Mélanie Levasseur<sup>id</sup>

**Mots clés :** Compassion; Ergothérapie préventive; Équilibre de vie; Gratitude; Occupation.

**Key words:** Compassion; Gratitude; Life balance; Occupation; Preventive occupational therapy.

### Abrégé

**Description.** Récemment traduit et adapté au contexte franco-canadien, le programme Remodeler sa vie (*Lifestyle Redesign*) vise le développement de modes de vie sains et porteurs de sens. On connaît toutefois peu l'influence de ce programme chez les aînés francophones. **But.** Décrire l'influence du programme Remodeler sa vie sur l'équilibre de vie, l'engagement dans les activités signifiantes, la compassion et la gratitude d'aînés franco-canadiens. **Méthodologie.** Une étude pilote mixte (préexpérimental et qualitatif clinique) a été réalisée auprès de 16 aînés répartis en deux groupes (avec et sans incapacités). Des questionnaires pré et post-intervention ainsi que des entretiens semi-dirigés ont été complétés. **Résultats.** Une augmentation de l'équilibre de vie de l'ensemble participants ( $p = 0,03$ ) et de l'engagement dans des activités signifiantes des aînés sans incapacité ( $p = 0,02$ ) a été observée. Les participants rapportaient des améliorations pour l'ensemble des résultantes. **Conséquences.** Remodeler sa vie est un programme prometteur pour promouvoir la santé des aînés franco-canadiens.

### Abstract

**Description.** Recently translated and adapted to the French-Canadian context, the program *Remodeler sa vie* (*Lifestyle Redesign*) aims to develop meaningful and healthy lifestyle. The influence of this newly adapted program on older French-Canadians was, however, unknown. **Objective.** The aim of this study was to describe the influence of the *Remodeler sa vie* on older French-Canadians' life balance, engagement in meaningful activities, self-compassion and gratitude. **Method.** A mixed-method design (preexperimental and qualitative clinical) was used in a pilot study with 16 participants distributed in two groups (with and without disabilities). Pre- and post-intervention questionnaires as well as semi-structured interviews were completed. **Results.** An increase of life-balance in all participants ( $p = .03$ ) and of engagement in meaningful activities in older adults without disability ( $p = .02$ ) was observed. The participants also reported improvements for all outcomes. **Conclusion.** *Remodeler sa vie* is a culturally promising program to promote health among older French-Canadians.

**Financement :** Cette recherche a été financée par le Fonds de recherche du Québec-Santé et les Instituts de recherche en santé du Canada par l'intermédiaire de bourses de maîtrise et de doctorat à l'auteure principale ainsi que par le Réseau de recherche sur le vieillissement et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC ; #AOP 137 652). Des jetons d'autobus ont été gratuitement offerts par la Société de transport de Sherbrooke. Lors de l'étude, Mélanie Levasseur était chercheure Junior 1 des Fonds de recherche du Québec-Santé (FRQS) (2013-2017 ; #26815). Elle est maintenant nouvelle chercheure des IRSC (2017-2022 ; #360880).

**Auteur-ressource :** Prof. Mélanie Levasseur, erg. PhD, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, 3001, 12ème avenue N., Sherbrooke, Québec, J1H 5N4, Canada. Téléphone : 819-821-8000 poste 72927. Courriel : Melanie.Levasseur@USherbrooke.ca

Le vieillissement de la population requiert la mise en œuvre d'interventions efficaces pour améliorer la santé et le bien-être des aînés (Stav, Hallenen, Lane et Arbesman, 2012). Malgré des évidences croissantes démontrant leur apport, les approches préventives en ergothérapie sont minimalement intégrées à la pratique. Le *Lifestyle Redesign* est un programme d'ergothérapie préventive développé en Californie et fondé sur la science de l'occupation (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke, et Clark, 1998). De nature fondamentale, cette science s'appuie sur le paradigme occupationnel stipulant que l'engagement dans des occupations significatives permet de prévenir la maladie et les incapacités (Molineux, 2004). S'inscrivant dans ce paradigme, le *Lifestyle Redesign* vise le développement de répertoires d'occupations saines et significatives pour les aînés. Ces répertoires, désignés sous le nom de patrons occupationnels, incluent différents agencements de routines et d'habitudes de vie. Afin d'optimiser ces patrons occupationnels, le programme mise sur des éléments-clés tels que le pouvoir d'agir, l'engagement dans les occupations significatives et la réflexion quant au rôle de ces occupations sur la santé. Concrètement, le programme combine, sur une période de six à neuf mois, des rencontres individuelles (1x/mois) et de groupe (2 h/sem.) permettant aux aînés de contribuer activement au maintien de leur santé et de leur bien-être (Clark et Krupa, 2002). Avec le soutien d'un ergothérapeute formé au *Lifestyle Redesign*, une douzaine de modules sont abordés sur des thèmes d'importance pour les aînés (Clark et al., sous presse). Ces thèmes concernent par exemple le vieillissement, l'utilisation des moyens de transport, la gestion du stress, la sécurité, les relations interpersonnelles et l'utilisation du système de santé. Afin d'engager les aînés dans l'occupation, les groupes sont de nature expérientielle (ex. essai d'un nouveau moyen de transport). Plus spécifiquement, les interventions d'animation valorisent l'expertise des aînés et misent sur des stratégies adaptatives comme la réinterprétation positive. Les rencontres individuelles permettent, quant à elles, d'approfondir et de personnaliser le contenu discuté dans les groupes et d'accompagner les aînés vers des changements qu'ils souhaitent apporter à leur mode de vie.

Deux essais cliniques à répartition aléatoire (ECR) d'envergure ont été réalisés par Clark et ses collaborateurs (1997, 2012) auprès de 821 aînés avec et sans incapacités. Les participants ont été évalués avant et après l'intervention puis, lors du premier ECR, six mois plus tard. Le premier ECR a démontré l'efficacité d'un programme de 9 mois en contexte de recherche. Le second, d'une durée plus courte (6 mois) et réalisé majoritairement auprès d'aînés en situation de vulnérabilité, a documenté son efficacité en contexte réel. Globalement, les participants au *Lifestyle Redesign* ( $n = 354$ ), comparativement à ceux recevant des activités sociales ( $n = 120$ ; groupe témoin actif) ou ne recevant aucune intervention ( $n = 347$  groupe témoin passif), ont présenté une amélioration de plusieurs résultantes de santé et de bien-être. Ces améliorations

concernaient plus particulièrement le fonctionnement physique (ex. marcher), social (ex. participation à la vie sociale) et dans les rôles (ex. temps accordé à certaines activités), la vitalité (ex. niveau d'énergie), la satisfaction envers la vie (ex. avoir des plans pour le futur) ainsi que de l'état général de santé mentale (ex. anxiété; Clark et al., 1997, 2012). Quatre-vingt-dix pour cent de ces gains ont par ailleurs été maintenus six mois post-intervention (Clark et al., 2001). Économiquement, le programme a été démontré rentable et l'utilisation moindre des services de santé par les participants au *Lifestyle Redesign* a engendré des économies suffisantes pour couvrir le coût du programme (Hay et al., 2002). La robustesse de ces évidences appuie la valeur du *Lifestyle Redesign* pour aider à réduire les dépenses en santé tout en favorisant un vieillissement actif, en santé et dans sa communauté. Ce faisant, le programme offre une réponse adaptée aux préoccupations de nombreux aînés.

Aux États-Unis, en Angleterre, en Suède et en Norvège, plusieurs adaptations du *Lifestyle Redesign* ont été réalisées (Lévesque, Trépanier, Sirois et Lévassieur, 2019). Comparativement au programme original, l'étude de ces versions adaptées, telles que *Designing a life of Wellness* (Matuska, Giles-Heinz, Flinn, Neighbor et Bass-Haugen, 2003) et *Lifestyle Matters* (Mountain, Mozley, Craig et Ball, 2008), n'a relevé que peu de changements chez les participants âgés. Par exemple, aucun changement significatif n'a été observé au niveau de la santé, pour laquelle Clark et al. (1997) avaient mis en évidence une amélioration de sept des huit échelles du questionnaire *Short Form General Health Survey* (SF-36; Ware et Sherbourne, 1992), dont la vitalité ( $p < 0,01$ ). Les modifications apportées au programme, le processus de traduction indépendant de l'équipe californienne, les petites tailles échantillonnelles ainsi que la durée réduite du programme (Horowitz et Chang, 2004; Johansson et Bjorklund, 2016) pourraient expliquer ces différences. Des tendances similaires aux résultats originaux, quoique non significatives, ont néanmoins été notées dans trois études portant sur des versions adaptées du *Lifestyle Redesign* (Jackson et al., 2000; Johansson et Bjorklund, 2016; Mountain et al., 2008). Par exemple, la santé générale des aînés ayant pris part à ces versions adaptées se détériore dans une moindre mesure et leur santé physique et mentale, leur bien-être, leur qualité de vie et leur engagement dans les activités tendent à augmenter (Lévesque et al., 2019).

Au Québec, malgré la pertinence et l'intérêt d'intégrer le *Lifestyle Redesign* à la pratique d'ergothérapeutes (Lévesque et al., 2019), aucune version du programme n'était disponible en français et n'avait été adaptée au contexte franco-canadien. En collaboration avec l'équipe californienne, un processus rigoureux de traduction a donc été réalisé avec l'aide d'un traducteur professionnel et d'une équipe de 14 experts en vieillissement, en promotion de la santé et en ergothérapie. À l'exception de quelques expressions anglaises et citations d'érudits, les concepts et les thèmes du manuel étaient culturellement adaptés au contexte franco-canadien. Les principales adaptations concernaient les références au

système de santé et aux aspects démographiques. On connaît toutefois peu l'influence de cette nouvelle version canadienne francophone du programme intitulée Remodeler sa vie sur l'équilibre de vie, l'engagement dans les activités significantes, la compassion envers soi et la gratitude : quatre résultantes particulièrement importantes pour les aînés, compte tenu de leur lien étroit avec la santé et le bien-être.

Selon Matuska et Christiansen (2008), l'*équilibre de vie* se définit comme un patron satisfaisant d'occupations quotidiennes qui est porteur de santé et de sens et qui est durable et adapté au contexte et aux événements qui jalonnent la vie d'un individu. Afin de mesurer l'équilibre de vie, différentes dimensions objectives (ex. allocation du temps) et, surtout, subjectives (ex. valeur accordée aux occupations) sont à considérer. Par exemple, chez des personnes présentant des incapacités, la satisfaction envers le temps consacré à des activités répondant aux besoins fondamentaux (santé et sécurité; relations interpersonnelles gratifiantes; défis, engagement et compétences; sens à sa vie et identité) est associé à une diminution du stress ainsi qu'à une amélioration de la santé physique et mentale et de la qualité de vie (Larivière et Levasseur, 2016). À notre connaissance, aucune étude n'a considéré l'influence du *Lifestyle Redesign* sur l'équilibre de vie d'aînés. Puisque le concept d'équilibre de vie concerne l'habileté à s'engager dans une diversité d'occupations saines et significantes (Matuska, 2012), il importe de considérer l'influence du programme Remodeler sa vie sur cette résultante.

Figurant parmi les assertions de base de l'ergothérapie, l'*engagement dans des occupations significantes* (ou engagement occupationnel) renvoie à tout ce que nous faisons pour nous impliquer, nous investir ou participer à des occupations significantes (Townsend et Polatajko, 2013). Le concept de signifiante, quant à lui, renvoie à la convergence entre les occupations, les besoins (Ikiugu et Pollard, 2015), les intérêts et les valeurs d'une personne (Taylor et Kielhofner, 2017). La signifiante est également teintée par l'unicité de la personne (Townsend et Polatajko, 2013), son histoire (Persson, Eklund et Isacson, 1999) et son besoin d'affiliation (Bejerholm et Eklund, 2006). Les retombées de l'engagement occupationnel sont nombreuses incluant sur la consolidation des compétences, le développement de l'identité (Mee, Sumsion et Craik, 2004), la réappropriation du pouvoir d'agir (Fisher et Hotchkiss, 2008) et la satisfaction envers la vie (Nilsson, Bernspång, Fisher, Gustafson et Löfgren, 2007). Considéré comme un élément indispensable au vieillissement réussi (Nilsson et al., 2007; Tatzer, Van Nes et Jonsson, 2012), l'engagement dans des activités, notamment sociales, comporte aussi d'importants effets positifs sur la survie (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris et Stephenson, 2015). Or, en suscitant le développement de patrons occupationnels sains, signifiants et qui offrent des opportunités d'affiliation, le programme Remodeler sa vie pourrait augmenter l'engagement occupationnel des aînés. Afin de mesurer

l'engagement occupationnel, plusieurs évaluations s'appuient sur le concept d'engagement dans les activités significantes (Townsend et Polatajko, 2013), une perspective concrète et plus facile à analyser (Townsend et Polatajko, 2013). Ces évaluations incluent des dimensions objectives (ex. fréquence de participation à des activités), subjectives (ex. degré de signifiante des activités; Bejerholm et Eklund, 2006) et contextuelles (ex. climat; Ripat et Colatruglio, 2016). À notre connaissance, une seule étude portant sur un programme dérivé du *Lifestyle Redesign* a considéré l'engagement dans les activités significantes (Matuska et al., 2003). Dans cette étude, la fréquence de participation à au moins trois activités par semaine a augmenté de 55 à 66% chez les participants à la suite du programme (Matuska et al., 2003). Afin de mieux comprendre l'influence du programme Remodeler sa vie sur l'engagement dans les activités significantes, des concepts issus de la psychologie positive offrent une perspective novatrice et intéressante.

Définie par une attitude de compréhension et de bonté envers soi lors de moments de douleur ou d'échec (Neff, 2003), une meilleure *compassion envers soi* est associée au désir de s'engager dans des occupations saines, productives et épanouissantes (Neff, Rude, et Kirkpatrick, 2007). La compassion serait aussi associée à un bien-être supérieur chez les aînés (Phillips et Ferguson, 2013) ainsi qu'à une plus grande utilisation de stratégies adaptatives (ex. réinterprétation positive; Allen et Leary, 2010), telles que celles enseignées dans le cadre du programme *Lifestyle Redesign*. Selon Allen et Leary (2010), le simple fait d'expliquer le concept de compassion pourrait amener les gens à être plus compatissants envers eux-mêmes. Des interventions plus ciblées (Gilbert et Procter, 2006) engendreraient toutefois des retombées plus importantes en diminuant les symptômes dépressifs, et ce, particulièrement chez les aînés présentant des incapacités (Allen, Goldwasser et Leary, 2012). Tout comme la compassion, la gratitude est considérée comme un important facteur protecteur de la dépression et de l'anxiété (Petrocchi et Couyoumdjian, 2016; Wood, Maltby, Gillett, Linley, et Joseph, 2008).

Définie comme une attitude de reconnaissance et d'appréciation de ce qui est de valeur et signifiant pour une personne (Sansone et Sansone, 2010), la *gratitude* amène la personne à se concentrer sur les éléments positifs de sa vie et à adopter des comportements prosociaux (McCullough, Emmons et Tsang, 2002). Selon plusieurs auteurs, la gratitude améliorerait le bien-être et la satisfaction des aînés envers la vie (Ho, Yeung et Kwok, 2014; Killen et Macaskill, 2015).

La compassion envers soi et la gratitude peuvent être enseignées aux aînés et les aider à s'adapter aux adversités liées à l'âge (ex. retraite, deuil, perte d'autonomie; Allen et al., 2012; Killen et Macaskill, 2015). Le courant de la psychologie positive est d'ailleurs de plus en plus utilisé pour réduire les effets de l'âge sur la santé physique et mentale et pour permettre aux aînés de vivre une vie remplie, signifiante et dynamique (Pandey et Garg, 2018). Les attitudes positives véhiculées par ce courant seraient

aussi associées à la longévité (Danner, Snowdon et Friesen, 2001). À notre connaissance, aucune étude n'a porté sur l'influence du *Lifestyle Redesign* sur la compassion envers soi et la gratitude. L'objectif de la présente étude était donc de décrire l'influence du programme Remodeler sa vie (version canadienne francophone du *Lifestyle Redesign*) sur l'équilibre de vie, l'engagement dans des activités significatives, la compassion envers soi et la gratitude d'aînés franco-canadiens.

## Méthodologie

### Devis méthodologique

Cette étude constitue un volet complémentaire de l'étude de Levasseur et al. (2019) explorant l'influence du programme sur la santé, la participation sociale, les loisirs et la mobilité. Tout comme pour ce volet, la présente étude pilote est soutenue par un dispositif mixte incluant une approche préexpérimentale (prétest [T<sub>0</sub>], post-test [T<sub>1</sub>] et deux suivis post-interventions [T<sub>2</sub> and T<sub>3</sub>]) et qualitative de type recherche clinique (Miller et Crabtree, 2003) qui a permis une triangulation concomitante des données. Approprié en contexte exploratoire, ce devis a permis de réaliser une interprétation globale en accordant une importance égale aux données quantitatives et qualitatives (Creswell et Plano Clark, 2018).

### Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

Selon une stratégie non probabiliste de convenance et anticipant une attrition potentielle de 3 participants, 19 aînés ont été recrutés. Selon Machin et Campbell (2009), un échantillon de 16 participants permet de détecter une différence standardisée de 0,75 ou plus entre deux moyennes selon des tests t bilatéraux appariés avec un niveau de signification de 5% et une puissance de 80%. Cette taille a également permis une exploration en profondeur et une saturation des données. Les critères d'inclusion étaient : (1) être âgé de 65 ans et plus, (2) parler et comprendre le français, (3) présenter des fonctions cognitives normales (résultat  $\geq 17$  à la version téléphonique de l'Échelle du statut mental [ALFI-MMSE]; Roccaforte, Burke, Bayer et Wengel, 1992), (4) vivre dans une maison conventionnelle ou une résidence pour personnes semi-autonomes et (5) avoir un résultat au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF; Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988) inférieur à 15 (groupe sans incapacité) ou supérieur à 15 (groupe avec incapacités). Les participants ont été recrutés à l'aide d'une liste de candidats ayant pris part à des études antérieures à l'hôpital de jour et au centre de jour du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS. La recherche a fait l'objet d'une certification éthique dont le numéro est : 2015-488.

### Questionnaires et guide d'entretien

Quatre questionnaires ont permis de collecter des données sur les variables à l'étude. L'équilibre de vie a été estimé à l'aide

de l'Inventaire de l'équilibre de vie, un instrument retenu pour sa traduction francophone rigoureuse (Larivière et Levasseur, 2016) et sa mesure de la satisfaction entre le temps passé (dimension objective) et souhaité (dimension subjective) dans 53 activités. Ce questionnaire présente une validité de construit satisfaisante et une bonne cohérence interne (Alpha de Cronbach = 0,97; Matuska, 2012), et ce, malgré un coefficient supérieur à 0,90 pouvant être signe d'énoncés trop similaires dans le questionnaire (DeVellis, 2017).

L'engagement dans les activités significatives a été estimé à l'aide de l'*Engagement in Meaningful Activities Survey* (EMAS). Dans ce questionnaire de 12 items, la personne rapporte si les activités qu'elle réalise lui permettent de prendre soin d'elle ou lui procurent un sentiment de satisfaction ou de contrôle. En plus d'avoir une cohérence interne élevée avec un coefficient Alpha de Cronbach se situant au-dessus du seuil d'acceptabilité de 0,80 (Yergeau et Poirier, 2013) et variant entre 0,84 (Goldberg, Brintnell et Goldberg, 2002) et 0,89 (Eakman, Carlson, et Clark, 2010), l'EMAS présente une bonne validité convergente avec le *Purpose in Life Test* ( $r = 0,57$ ; Eakman et al., 2010) et une fidélité test-retest acceptable ( $r = 0,56$ ; Goldberg et al., 2002).

La compassion envers soi a été estimée grâce au *Self Compassion Scale* (Allen et al., 2012) incluant 12 items sur la tendance à adopter une approche positive, compatissante et indulgente envers soi lors de moments difficiles. Ce questionnaire présente une bonne cohérence interne (Alpha de Cronbach = 0,77 dans la présente étude, et selon une autre étude, Alpha de Cronbach = 0,86; Raes, Pommier, Neff et Van Gucht, 2011) et a été traduit en français.

Le *Gratitude Questionnaire-6* a permis de mesurer la fréquence, l'intensité et la diversité des événements engendrant la gratitude. Ce questionnaire de 6 items présente aussi une bonne cohérence interne (Alpha de Cronbach = 0,82; McCullough et al., 2002). Enfin, des entretiens qualitatifs ont été réalisés à l'aide d'un guide semi-structuré validé par cinq experts en recherche qualitative et prétesté. Ce guide comprenait des questions telles que : « Parlez-moi de votre expérience en lien avec le programme. » et « Parlez-moi, s'il y a lieu, des changements que vous avez réalisés en lien avec ces rencontres. »

### Collecte de données

Tous les participants ont signé un formulaire d'information et de consentement, puis ont été rencontrés individuellement à leur domicile par une agente de recherche ou un étudiant en ergothérapie spécialement formés à l'administration des questionnaires. Une agente de recherche expérimentée a mené les entretiens qualitatifs. Lors du prétest (T<sub>0</sub>), les participants ont rempli, en environ 120 minutes, un questionnaire sociodémographique et huit autres questionnaires, quatre rapportés ici et les autres ailleurs (Levasseur et al., 2019). Après le programme de six mois, les participants ont répondu aux mêmes questionnaires (T<sub>1</sub>) et, environ un mois plus tard, ont participé à un entretien

individuel semi-structuré en personne d'environ 90 minutes. Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande audio numérique, transcrits et vérifiés. Après les premiers entretiens, l'agente de recherche et la chercheuse principale ont discuté et ajusté les questions pour les entretiens ultérieurs. Enfin, trois ( $T_2$ ) et six ( $T_3$ ) mois après la fin du programme, les participants ont de nouveau répondu aux mêmes questionnaires.

## Intervention

Le programme a été animé par une ergothérapeute ayant suivi la formation en ligne (6 heures) de l'*University of Southern California* sur la version originale du *Lifestyle Redesign*. Cette ergothérapeute était supervisée par l'investigatrice principale, une ergothérapeute chercheuse spécialisée en promotion de la santé ayant dirigé la traduction francophone du programme. Dans le respect des modalités du programme original, vingt-sept sessions de groupe ont eu lieu d'août 2015 à mars 2016. Ces sessions ont en partie été mises en œuvre par les participants et elles portaient sur le contenu des 12 modules. Des sorties de groupe ainsi que des rencontres individuelles avec l'ergothérapeute ont aussi eu lieu mensuellement.

## Analyse des données

Les variables sociodémographiques et principales ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives (moyennes et écarts-types; médianes et intervalles semi-interquartiles; fréquences et pourcentages). Le test de Friedman a permis de comparer les résultats des quatre temps de mesures ( $T_0$ ,  $T_1$ ,  $T_2$ ,  $T_3$ ) suivis du test des rangs signés de Wilcoxon pour une comparaison deux à deux. Ces analyses ont été réalisées pour l'ensemble des participants et, de façon exploratoire, pour chacun des groupes. En raison de la nature exploratoire de cette étude, les changements à un ou l'autre des temps de mesure post-intervention ayant une valeur  $p < 0,05$  ont été considérés comme pouvant être attribuables au programme. Les transcriptions des entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique à l'aide d'une grille de codage mixte (Miles, Huberman et Saldaña, 2014). En cohérence avec les variables à l'étude, les thèmes présentés dans cet article sont associés à l'équilibre de vie, à l'engagement dans les activités significatives, à la compassion envers soi et à la gratitude. Afin de valider la conformité, une synthèse des propos individuels a été postée aux participants qui ont ensuite été contactés par téléphone. Les analyses ont été réalisées avec l'aide d'une statisticienne et grâce au logiciel SPSS version 18.0 (SPSS, Chicago, IL) et de NVivo version 10.

## Résultats

Des 19 participants qui ont été évalués à  $T_0$ , 17 ont complété le programme. Une personne n'a pas pu y participer en raison de

problèmes de santé graves et l'autre est décédée. Seize des 17 participants ont été réévalués immédiatement ( $T_1$ ), à trois mois ( $T_2$ ) et à six mois ( $T_3$ ) après le programme d'intervention, soit une attrition correspondant au taux anticipé. Une participante n'a pas pu remplir les questionnaires en raison d'importants problèmes de vision et d'audition. Dix-sept aînés ont participé aux entretiens semi-dirigés. Comparativement à ceux ayant complété l'ensemble des questionnaires, les trois aînés n'ayant pu être évalués étaient plus âgés ( $p < 0,01$ ), avaient une perte d'autonomie plus importante ( $p = 0,01$ ), ainsi qu'une gratitude ( $p = 0,03$ ) et un équilibre de vie ( $p < 0,01$ ) inférieurs.

Les participants étaient âgés de 65 à 90 ans (moyenne  $\pm$  écart type [ $M \pm \text{ÉT}$ ] :  $76,4 \pm 7,6$ ; médiane  $\pm$  intervalle semi-interquartile [ $Md \pm Q$ ] :  $74 \pm 5,8$ ), majoritairement des femmes ( $n = 10$ ; 62,5%), propriétaires ( $n = 5$ ; 31,3%) ou locataires ( $n = 7$ ; 43,8%) et vivaient seuls ( $n = 7$ ; 43,8%; Tableau 1). La moitié avaient moins de 12 années de scolarité ( $n = 8$ ; 50%). La plupart avaient un revenu familial inférieur à 40 000 \$ ( $n = 12$ ; 75%) et évaluaient leur santé comme étant bonne ( $n = 12$ ; 75%; Tableau 1). Les participants ont été répartis en deux groupes d'intervention le plus homogène possible; un comprenant 7 participants avec des incapacités et l'autre comprenant 10 participants sans incapacité. Cinq participants ayant des incapacités vivaient à la résidence où avaient lieu les réunions de groupe. Les aînés ont participé à environ 25 sessions de groupe avec l'ergothérapeute ( $M \pm \text{ÉT}$  :  $24,3 \pm 2,2$ ;  $Md \pm Q$  :  $25 \pm 1,5$ ), ce qui équivaut à plus de 90% de la totalité des 27 séances offertes. Quatre ou cinq des sessions consistaient en des sorties (restaurant, musée de sciences, marché, etc.). Les principaux motifs d'absence aux rencontres de groupe étaient d'être malade, de travailler ou d'avoir un rendez-vous (données non présentées). Cinq à onze rencontres individuelles ont aussi eu lieu avec l'ergothérapeute ( $M \pm \text{ÉT}$  :  $6,1 \pm 0,6$ ;  $Md \pm Q$  :  $6 \pm 0$ ).

## Entretiens qualitatifs

Globalement, les participants ont rapporté une influence positive du programme, parfois neutre, mais pas négative en lien avec leur engagement dans les activités significatives, leur équilibre de vie, leur compassion envers eux et leur gratitude. En servant de modèle pour d'autres, certains participants ont rapporté s'être sentis valorisés, ce qui a amélioré leur vision d'eux-mêmes, et ainsi, leur compassion envers eux-mêmes. Les défis relevés par plusieurs lors d'activités du programme ont également influencé positivement la perception de la valorisation de soi des participants. Aussi, notamment grâce aux contacts avec des pairs, les participants ont rapporté avoir pris conscience qu'ils n'étaient pas seuls à avoir des incapacités ou à rencontrer des défis dans leur quotidien, ce qui leur a permis d'augmenter leur gratitude envers la vie. Cette vision améliorée de soi, combinée aux nouvelles connaissances acquises au sujet de la relation entre les occupations et la santé, a permis d'augmenter le pouvoir d'agir des participants qui se sentaient mieux outillés pour agir sur leur santé. Pour certains aînés, ce pouvoir d'agir accru a également mené à des

Tableau 1  
Caractéristiques des participants (N = 16)

Participants #	Âge (ans)	Autonomie fonctionnelle <sup>a</sup>	Genre <sup>b</sup>	Type de résidence <sup>c</sup>	Statut matrimonial <sup>d</sup>	Revenu <sup>e</sup>	Scolarité <sup>f</sup>	Santé <sup>g</sup>	Conditions de santé <sup>h</sup>	# rencontres de groupe	# rencontres individuelles
P1	72	2	H	2	I	6	5	1	1	27	5
P2	85	4,5	F	1	I	R	5	1	2, 4, 6	22	6
P3	71	6	F	1	I	5	3	1	1, 4	26	6
P4	90	2	F	2	3	5	5	2	1, 3	23	6
P5	80	5,5	H	2	2	5	3	1	6	23	6
P6	73	1	F	1	I	5	4	1	2	23	6
P7	72	9	H	1	2	5	5	2	1, 2	27	6
P8	75	7	F	2	I	3	3	2	2, 3, 4	19	6
P9	68	10,5	F	1	I	2	4	2	2, 4, 5	25	6
P10	65	20	H	2	2	5	4	2	3, 4, 5, 6	22	6
P11	80	28,5	H	2	2	5	3	3	1, 2, 3, 6	25	6
P12	72	16,5	H	2	I	2	5	4	1, 3, 4	26	8
P13	68	39,5	F	3	4	5	3	3	5	24	11
P14	88	38,5	F	3	4	2	3	2	1, 2, 3, 4	26	6
P15	84	44	F	3	4	R	3	2	3, 5, 6	26	6
P16	79	45,5	F	3	4	R	3	3	1, 2, 6	26	7
P17 <sup>i</sup>	97	42,5	F	3	4	R	3	3	1, 2, 3, 6	23	6

<sup>a</sup>Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (/87); <5 : aucune difficulté; 5–19 : légère à modérée; >19 : modérée à sévère.

<sup>b</sup>F = femme et H = homme.

<sup>c</sup>1 = propriétaire, 2 = locataire, 3 = vit dans une résidence.

<sup>d</sup>1 = vit seul, 2 = vit avec un partenaire, 3 = vit avec un membre de la famille, 4 = autre.

<sup>e</sup>1 ≤ 10 000 \$, 2 = 10 001–15 000 \$, 3 = 15 001–20 000 \$, 4 = 20 001–25 000 \$, 5 = 25 001–40 000 \$, 6 > 40 001 \$, R = refuse de répondre ou ne sait pas.

<sup>f</sup>1 = aucune, 2 = 1–6 ans, 3 = 7–11 ans, 4 = 12–14 ans, 5 = 15–16 ans, 6 > 17 ans.

<sup>g</sup>1 = excellent, 2 = bon, 3 = passable, 4 = faible.

<sup>h</sup>Selon l'International Classification of Diseases (ICD-10) : 1 = certaines maladies infectieuses et parasitaires, 2 = néoplasmes, 3 = maladies du sang et des organes qui forment le sang ainsi que certains troubles impliquant le système immunitaire, 4 = maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, 5 = troubles mentaux et comportementaux, 6 = maladies du système nerveux.

<sup>i</sup>Participant qui n'a pas rempli les questionnaires.

modifications de leurs patrons occupationnels (ex. réalisation de davantage d'activités significatives), améliorant ainsi leur qualité de vie. Enfin, la participation aux activités du programme Remodeler sa vie a permis à certains participants d'augmenter leur intérêt pour certaines activités, ce qui a également contribué à l'atteinte d'un meilleur équilibre de vie.

### Équilibre de vie

À la suite du programme, l'équilibre de vie des participants s'est globalement amélioré entre, d'une part, T<sub>0</sub> et T<sub>1</sub> et, d'autre part, T<sub>3</sub> ( $p =$  respectivement 0,04 et 0,01; Tableau 2). L'équilibre de vie s'est aussi amélioré pour les sous-scores *Satisfaction des besoins de base pour la santé et la sécurité* (entre T<sub>1</sub> Md ± Q : 2,6 ± 0,3 et T<sub>3</sub> Md ± Q : 2,8 ± 0,3;  $p = 0,04$ ), *Sentiments d'engagement, de défi et de compétence* (entre T<sub>1</sub> Md ± Q : 2,3 ± 0,4 et T<sub>3</sub> Md ± Q : 2,7 ± 0,5;  $p = 0,03$ ) et *Sens à la vie et identité personnelle positive* (entre, d'une part, T<sub>1</sub> Md ± Q : 2,6 ± 0,4 et T<sub>2</sub> Md ± Q : 2,6 ± 0,4 et, d'autre part, T<sub>3</sub> Md ± Q : 2,6 ± 0,3 [ $p = 0,01$ ]). Spécifiquement pour le groupe sans incapacité, des améliorations significatives ont été obtenues globalement entre T<sub>1</sub> et T<sub>3</sub> ( $p = 0,01$ ; Tableau 2) et pour le sous-score *Sentiments d'engagement, de défi et de compétence* (entre T<sub>1</sub> Md ± Q : 2,5 ± 0,3 et T<sub>3</sub> Md ± Q : 2,8 ± 0,2;  $p = 0,03$ ).

Pour le groupe ayant des incapacités, une diminution est survenue pour l'équilibre de vie global entre T<sub>0</sub> et T<sub>1</sub> ( $p = 0,03$ ; Tableau 2), mais une augmentation a été observée pour le sous-score *Sens à la vie et l'identité personnelle positive* (entre, d'une part, T<sub>1</sub> Md ± Q : 2,0 ± 0,2 et T<sub>2</sub> Md ± Q : 2,5 ± 0,2 et, d'autre part, T<sub>3</sub> Md ± Q : 2,5 ± 0,3 [ $p = 0,04$ ]). Par ailleurs, le programme a permis aux participants d'être plus conscients de la répartition de leurs activités dans le temps, tel qu'expliqué par un participant quant à la lecture : «Ce que je déplore, c'est que je ne sois pas capable de mettre plus de temps que ça [à lire]. C'est pour ça que je suis en train de regarder pour réviser... on va corriger des situations.» (P8). Les participants ont également rapporté la mise en place d'un horaire occupationnel favorisant davantage leur bien-être : «Je passais mon temps juste [sur la télévision], mais, depuis le programme, je commençais à être plus actif.» (P11).

### Engagement dans les activités significatives

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour l'engagement dans les activités significatives, sauf pour une amélioration entre T<sub>0</sub> et T<sub>2</sub> chez le groupe sans incapacité ( $p = 0,02$ ; Tableau 2). À la suite du programme, les participants ont rapporté avoir des projets communs ensemble

Tableau 2  
Comparaison des scores des variables principales avant et après l'intervention

Variable	T <sub>0</sub> Md (Q)	T <sub>1</sub> Md (Q)	T <sub>2</sub> Md (Q)	T <sub>3</sub> Md (Q)	Valeur p
Équilibre de vie (IEV ; /3)					
Tous (n = 16)	2,5 <sup>b</sup> (0,3)	2,5 <sup>c</sup> (0,3)	2,5 (0,3)	2,6 (0,4)	0,03
Groupe sans incapacité (n = 10)	2,7 (0,2)	2,6 <sup>c</sup> (0,2)	2,7 (0,1)	2,9 (0,2)	0,04
Groupe avec incapacités (n = 6)	2,2 <sup>d</sup> (0,2)	2,1 (0,2)	2,2 (0,1)	2,2 (0,3)	0,39
Engagement dans les activités significantes (EMAS ; /48)					
Tous (n = 16)	32,0 (4,3)	34,0 (4,1)	36,5 (3,6)	35,5 (3,3)	0,32
Groupe sans incapacité (n = 10)	33,5 <sup>a</sup> (4,8)	35,5 (2,9)	37,5 (2,6)	38,0 (2,4)	0,02
Groupe avec incapacités (n = 6)	31,0 (4,6)	28,0 (4,1)	30,5 (5,3)	32,0 (4,3)	0,32
Compassion envers soi (SCS ; /5)					
Tous (n = 16)	3,7 (0,5)	3,9 (0,4)	4,1 (0,6)	4,1 (0,5)	0,55
Groupe sans incapacité (n = 10)	3,8 (0,6)	3,9 (0,5)	4,1 (0,5)	4,0 (0,5)	0,66
Groupe avec incapacités (n = 6)	3,7 (0,3)	3,9 (0,4)	4,2 (0,9)	4,3 (0,7)	0,71
Gratitude (GQ-6 ; /42)					
Tous (n = 16)	36,5 (3,0)	37,0 (2,4)	35,0 (3,3)	36,5 (3,8)	0,30
Groupe sans incapacité (n = 10)	36,0 <sup>a</sup> (4,1)	36,5 (3,9)	36,0 (4,8)	36,5 (4,0)	0,20
Groupe avec incapacités (n = 6)	37,5 (2,9)	37,5 (2,5)	33,0 (2,8)	36,0 (2,4)	0,74

Note. Md (Q) = médiane (intervalle semi-interquartile) ; valeur p = test de Friedman ; IEV = Inventaire de l'équilibre de vie ; un résultat plus élevé indique un équilibre entre la quantité de temps allouée et la quantité de temps que l'on voudrait allouer aux activités réalisées ou celles que l'on voudrait réaliser ; EMAS = Engagement in Meaningful Activities Survey (Questionnaire sur l'engagement dans les activités significantes) ; un résultat plus élevé indique que les activités réalisées permettent de prendre soin de soi et procurent un sentiment de satisfaction et de contrôle ; SCS = Self-Compassion Scale (Échelle de la compassion envers soi) ; un résultat plus élevé indique une tendance à adopter une attitude compatissante, positive et indulgente envers soi-même lors de moments difficiles ; GQ-6 = Gratitude Questionnaire ; un résultat plus élevé indique une plus grande fréquence et intensité de la reconnaissance. Différences associées au test des rangs signés de Wilcoxon.

<sup>a</sup>T<sub>0</sub> est significativement différent de T<sub>2</sub>.

<sup>b</sup>T<sub>0</sub> est significativement différent de T<sub>3</sub>.

<sup>c</sup>T<sub>1</sub> est significativement différent de T<sub>3</sub>.

<sup>d</sup>T<sub>0</sub> est significativement différent de T<sub>1</sub>.

pour l'avenir, comme le mentionne un homme sans incapacité : « Au mois de juin, on a l'intention de se réunir pour jouer au scrabble . . . je trouve ça motivant. » (P7). En contribuant au groupe, leur participation leur a également permis de s'impliquer dans une activité ayant un but : « Je préparais mes affaires, j'arrivais toujours avec mes papiers. On se sentait comme utile. » (P13). Enfin, les participants ont été encouragés à relever des défis, ce qui les a valorisés et a amélioré leur image d'eux-mêmes. Par exemple, un participant ayant une vie déjà active grâce à ses cours à l'université et à sa pratique régulière de la marche mentionnait : « J'ai apporté un gâteau fait de légumineuses et j'ai invité les gens [du groupe] à y goûter. C'était quelque chose pour moi. » (P1).

### Compassion envers soi

Aucun changement n'a été observé pour la compassion envers soi (Tableau 2), mais les participants ont rapporté que le programme Remodeler sa vie leur a permis d'avoir une meilleure perception d'eux-mêmes. Cette perception a notamment été influencée par le contact avec d'autres personnes vivant des défis au quotidien « [Le programme m'a permis] de m'accepter tel que j'étais. Ça prend toute sorte de monde pour faire un monde. » (P10). Grâce aux défis qu'ils ont pu relever au cours du programme, les aînés sont également

devenus plus indulgents envers leurs capacités, comme mentionné par une participante vivant seule et devant réaliser elle-même l'entretien de son domicile : « Je me suis aperçue que je n'étais pas pire qu'un autre. » (P8).

### Gratitude

Aucun changement n'a été décelé pour la gratitude, sauf pour une diminution chez le groupe sans incapacité entre T<sub>0</sub> et T<sub>2</sub>, c'est-à-dire lors de l'hiver (p = 0,03 ; Tableau 2). Par ailleurs, notamment en raison du fait que le programme leur a permis d'être en contact avec d'autres aînés vivant aussi des défis, les participants ont rapporté être plus reconnaissants et apprécier davantage ce qu'ils ont au détriment de ce qui leur manque, tel que l'illustre cet extrait : « J'ai pris conscience . . . que je suis bien. Je suis entourée. Je suis une des personnes chanceuses. » (P4). Une autre participante ayant une autonomie fonctionnelle élevée mentionnait : « [J'ai] réalisé que j'étais peut-être chanceuse d'être encore quand même en forme. Il y en a qui le sont moins. » (P6).

### Discussion

Cette étude pilote a permis de décrire l'influence du programme Remodeler sa vie sur l'équilibre de vie,

l'engagement dans les activités significatives, la compassion et la gratitude d'ânés franco-canadiens. Les résultats indiquent une amélioration de l'équilibre de vie de l'ensemble des participants et, chez les ânés sans incapacité, de l'engagement dans les activités significatives.

L'amélioration de l'équilibre de vie des ânés reflète probablement une plus grande participation à une variété d'activités significatives de socialisation et de loisir dans la communauté telles que proposées dans le cadre du programme. La diminution de l'équilibre de vie entre T<sub>0</sub> et T<sub>1</sub> des participants ayant des incapacités pourrait, quant à elle, s'expliquer par leur engagement dans le programme. En effet, cet engagement pourrait avoir créé une certaine discontinuité et exigé une modification de leurs patrons occupationnels habituels (ex. augmentation importante du nombre d'activités dans un court délai). De plus, il semble que la vie d'ânés ayant des incapacités physiques serait moins équilibrée que celle de leur homologues sans incapacité (Levasseur et Larivière, 2015).

Puisque l'engagement dans les activités significatives a été démontré comme étant associé à la santé en favorisant un mode de vie sain et porteur de sens (Clark et al., 1997), cette résultante est au cœur du programme Remodeler sa vie et elle a augmenté à la suite de celui-ci chez les ânés sans incapacité. D'autres participants à des versions adaptées ont rapporté une augmentation de leur fréquence de socialisation et de leur participation communautaire (Matuska et al., 2003) ainsi qu'un bien-être accru lié à l'augmentation de leur engagement (Mountain et al., 2008). Plus spécifiquement, l'absence de changement quant à l'engagement dans les activités significatives des participants ayant des incapacités pourrait s'expliquer par l'influence des conditions hivernales sur la mobilité; un phénomène rapporté par d'autres recherches (Levasseur et al., 2019; Ripat et Colatruglio, 2016). En effet, en raison de la neige et de la glace qui rendent les déplacements plus difficiles en hiver, les opportunités de participer à des activités significatives pourraient être plus restreintes pour les participants présentant des incapacités comme des difficultés de mobilité.

Comparativement aux gains au niveau du fonctionnement physique et social, des rôles physique et émotionnel, de la vitalité, de la satisfaction envers la vie et de la santé mentale des études de l'équipe originale du *Lifestyle Redesign* (Clark et al., 1997, 2001, 2012), différents facteurs peuvent expliquer le peu d'amélioration obtenue lors de la présente étude. Notamment, afin d'observer des changements, une période de 6 mois représente une durée minimale pour ce type de programme (Raymond et al., 2015). Par ailleurs, les participants de la présente étude étaient des Caucasiens ayant un niveau d'éducation et un revenu élevé et ayant potentiellement été exposés à plusieurs messages de santé publique sur l'importance d'adopter un mode de vie sain, par exemple, grâce au programme 0.5.30 axé sur le non-tabagisme, la saine alimentation et la pratique régulière d'activité physique (CIUSSS de la Capitale-Nationale, 2019), ce qui a possiblement limité les changements.

Dans cette première étude à s'intéresser à l'influence du programme Remodeler sa vie sur la compassion envers soi et la gratitude, les participants ont rapporté se sentir plus reconnaissants envers la vie et avoir une meilleure perception d'eux-mêmes. Cette vision renouvelée de leur identité est susceptible de favoriser leur cheminement vers une plus grande compassion. De plus, puisqu'elle est survenue dans l'action et au contact de l'autre, cette transformation rappelle l'importance de créer des opportunités d'occupations significatives afin de rehausser l'identité et l'appropriation du pouvoir d'agir des ânés. Par ailleurs, l'absence de changement significatif de la gratitude et de la compassion envers soi pour les participants ayant des incapacités et la diminution de la gratitude chez ceux sans incapacité pourraient s'expliquer par le fait que le programme Remodeler sa vie ne vise pas spécifiquement ces résultantes. Bien que le module sur la gestion du stress mette de l'avant des éléments essentiels pour développer une expérience de vie positive (ex. affirmer ses forces, apprécier les moments agréables; Clark et al., sous presse), sa portée demeure limitée. De plus, à la lumière des résultats obtenus par Gilbert et ses collaborateurs (2006) à la suite d'un programme de 12 semaines, un tel changement nécessiterait une intervention plus longue et davantage axée sur la compassion (Allen et Leary, 2010). D'une perspective préventive, les émotions positives comme la compassion peuvent préparer les ânés, incluant ceux sans incapacité, à composer avec d'éventuels changements au niveau de leur santé ou de leurs circonstances de vie (Allen et al., 2012). Enfin, puisque la compassion et la gratitude sont associées à la santé (Pandey et Garg, 2018) et à la longévité (Danner et al., 2007), il serait intéressant de les intégrer davantage au contenu du programme Remodeler sa vie.

### Forces et limites

Cette expérimentation représente une première étude pilote sur le programme Remodeler sa vie réalisée auprès d'ânés franco-canadiens. En plus de mesurer des variables directement en lien avec le programme et les sciences de l'occupation (engagement dans les activités significatives et équilibre de vie), cette étude inclut des déterminants de santé novateurs et peu étudiés en ergothérapie (compassion et gratitude). Grâce au volet qualitatif, il a été possible de mettre en lumière l'influence du programme sur des variables qui pourraient être plus difficilement mesurables à l'aide de questionnaires. La théorie et les études doivent cependant se poursuivre afin de mieux comprendre les liens entre les concepts issus de la psychologie positive et ceux des sciences de l'occupation. Par ailleurs, la participation d'ânés avec et sans incapacités a permis une compréhension plus nuancée de l'influence du programme, surtout sachant que certaines variables sont associées au statut fonctionnel de la personne (ex. équilibre de vie). Parmi les limites, la petite taille de l'échantillon a réduit les probabilités de détecter une différence standardisée de 0,75 ou plus entre deux moyennes. L'absence de groupe témoin a quant à elle

limité l'étude des changements dans le temps. Enfin, cette étude est sujette au biais de désirabilité sociale, malgré les mesures prises par les évaluateurs pour en limiter les effets.

## Conclusion

À la suite de la version canadienne francophone du *Lifestyle Redesign*, un programme d'ergothérapie préventif prometteur, les participants ont rapporté une amélioration de leur équilibre de vie, de leur engagement dans les activités significatives, de leur compassion envers eux-mêmes et de leur gratitude. Le programme Remodeler sa vie leur a permis de relever des défis et de servir d'exemple pour d'autres participants. Ce programme a également permis aux participants de se sentir valorisés, ce qui a amélioré leur perception d'eux-mêmes et leur reconnaissance envers la vie. Par ailleurs, les connaissances acquises dans le cadre du programme Remodeler sa vie sur la relation entre la santé et les occupations ont suscité une modification de leurs patrons occupationnels en intégrant davantage d'activités significatives.

À la lumière des résultats de cette première étude pilote, il est essentiel de poursuivre les recherches pour documenter la rentabilité et les effets du programme Remodeler sa vie sur la santé et le bien-être d'ânés franco-canadiens. En ce sens, et en s'appuyant sur les présents résultats, il importe de réaliser un essai clinique pragmatique à répartition aléatoire pour évaluer ces effets. Également, afin de répondre à un plus grand nombre de besoins (ex. gestion du poids, de la douleur chronique, prévention de plaies de pression ou du diabète), d'autres traductions et adaptations du *Lifestyle Redesign* telles que développées par l'équipe originale doivent être réalisées.

## Messages clés

- À la suite du programme Remodeler sa vie, les ânés ont augmenté leur équilibre de vie et, chez ceux sans incapacité, leur engagement dans les activités significatives.
- En relevant des défis, en servant d'exemple et en reconnaissant l'influence des occupations sur la santé, les participants rapportaient se sentir valorisés, avoir une meilleure perception d'eux-mêmes et reconnaître davantage leurs acquis.
- Le programme leur aurait aussi permis de développer des patrons occupationnels plus significatifs.

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Maryke Beaudry, Sarah Blain, Jeanine Blanchard, Hélène Carbonneau, Mike Carlson, Mélanie Cauchon, Nathalie Champoux, Florence Clark, Yves Couturier, Hélène Corriveau, Johanne Filiatrault, Marie-France Gauthier, Nadine Larrière, Ginette Mercier, Manon Parisien, Véronique Provencher, Sonia Routhier, Stacey Schepens Niemiec, Fuschia Sirois, France-Hélène Therrien, ainsi que tous les ânés qui ont participé à l'étude.

## Authors' Note

Les participants ont été recrutés à l'aide d'une liste de candidats ayant pris part à des études antérieures à l'Hôpital de jour et au Centre de jour du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie-CHUS (CIUSSS de l'Estrie-CHUS). Le Comité d'éthique sur la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a approuvé l'étude (2015-488).

## ORCID iD

Marie-Hélène Lévesque  <https://orcid.org/0000-0001-9055-4389>  
Mélanie Levasseur  <https://orcid.org/0000-0002-5914-0708>

## Références

- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., et Leary, M. R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity, 11*(4), 428–453. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2011.595082>
- Allen, A. B., et Leary, M. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(2), 107–118. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00246.x>
- Bejerholm, U., et Eklund, M. (2006). Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International, 13*(2), 100–121. <http://dx.doi.org/10.1002/oti.210>
- Clark, C. C., et Krupa, T. (2002). Reflections on empowerment in community mental health: Giving shape to an elusive idea. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(4), 341–349. <http://dx.doi.org/10.1037/h0095003>
- Clark, F., Azen, S.P., Carlson, M., Mandel, D., LaBree, L., Hay, J., . . . Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(1), P60–P63. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/56.1.P60>
- Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., . . . Hessel, C. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *JAMA, 278*(16), 1321–1326. Téléchargé au <https://jamanetwork.com/journals/jama>
- Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.-P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M., . . . Granger, D. A. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: Results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(9), 782–790. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.099754>
- Clark, F., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Florindez, L., Gleason, S. . . . Vigen, C. (sous presse). *Remodeler sa vie* (traduit par M. Levasseur, M.-H. Lévesque, M. Beaudry, F.-H. Therrien, N. Larrière, J. Filiatrault, M. Parisien, V. Provencher, M. Cauchon, H. Corriveau, N. Champoux, G. Mercier, H. Carbonneau & Y. Couturier). QC, Canada: CAOT Publications ACE.
- Creswell, J. W., et Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., et Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 804. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.80.5.804>
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications*. Los Angeles, CA: Sage.
- Eakman, A. M., Carlson, M. E., et Clark, F. A. (2010). Factor structure, reliability, and convergent validity of the Engagement in Meaningful Activities Survey for older adults. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30(3), 111–121. <http://dx.doi.org/10.3928/15394492-20090518-01>
- Fisher, G. S., et Hotchkiss, A. (2008). A model of occupational empowerment for marginalized populations in community environments. *Occupational Therapy in Health Care*, 22(1), 55–71. [http://dx.doi.org/10.1300/J003v22n01\\_05](http://dx.doi.org/10.1300/J003v22n01_05)
- Gilbert, P., et Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.507>
- Goldberg, B., Brintnell, E. S., et Goldberg, J. (2002). The relationship between engagement in meaningful activities and quality of life in persons disabled by mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17–44. [http://dx.doi.org/10.1300/J004v18n02\\_03](http://dx.doi.org/10.1300/J004v18n02_03)
- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., . . . Azen, S. P. (2002). Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1381–1388. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50359.x>
- Hébert, R., Carrier, R., et Bilodeau, A. (1988). The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): Description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. *Age and Ageing*, 17(5), 293–302. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/17.5.293>
- Ho, H. C., Yeung, D. Y., et Kwok, S. Y. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. *Journal of Positive Psychology*, 9(3), 187–197. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.888577>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., et Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Horowitz, B. P., et Chang, P. J. (2004). Promoting well-being and engagement in life through occupational therapy life redesign: A pilot study within adult day programs. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 20(1), 46–58. Téléchargé au <http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/pages/default.aspx>
- Ikiugu, M. N., et Pollard, N. (2015). *Meaningful living across the lifespan: Occupation-based intervention strategies for occupational therapists and scientists*. Londre: Whiting et Birch Ltd.
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., et Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study occupational therapy program. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326–336. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.52.5.326>
- Jackson, J., Kennedy, B. L., Mandel, D., Carlson, M., Cherry, B. J., Fanchiang, S. P., . . . Clark, F. (2000). Derivation and pilot assessment of a health promotion program for Mandarin-speaking Chinese older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(2), 127–149. Téléchargé au <http://journal.sagepub.com/home/ahd>
- Johansson, A., et Bjorklund, A. (2016). The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on older persons' health, well-being, and occupational adaptation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), 207–219. <http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2015.1093544>
- Killen, A., et Macaskill, A. (2015). Using a gratitude intervention to enhance well-being in older adults. *Journal of Happiness Studies*, 16(4), 947–964. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-014-9542-3>
- Larivière, N., et Levasseur, M. (2016). Traduction et validation du questionnaire ergothérapeutique l'Inventaire de l'équilibre de vie [Translation and validation of the Life Balance Inventory: An occupational therapy questionnaire]. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 103–114. <http://dx.doi.org/10.1177/0008417416632260>
- Levasseur, M., Filiatrault, J., Larivière, N., Trépanier, J., Lévesque, M.-H., Beaudry, M., . . . Champoux, N. (2019). Influence of Lifestyle Redesign® on health, social participation, leisure, and mobility of older French-Canadians. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 7305205030p1–7305205030p18. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2019.031732>
- Levasseur, M., et Lariviere, N. (2015). Does life balance of adults and seniors with and without physical disabilities differ? *American Journal of Occupational Therapy*, 69(Suppl. 1), 6911505029p6911505021–6911505029p6911505021. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2015.69S1-PO2102>
- Lévesque, M.-H., Trépanier, J., Sirois, M.-J., et Levasseur, M. (2019). Effets du Lifestyle Redesign chez les aînés: Une recension systématique [Effects of Lifestyle Redesign on older adults: A systematic review]. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 86(1), 48–60. <http://dx.doi.org/10.1177/0008417419830429>
- Machin, D., et Campbell, M. J. (2009). *Sample size tables for clinical studies*. Oxford, UK: Blackwell.
- Matuska, K. (2012). Description and development of the Life Balance Inventory. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 32(1), 220–228. <http://dx.doi.org/10.3928/15394492-20110610-01>
- Matuska, K., et Christiansen, C. H. (2008). A proposed model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 9–19. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2008.9686602>
- Matuska, K., Giles-Heinz, A., Flinn, N., Neighbor, M., et Bass-Haugen, J. (2003). Outcomes of a pilot occupational therapy wellness program for older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 220–224. Téléchargé au <https://ajot.aota.org/>
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., et Tsang, J.-A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112>
- Mee, J., Sumsion, T., et Craik, C. (2004). Mental health clients confirm the value of occupation in building competence and self-identity. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(5), 225–233. <http://dx.doi.org/10.1177/030802260406700506>

- Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Franco-phonie de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 13–28. <http://dx.doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Molineux, M. (2004). *Occupation for occupational therapists*. Malden, MA: Blackwell.
- Mountain, G., Mozley, C., Craig, C., et Ball, L. (2008). Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the Lifestyle Matters programme. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(10), 406–413. <http://dx.doi.org/10.1177/03082260807101002>
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <http://dx.doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D., Rude, S. S., et Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Nilsson, I., Bernspång, B., Fisher, A.G., Gustafson, Y., et Löfgren, B. (2007). Occupational engagement and life satisfaction in the oldest-old: The Umeå 85+ Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(4), 131–139. <http://dx.doi.org/10.1177/153944920702700403>
- Pandey, J. M., et Garg, S. (2018). Positive psychology and aging. Dans B. V. Prasad et S. Akbar (dir.), *Handbook of research on geriatric health, treatment, and care* (pp. 1–16). Hershey, PA: IGI Global.
- Persson, D., Eklund, M., et Isacson, Å. (1999). The experience of everyday occupations and its relation to sense of coherence : A methodological study. *Journal of Occupational Science*, 6(1), 13–26. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.1999.9686447>
- Petrocchi, N., et Couyoumdjian, A. (2016). The impact of gratitude on depression and anxiety: The mediating role of criticizing, attacking, and reassuring the self. *Self and Identity*, 15(2), 191–205. <http://dx.doi.org/10.1080/15298868.2015.1095794>
- Phillips, W., et Ferguson, S. (2013). Self-compassion: A resource for positive aging. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 529–539. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbs091>
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., et Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of The Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250–255. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.702>
- Raymond, É., Sévigny, A., Tourigny, A., Bonin, L., Guilbert-Couture, A., et Diallo, L. (2015). *Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés: Fiches synthèses et outil d'accompagnement*. Québec: Institut national de santé publique du Québec. Téléchargé au <https://www.inspq.qc.ca/publications/2017>
- Ripart, J., et Colatruglio, A. (2016). Exploring winter community participation among wheelchair users: an online focus group. *Occupational Therapy in Health Care*, 30(1), 95–106.
- Roccaforte, W. H., Burke, W. J., Bayer, B. L., et Wengel, S. P. (1992). Validation of a telephone version of the Mini-Mental State Examination. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(7), 697–702. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1992.tb01962.x>
- Sansone, R. A., et Sansone, L. A. (2010). Gratitude and well being: The benefits of appreciation. *Psychiatry*, 7(11), 18. Téléchargé au <http://www.journals4free.com/link.jsp?l=4259884>
- Stav, W.B., Hallenen, T., Lane, J., et Arbesman, M. (2012). Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community-dwelling older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 301–310. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2012.003707>
- Tatzer, V., Van Nes, F., et Jonsson, H. (2012). Understanding the role of occupation in ageing: Four life stories of older Viennese women. *Journal of Occupational Science*, 19(2), 138–149. <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2011.610774>
- Taylor, R. R., et Kielhofner, G. (2017). *Kielhofner's model of human occupation theory and application* (5e éd.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Townsend, E., et Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Ware, J. E., Jr., et Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. Téléchargé au <https://www.jstor.org/stable/i290512>
- Wood, A. M., Maltby, J., Gillett, R., Linley, P. A., et Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 854–871. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2007.11.003>
- Yergeau, E., et Poirier, M. (2013). SPSS à l'UdeS. Téléchargé au <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/stat-inferentielles/correlation.php>

## Biographie des auteurs

**Marie-Hélène Lévesque**, M. Erg., M. Sc. est étudiante au doctorat en sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke et au Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, QC, Canada.

**Jordane Trépanier**, erg., M., erg. est étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada.

**Marie-Ève Tardif**, erg., M. erg., est ergothérapeute à la Direction du programme de santé mentale et dépendance du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

**Kevin Lalanne**, erg. M. erg., est ergothérapeute au programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

**Mélanie Boudriau**, erg., M. erg., est ergothérapeute à la Direction des services intégrés de première ligne du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

**Sarah Ainsley**, erg., M. erg., est ergothérapeute au programme Déficience intellectuelle - trouble du spectre de l'autisme et déficience physique en première ligne du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches.

**Charles Boislard**, erg., M. erg. est ergothérapeute à la Direction des programmes déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique du CISSS des Laurentides.

**Mélanie Levasseur**, erg., Ph. D., est professeure titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke ainsi que Directrice scientifique et chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, QC, Canada. Elle est également chercheure associée à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux et au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (Cirris).