

# Synthèse des données probantes

## Résultats et instruments utilisés dans les interventions de prescription sociale : une métarevue modifiée

**Maureen C. Ashe, Ph. D. (1,2); Isis Kelly dos Santos, Ph. D. (3); Hadil Alfares, B. Sc. (1,2); Anna M. Chudyk, Ph. D. (4); Elham Esfandiari, Ph. D. (1,2)**

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

### Résumé

**Introduction.** Les travaux dont on dispose sur la prescription sociale montrent une grande variété, au sein des études publiées, dans les types de résultats et leur nombre. Nous avons entrepris de décrire les grands thèmes et les instruments associés aux résultats de la prescription sociale, dans l'objectif de renforcer la capacité de recherche et d'évaluation des programmes.

**Méthodologie.** Cette étude est une métarevue modifiée, réalisée selon des lignes directrices normalisées. Nous avons enregistré l'étude et effectué des recherches dans plusieurs bases de données (toutes langues et années confondues). Les publications incluses devaient avoir été évaluées par les pairs et devaient rendre compte des résultats d'une intervention auprès d'adultes de 18 ans et plus qualifiée de prescription sociale dans la publication elle-même. La période de recherche s'étend jusqu'au 9 juillet 2023. Nous avons sélectionné, dans les revues systématiques retenues, les études primaires qui répondraient à ces mêmes critères d'inclusion. En ce qui concerne les études primaires, nous avons trié les résultats et les instruments extraits en fonction de six grands thèmes provenant d'une taxonomie publiée. Nous avons trouvé l'information relative à la description et aux propriétés de mesure des instruments et mené deux rondes d'évaluation concernant 1) la qualité des revues systématiques et 2) la présentation de données en lien avec les instruments dans les études primaires. Nous avons fait une synthèse narrative des revues, des études primaires et des résultats (PROSPERO 2023 CRD42023434061).

**Résultats.** Dix revues systématiques et 33 études primaires ont répondu aux critères d'inclusion de notre revue. Les résultats couvrent la plupart des grands thèmes de la taxonomie, en particulier les facteurs psychosociaux (comme le bien-être) et, dans une moindre mesure, la cognition, l'activité physique, ainsi que les aidants naturels et les bénévoles. Nous avons constaté que peu d'études fournissaient des données détaillées sur les caractéristiques sociodémographiques des participants ou sur les propriétés de mesure des instruments.

**Conclusion.** Notre synthèse brossé une vue d'ensemble des résultats et des instruments qui sont utilisés dans les interventions de prescription sociale et cerne également les lacunes des connaissances en la matière. Ce travail jette les bases de la prochaine étape de notre démarche : la sélection des résultats associés à la prescription sociale qui comptent le plus pour les parties intéressées, notamment les usagers, les prestataires et les décideurs.

**Mots-clés :** déterminants de la santé, vieillissement en santé, recherche sur les résultats, prescription sociale

[Synthèse des données probantes](#) par Ashe MC et al. dans la Revue PSPMC mise à disposition selon les termes de la [licence internationale Creative Commons Attribution 4.0](#)



### Points saillants

- Nous avons synthétisé et catégorisé les résultats et les instruments issus de 10 revues et de 33 études primaires sur la prescription sociale.
- Nos travaux révèlent la variabilité des types et du nombre de résultats utilisés dans les études publiées.
- Les résultats associés au bien-être et à la santé mentale occupent une place prépondérante dans bon nombre d'études.
- Nous avons constaté une moindre utilisation des résultats concernant la cognition, l'activité physique, les aidants naturels et les bénévoles.
- La déclaration exhaustive des caractéristiques sociodémographiques des participants serait bénéfique dans le domaine.

### Introduction

La prescription sociale est un modèle de soins de santé et de services sociaux qui a vu le jour au Royaume-Uni et qui se répand rapidement ailleurs dans le monde, dont au Canada. La prescription sociale a déjà été bien décrite ailleurs<sup>1,2</sup>. Elle vise essentiellement à répondre aux besoins sociaux non médicaux non satisfaits, en établissant des liens entre une personne et les ressources de sa collectivité. Dans sa

### Rattachement des auteurs :

1. Département de médecine familiale, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
2. Edwin S.H. Leong Centre for Healthy Aging, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Département d'éducation physique, Université fédérale du Rio Grande do Norte, Natal, Brésil
4. Collège de pharmacie, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

Correspondance : Maureen C. Ashe, Department of Family Practice, The University of British Columbia, 3F - 5950 University Blvd., Vancouver (BC) V6T 1Z3; courriel : [maureen.ashe@ubc.ca](mailto:maureen.ashe@ubc.ca)

forme actuelle, la prescription sociale se veut une démarche globale<sup>2</sup> par laquelle des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux ou des organismes communautaires cherchent à cerner les besoins sociaux d'une personne, en collaboration avec celle-ci, et l'aiguillent vers des services non médicaux de liaison communautaire. À l'aide d'une approche axée sur les forces, la personne et l'agent de liaison communautaire (ou « intervenant-pivot ») déterminent ensemble « ce qui compte le plus ». Ensuite, l'agent fait le lien entre la personne et les ressources communautaires correspondant à ses besoins – par exemple un service, des espaces verts ou un réseau – et peut même, dans certains cas, l'y accompagner<sup>2,3</sup>.

La prescription sociale s'inspire d'autres travaux fondés sur des données probantes, par exemple en ce qui concerne les services d'orientation communautaire, les systèmes d'intervenants-pivots<sup>4</sup> et les bienfaits de la participation à des activités, notamment à des activités physiques<sup>5</sup> ou artistiques<sup>6</sup> ou encore à des programmes dans les musées<sup>7</sup>. Cependant, nous avons constaté<sup>8,9</sup>, comme d'autres<sup>10</sup>, que l'efficacité de la prescription sociale n'a pas été établie de façon définitive. L'une des difficultés que pose la synthèse des données probantes tient sans doute au fait qu'il n'y avait pas, antérieurement, de définition acceptée de la prescription sociale. Or on dispose maintenant d'une nouvelle définition, établie conjointement à l'échelle internationale à l'aide d'une méthode Delphi modifiée<sup>3</sup>. Au Canada, la prescription sociale n'en est qu'à ses débuts, mais le contexte lui est favorable, du fait que les cliniciens orientent déjà leurs patients vers des services communautaires et vu l'ampleur du secteur communautaire composé des organismes à but non lucratif, des bénévoles et d'autres personnes qui soutiennent la population. La « nouvelle » définition et les démarches de prescription sociale vont de pair avec l'intégration des secteurs de la santé et des services sociaux et les approches axées sur les forces et sur la personne<sup>2</sup>.

L'établissement d'un ensemble de données probantes à l'égard d'une intervention aussi complexe que la prescription sociale exige la prise en compte de nombreux facteurs. Un thème que nous avons relevé dans nos revues précédentes<sup>8,9</sup>, qui pourrait faire avancer la science et la pratique de la prescription sociale, concerne les résultats mesurés dans les études et les

évaluations de programme. Lorsque les résultats ne sont pas utilisés ou présentés uniformément dans les essais et les programmes, il est difficile d'établir l'efficacité d'une intervention (comme la prescription sociale), de veiller à l'inclusion de résultats importants, significatifs et axés sur la personne et, par la suite, de combiner l'information en vue de la synthèse des données probantes.

Deux études antérieures, fondées sur des méthodes de cartographie, ont visé à déterminer et à catégoriser les résultats en matière de prescription sociale<sup>11,12</sup>. Bien qu'elles fournissent toutes deux des connaissances et des perspectives importantes, nous avons voulu aller plus loin et sélectionner les résultats présentés dans les études sur la prescription sociale pour les comparer à une taxonomie des résultats d'interventions socio-sanitaires publiée récemment par Dodd et ses collaborateurs<sup>13</sup>. Analyser les résultats dont on dispose permet de vérifier si certains grands thèmes ou domaines sont absents de la collecte des données et de fournir un portrait des pratiques actuelles de présentation des résultats.

C'est ainsi que, dans cette métarevue modifiée, nous avons cherché à décrire les résultats, les domaines et les instruments utilisés dans les études antérieures sur la prescription sociale destinée aux adultes et aux aînés. Le National Health Service (NHS) du Royaume-Uni a élaboré un cadre commun en matière de prescription sociale<sup>14</sup> mais, à notre connaissance, il n'existe aucun ensemble de résultats fondamentaux pour la recherche sur la prescription sociale. Nous avons voulu combler cette lacune<sup>15</sup> et offrir une description des résultats mentionnés dans les recherches antérieures sur la prescription sociale afin d'élaborer un ensemble de résultats fondamentaux<sup>16</sup>. Pour résumer, nous avons voulu fournir des lignes directrices pratiques sur le choix des mesures de résultats, dans l'objectif général de renforcer les fondements scientifiques de la prescription sociale.

## Méthodologie

Nous avons effectué une métarevue modifiée conformément aux lignes directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)<sup>17</sup> et aux normes du Joanna Briggs Institute (JBI) pour la réalisation d'une métarevue, à savoir une « revue des revues »<sup>18</sup>. Nous

avons modifié le processus de revue de telle sorte que deux auteures ont examiné indépendamment chaque étude primaire mentionnée dans les revues afin de confirmer si l'étude répondait à nos critères d'inclusion. Deux grandes raisons ont motivé ce changement : 1) les revues systématiques cernées portaient sur une large tranche d'âge et incluaient des publications relevant de la littérature grise, tandis que certaines études primaires ne répondraient pas à nos critères d'inclusion et 2) les mêmes études primaires figuraient dans plusieurs des revues incluses.

Nous avons enregistré le protocole dans le registre prospectif international des revues systématiques (PROSPERO; 2023 CRD42023434061<sup>19</sup>) avant la mise en œuvre de notre stratégie finale de recherche. Nos deux questions de recherche exploratoire étaient les suivantes : 1) quels résultats ont été utilisés dans les travaux de recherche sur la prescription sociale auprès d'adultes de 18 ans et plus vivant dans la collectivité et 2) de quelle façon les instruments mentionnés correspondent-ils aux grands thèmes et aux domaines de la taxonomie des résultats?

### Critères d'admissibilité

Nous avons inclus les revues systématiques et les études primaires évaluées par les pairs, de toutes les langues et toutes les années, qui synthétisaient des données quantitatives au sujet d'interventions qualifiées de prescription sociale auprès d'adultes de 18 ans et plus dans différents contextes (hôpitaux, soins primaires, milieux communautaires, etc.). Nous avons inclus les programmes qui ont été décrits comme une forme de « prescription sociale », tels que les programmes axés sur les arts ou sur les visites de musées (« art sur ordonnance » ou « prescriptions muséales »). Nous avons inclus dans notre synthèse les données probantes se rapportant aux adultes et aux aînés, qui sont les groupes ciblés pour l'élaboration de notre ensemble de résultats fondamentaux. En outre, comme les besoins et les services offerts sont différents chez les jeunes et chez les plus âgés, nous n'avons pas inclus dans notre synthèse les résultats se rapportant aux moins de 18 ans.

Nous avons exclu les publications qui ne fournissaient aucune mesure des résultats. Nous avons décidé de n'inclure que les publications évaluées par les pairs, parce que nous voulions effectuer une comparaison

des résultats présentés dans les études primaires, ces dernières étant potentiellement plus susceptibles de suivre les lignes directrices sur la présentation des résultats de recherche.

Nous avons appliqué les critères suivants, en fonction du cadre PICO (population, intervention, comparateur et résultats [de l'anglais *outcome*]). Population : nous avons privilégié les données probantes évaluées par les pairs qui se rapportaient aux adultes de 18 ans et plus recevant des prescriptions sociales. Intervention : nous avons inclus les revues et les études primaires portant sur des interventions qualifiées de prescription sociale par les auteurs. Comparateur : les études incluses dans les revues pouvaient avoir n'importe quel comparateur ou n'en avoir aucun. Résultats : comme nous cherchions à recenser tous les résultats possibles, nous n'avons imposé aucune limite à cet égard.

### Sources d'information et stratégie de recherche

Nous avons consulté les bases de données énumérées ci-dessous, notre dernière recherche ayant été réalisée le 9 juillet 2023. Une auteure (MCA) a effectué toutes les recherches et a versé les citations (mentions et références) trouvées dans le logiciel de revues systématiques Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, AU). Nous avons également effectué une recherche de l'origine du renvoi aux références ainsi qu'une recherche des références citées (liste des références) à l'égard des publications évaluées par les pairs figurant dans les revues incluses, en fonction des citations téléchargées dans Web of Science ou Google Scholar. Les bases de données et les mots-clés suivants ont été utilisés :

- Ovid MEDLINE® and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions, et Embase. Mots-clés : ("social prescribing" ou "social prescription"). ab,ti. ET "systematic review".ab,ti.
- EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews. Mots-clés : "social prescribing" OU "social prescription" ET "systematic review"
- EBSCO (APA PsycArticles, APA PsycInfo, CINAHL Complete, Social Work Abstracts, SPORTDiscus) social prescribing or social prescription (titre) ET systematic review

- Epistemonikos "social prescribing" OU "social prescription" ET "systematic review", titre et résumé
- Google Scholar "social prescribing" OU "social prescription" ET "systematic review", titre

### Démarche de sélection

Les revues systématiques repérées au moyen des stratégies de recherche ci-dessus ont été analysées indépendamment par deux auteures (IKS, MCA) au niveau 1 (titres et résumés) et au niveau 2 (texte intégral) en fonction des critères d'inclusion décrits ci-dessus. Nous avons analysé également les études primaires citées dans chaque revue incluse et nous avons vérifié s'il s'agissait de publications évaluées par les pairs ou d'études/évaluations non publiées. Nous avons ensuite procédé à une autre analyse des études primaires aux niveaux 1 et 2 afin de déterminer si elles répondent à nos critères d'inclusion.

### Démarche de collecte des données

Nous avons extrait les renseignements suivants pour chaque revue : auteur, année de publication, questions et objectifs de la revue systématique, population, contexte, données sociodémographiques, résumé des constatations et mesures ou instruments de mesure des résultats. Nous avons également comparé les revues pour vérifier si les mêmes études primaires y figuraient, afin de mieux cerner la contribution des données aux résultats. Pour chaque étude primaire évaluée par les pairs, nous avons extrait les renseignements suivants : auteur, année de publication, population, contexte, intervention de prescription sociale, données descriptives et données sur les résultats. À cette étape, l'une des auteures (IKS ou MCA) a extrait les données des études dans Covidence et Excel et deux autres auteures (EE et HA) ont passé en revue et confirmé les résultats extraits. En cas de divergence entre réviseuses, une troisième auteure participant à la revue (AC) a pris la décision finale.

### Démarche de tri

Nous avons extrait les données relatives aux résultats quantitatifs de chaque étude primaire et les avons triés en fonction d'une taxonomie publiée<sup>13</sup>, cette dernière ayant été choisie car elle a été élaborée en vue de la détermination d'ensembles de résultats fondamentaux. La taxonomie

originale comporte cinq grands thèmes : décès, volets physiologique et clinique, répercussions sur la vie, utilisation des ressources et événements indésirables. Ces grands thèmes se subdivisent en 38 catégories ou domaines. Deux auteures (IKS, MCA) ont trié les résultats de façon indépendante, en fonction des grands thèmes et des domaines, conformément aux lignes directrices incluses dans la taxonomie<sup>13</sup>, avec deux modifications : 1) nous avons remplacé le domaine « résultats psychiatriques » par « santé mentale » au sein du thème « volets physiologique et clinique » et 2) nous avons fait du domaine « prestation de soins » un thème à part entière.

L'une des auteures (MCA) a créé le premier tableau à partir des résultats triés à l'étape précédente et toutes les autres auteures (IKS, EE, HA, AC) ont revu ce tableau. Nous avons également analysé et comparé les résultats extraits en utilisant le cadre commun des résultats de la prescription sociale du NHS [NHS Social Prescribing Common Outcomes Framework]<sup>14</sup>. Ce cadre comporte quatre thèmes principaux : les effets sur la personne (contrôle et bien-être, activité physique, gestion des activités de la vie quotidienne, relations), les effets sur les groupes communautaires (confiance, effets de l'accueil des demandes de services, effets de la prescription sociale, modification du nombre de bénévoles, capacité du secteur bénévole et soutien nécessaire), les effets sur le système de santé et de services sociaux (visites de fournisseurs, médicaments, « moral du personnel des groupes de médecine générale et des autres organismes responsables de l'aiguillage » [traduction]<sup>14, p. 30</sup>) et les autres activités de collecte de données (demandes de services, « surveillance de l'égalité»<sup>14, p. 31</sup>, contacts avec les agents de liaison, satisfaction)<sup>14</sup>. Enfin, en ce qui concerne les instruments extraits, nous avons relevé les propriétés de mesure pour une population similaire (adultes vivant dans la collectivité) lorsque c'était possible.

### Évaluation des revues systématiques et des études primaires

Nous avons utilisé l'outil d'évaluation critique du JBI<sup>18</sup> pour analyser les revues systématiques incluses dans notre synthèse. Pour chaque étude primaire, nous avons comparé les résultats présentés à l'un des critères proposés dans l'extension de 2020 des recommandations CONSORT

(Consolidated Standards of Reporting Trials) pour les résultats<sup>20</sup> : « Point 6a.8. Fournir une description des instruments d'étude utilisés pour évaluer le résultat (p. ex. questionnaires, tests de laboratoire) ainsi que la fiabilité, la validité et la sensibilité au changement dans une population similaires à celle de l'échantillon de l'étude » [traduction]<sup>20,p. 2254</sup>. Nous avons analysé chaque étude pour repérer ce terme dans la publication : il pouvait s'agir d'une déclaration selon laquelle un instrument était valide, fiable ou sensible au changement ou bien de la présentation d'une référence ou d'une statistique de mesure. Nous avons également analysé les données sociodémographiques extraites de chaque étude primaire en fonction des critères proposés dans le cadre PROGRESS-Plus<sup>21</sup> : âge, genre/sexe, ethnicité/culture/langue/race, scolarité, profession, lieu de résidence, religion, capital social et statut socio-économique.

### Méthodes de synthèse

Nous avons effectué une synthèse narrative, avec compilation et tri d'une liste de résultats et d'instruments figurant dans les revues et les études primaires.

### Biais potentiels de la revue

Nous avons tenu compte des biais tout au long de notre démarche. Tout d'abord, nous avons tenté d'éviter les biais potentiels en suivant des procédures normalisées, en enregistrant notre protocole et en le mettant à jour. Nous avions prévu la marche à suivre en cas de conflit d'intérêt : si l'une des auteures de notre revue avait participé à la rédaction d'une revue ou d'une étude primaire incluse, une autre auteure, qui n'était pas en conflit d'intérêt, devrait se charger de l'évaluation de la revue.

L'équipe était composée de stagiaires et de chercheuses, et deux des coauteures possédaient une formation clinique. Notre équipe était composée d'adultes d'âges variés, allant du début de l'âge adulte jusqu'à un âge assez avancé. Les membres de l'équipe avaient déjà l'expérience de plusieurs méthodologies de recherche et les auteures qui connaissaient bien les revues systématiques ont encadré les moins expérimentées. Il est à noter qu'aucune des auteures n'avait fait directement l'expérience de la prescription sociale telle qu'elle est définie dans ce travail de recherche.

Nous sommes conscientes du fait qu'en n'incluant que les études évaluées par les pairs, nous avons pu créer un biais de publication. Cette décision visait à pouvoir cerner et évaluer la présentation des mesures de résultats au sein d'études qui suivent habituellement les lignes directrices normalisées pour la présentation des résultats (comme CONSORT 2020 ou d'autres lignes directrices, en fonction des plans d'étude). Toutefois, en écartant la documentation non publiée, nous avons pu passer à côté de certains résultats, en particulier en ce qui a trait à la mise en œuvre de programmes (par exemple les résultats d'une évaluation de processus).

## Résultats

### Sélection des études

Après deux cycles d'analyse aux niveaux 1 et 2, nous avons inclus 10 revues systématiques (figure 1A) et 33 études primaires (figure 1B).

### Caractéristiques des revues systématiques (n = 10)

Six revues systématiques avaient été produites au Royaume-Uni<sup>10,22-26</sup>, tandis que les quatre autres provenaient respectivement du Canada<sup>8</sup>, de l'Allemagne<sup>27</sup>, de l'Irlande<sup>28</sup> et du Portugal<sup>29</sup>. Une synthèse des revues systématiques est présentée dans le tableau 1, avec les objectifs de l'étude et le nombre d'études primaires incluses. Plusieurs revues systématiques n'ont pas rendu compte des données descriptives sur les participants<sup>10,25,26</sup>, sans doute car l'information n'était pas disponible dans un certain nombre d'études primaires correspondantes.

Presque toutes les revues visaient à obtenir un portrait de l'effet général ou de l'incidence de la prescription sociale. Certaines d'entre elles rendaient compte de critères plus précis, comme la prescription sociale dans un espace géographique particulier (Royaume-Uni)<sup>10,23</sup>, ou portaient spécialement sur la solitude<sup>24,26</sup>, la santé mentale<sup>23</sup>, les soins primaires<sup>8,22,29</sup> ou les aînés<sup>8</sup>. Une revue était axée sur les interventions de prescription sociale qui utilisaient une approche de coconception ou de coproduction<sup>25</sup>. La revue effectuée par Vidovic et de ses collaborateurs<sup>26</sup> donne une vue d'ensemble des résultats utilisés relativement à quatre mesures clés de la prescription sociale : la solitude, l'isolement social, le bien-être et le sentiment d'appartenance.

Les revues systématiques mentionnaient invariablement des résultats positifs, mais les données probantes étaient limitées en raison de la petite taille des échantillons et de problèmes d'ordre méthodologique liés aux études primaires (tableau 1). La plupart des revues systématiques faisaient état de la variabilité des mesures de résultats<sup>10,22,23,25,26,28,29</sup>.

### Caractéristiques des études primaires (n = 33)

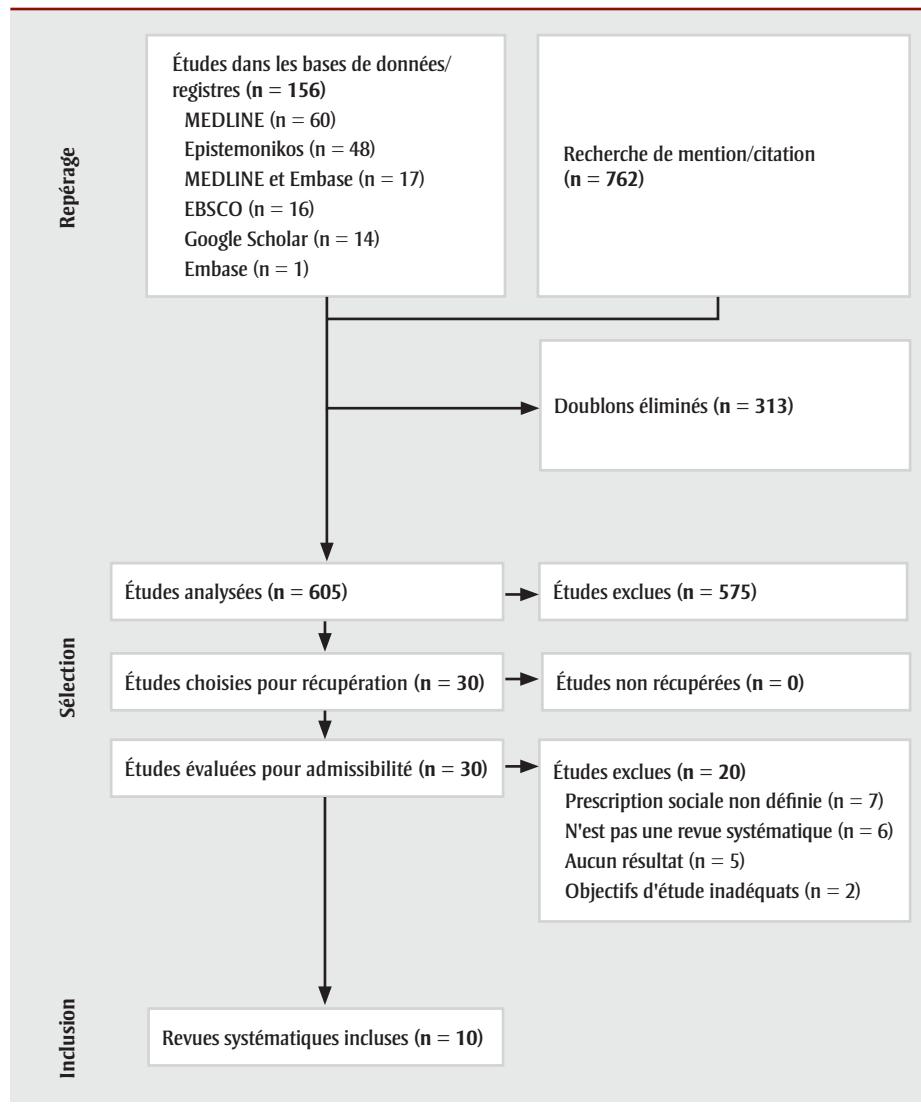
Le tableau 2 fournit un aperçu des 33 études primaires. En tout, 29 études (88 %) ont été menées au Royaume-Uni, 3 études en Australie<sup>30-32</sup> et 1 en Corée du Sud<sup>33</sup>. Les études ont été publiées entre 2008 et 2022, plus spécifiquement 19 d'entre elles (58 %) à partir de 2019, soit avant la publication de la définition de la prescription sociale par Muhl et ses collaborateurs en 2023<sup>3</sup>. Quatre études<sup>34-37</sup> portaient sur « l'art sur ordonnance », un volet qui s'inscrit dans « l'offre générale de prescription sociale des milieux de soins de santé primaires » [traduction]<sup>37, p. 387</sup>. Deux études portaient sur les prescriptions muséales<sup>7,38</sup>. Deux études<sup>39,40</sup> se fondaient sur l'approche de la guérison sociale, selon laquelle « les identités sociales peuvent améliorer la santé/le bien-être par la mise à disposition de ressources psychologiques » [traduction]<sup>40, p. 387</sup>. Nous avons constaté un chevauchement des études incluses dans les 10 revues systématiques : plus de la moitié (19; 58 %) des études primaires figuraient dans plusieurs revues, soit respectivement dans deux<sup>7,30,35,36,40-43</sup>, trois<sup>7,44-47</sup>, quatre<sup>48-50</sup>, cinq<sup>39,51</sup> ou six revues<sup>52</sup>.

### Évaluation des méthodes de revue systématique et de la présentation des instruments

La plupart des revues systématiques étaient conformes aux critères d'évaluation critique du JBI<sup>18</sup>, toutes les revues sauf deux<sup>24,26</sup> ayant obtenu un score de 8 ou plus (sur un total possible de 11 points). La question (de l'outil du JBI) qui a reçu le plus grand nombre de réponses « non » ou « impossible à déterminer » portait sur la présentation de la question de recherche selon le format PICO. La plupart des études primaires n'ont pas fourni de renseignements détaillés sur les propriétés fondamentales de mesure des instruments. La validité est demeurée la propriété la plus souvent mentionnée ou référencée<sup>7,30-34,36,37,41-44,47,48,50,51,53-59</sup>, suivie de la fiabilité<sup>33,36,38,42,43,48,53,54,57</sup> et de la sensibilité au

**FIGURE 1**  
**Diagramme de flux PRISMA pour la métarevue (A) et les études individuelles (B)**

### A. Métarevue



**Suite à la page suivante**

changement<sup>37,42,45,60</sup>. Peu d'études fournissaient des éléments d'information précis du type d'une statistique de mesure (par exemple alpha de Cronbach ou kappa).

### Résultats de la synthèse

#### Catégorisation des résultats

Les instruments extraits fournissaient, dans bon nombre de cas, une mesure des résultats rapportés par les patients (MRRP) et étaient axés sur le bien-être, mais le nombre et les types de résultats utilisés étaient variables. On trouvait également certaines mesures de l'expérience rapportée par les patients (MERP; par exemple la satisfaction). La figure 2 et le tableau 3 fournissent un aperçu des résultats et des éléments d'information issus des études

primaires. Presque tous les grands thèmes de la taxonomie étaient représentés, hormis le décès, mais la plupart des domaines incluaient les instruments dans quelques études seulement (comme le fonctionnement physique ou, plus spécifiquement, l'activité physique), à quelques exceptions près. En fait, plus de la moitié des études primaires ont utilisé au moins l'un de six instruments de mesure du bien-être, mais beaucoup n'ont utilisé que l'un des deux instruments de mesure des résultats suivants : l'échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)<sup>32,34-37,42-45,47,51,53</sup> et la version courte de la WEMWBS<sup>41,54,55,60,61</sup>. De nombreuses études incluaient les capacités cognitives dans leurs critères d'inclusion, mais seulement deux études<sup>56,62</sup> ont mentionné un instrument associé. L'échelle

WEMWBS vise malgré tout à représenter « le bien-être au sens large, y compris [...] les dimensions cognitives et évaluatives » [traduction]<sup>63, p. 2</sup>. Une seule étude a fait état d'événements indésirables (résultats non intentionnels)<sup>56</sup>. Le tableau 4 dresse la liste des instruments relevés dans les études primaires, accompagnés d'une description et de certaines propriétés de mesure.

Comme l'a montré la comparaison des résultats extraits (tableau 3) en fonction du cadre commun des résultats de la prescription sociale du NHS<sup>14</sup>, la plupart des catégories figuraient dans une ou plusieurs des études primaires. Nous avons observé que les aidants naturels, les bénévoles et les groupes de bénévoles étaient mentionnés dans de nombreuses études primaires<sup>32,33,38,41,52,54,56,57,61</sup>. Deux études primaires<sup>54,56</sup> incluaient les aidants naturels dans la collecte de données, mais nous n'avons pas trouvé de mesures précises évaluant l'expérience des bénévoles ni d'information liée aux résultats sociaux ou financiers, malgré leur inclusion dans le cadre du NHS. Il est à noter que seules six études primaires<sup>46,50,52,53,57,58</sup> – toutes publiées avant 2020 – ont fait état de l'activité physique (un autre élément mentionné dans le cadre du NHS). Cependant, le cadre du NHS<sup>14</sup> date de juin 2020 et concerne le système de santé et des services sociaux du Royaume-Uni, ce qui fait que ce ne sont donc pas toutes les études primaires incluses qui ont suivi ce cadre comme ligne directrice, en raison du lieu d'étude (ailleurs qu'au Royaume-Uni) ou de la date de publication, dans la mesure où seules 13 études (39 %) ont été publiées en 2020 ou ultérieurement.

#### Données sociodémographiques

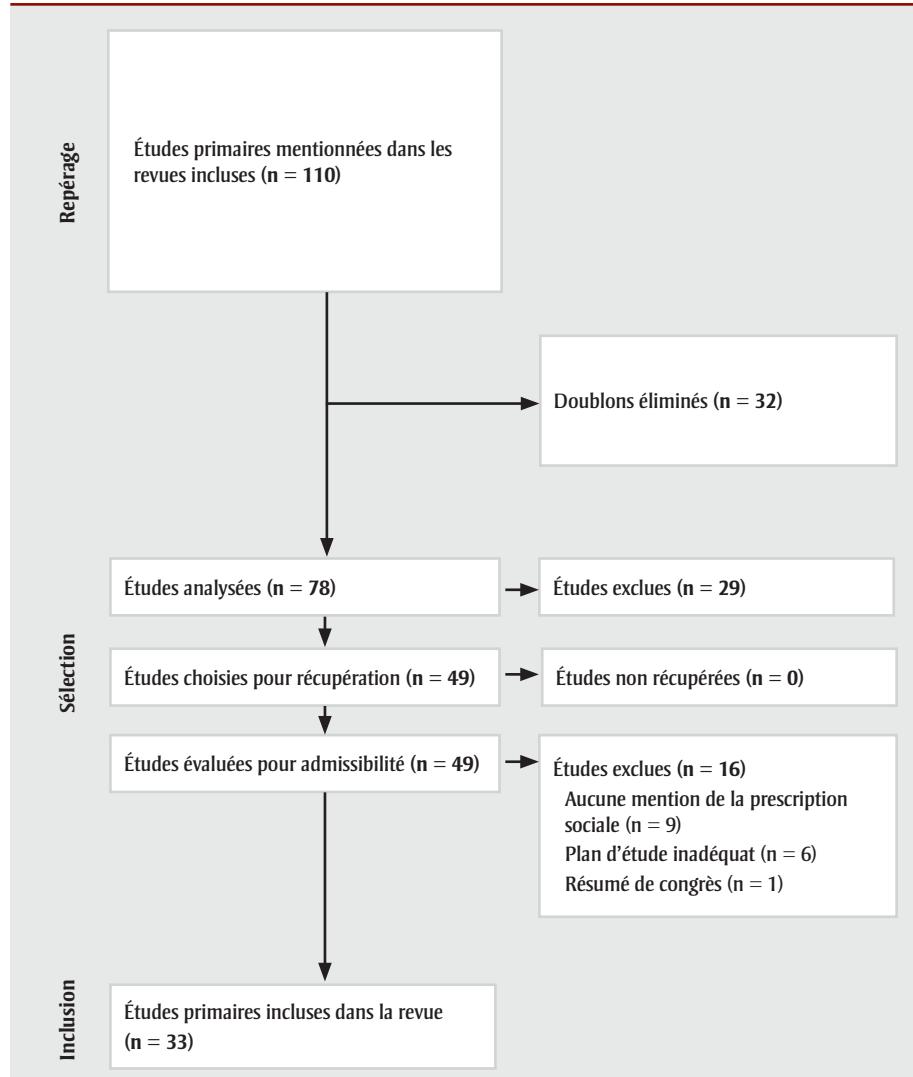
L'information présentée était variable selon les différentes études primaires (n = 33). Toutes sauf deux<sup>59,61</sup> indiquaient l'âge et le sexe ou le genre des participants. Treize ont recueilli de l'information sur l'ethnicité, la culture, la langue ou la race<sup>7,30,39,41-43,47,48,52-54,57,58</sup>; 12 faisaient état de la profession ou du statut vis-à-vis de l'emploi<sup>30,35-37,39,42,46,48,50,52,58,60</sup>; 7 rendaient compte du statut socio-économique (d'après le lieu de résidence)<sup>34-37,50,53,54</sup>; 4 contenaient de l'information sur la scolarité<sup>33,40,52,58</sup> et 4 faisaient mention de l'incapacité<sup>30,51,57,58</sup>.

#### Analyse

Nous présentons une vue d'ensemble des résultats et des instruments utilisés dans

**FIGURE 1 (suite)**  
**Diagramme de flux PRISMA pour la métarevue (A) et les études individuelles (B)**

## B. Études individuelles



**Remarque :** Modèle PRISMA tiré de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guide for reporting systematic reviews. *Int J Surgery.* 2021;88:105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>

les publications évaluées par les pairs concernant la prescription sociale chez les adultes de 18 ans et plus, et nous soulignons la variabilité du type et du nombre d'instruments utilisés dans les études. Nos constatations s'inscrivent dans la foulée de travaux antérieurs<sup>11,12</sup>, qu'elles enrichissent grâce à l'analyse des résultats sélectionnés en fonction d'une taxonomie publiée<sup>13</sup>. Les instruments comprenaient de nombreuses MRRP ainsi que certaines MERP, avec une attention limitée portée à l'activité physique, à la cognition et aux aidants non rémunérés (comme les aidants naturels et les bénévoles) et une seule étude rendait compte des résultats non intentionnels (effets néfastes). Nous avons aussi constaté, comme dans la cartographie

systématique récente<sup>12</sup>, un manque de données concernant l'équité. La plupart des études ne fournissaient qu'une description sommaire des participants, alors que ce type de données sert à orienter les mesures d'équité pendant l'élaboration et la prestation des programmes. En outre, notre synthèse des données probantes rappelle la nécessité d'une présentation plus complète des résultats qui tienne compte des lignes directrices<sup>20</sup> récemment élaborées en la matière. Dans l'ensemble, notre synthèse pourrait orienter les études de recherche et les évaluations de programme à venir. Elle contribuera d'ailleurs à la prochaine phase de notre démarche : la réalisation d'une étude Delphi modifiée qui fera ressortir les résultats importants

pour les personnes qui influencent la prescription sociale et celles sur qui la prescription sociale a une incidence<sup>15</sup>.

### Interprétation générale

Presque tous les grands thèmes et domaines de la taxonomie figuraient dans les études primaires sur la prescription sociale, mais ce sont le bien-être et la santé mentale qui ont retenu la plus grande attention. Il convient de noter l'absence d'études mesurant l'activité physique et quotidienne pour quantifier le changement de comportement chez les participants à la suite d'une prescription. Il est toutefois possible, en raison du choix de nos critères d'inclusion, que nous ayons exclu des études axées sur l'exercice et l'activité physique dont le programme n'était pas formulé comme « prescription sociale ». Certaines études incluses portaient sur d'autres types d'activités (par exemple, arts, musées, liens) qui sont susceptibles de donner lieu à une activité physique indirecte. Cependant, les études n'indiquaient pas d'emblée la nature exacte des activités d'un programme (comme une activité physique indirecte). Si les programmes artistiques ou muséaux ne sont pas présentés comme des activités physiques, ils peuvent néanmoins offrir des occasions de bouger davantage au quotidien.

Nous avons relevé une autre lacune, se rapportant à la mesure de la cognition ou à la collecte d'information sur la cognition. Alors que plus de 20 études primaires mentionnaient des populations de 40 ans et plus, dont 9 études visant des personnes de plus de 60 ans, seules deux études ont mentionné l'utilisation d'un instrument pour évaluer directement l'impact de la prescription sociale sur la cognition<sup>33,56</sup>. La santé mentale (par exemple la dépression, l'anxiété), la santé physique et la cognition sont interrelées. La dépression à un âge avancé peut augmenter le risque de démence<sup>64</sup> ou de fragilité<sup>65</sup>. À l'inverse, la satisfaction à l'égard de la vie peut prévenir la diminution de certaines mesures de la cognition<sup>66</sup>. En 2019, environ 57 millions de personnes (tous âges confondus) étaient atteintes de démence dans le monde<sup>67</sup>, et ce chiffre devrait atteindre 152,8 millions d'ici 2050<sup>67</sup>. Le fonctionnement cognitif et les besoins sociaux non satisfaits peuvent être interrelés, sans doute en raison des répercussions de facteurs environnementaux négatifs, comme l'insécurité alimentaire ou le manque de ressources dans le quartier<sup>68</sup>. De plus, le

**TABLEAU 1**  
**Résumé de l'information relative aux 10 revues systématiques incluses**

Auteur principal Lieu Année	Nombre de sources d'information	Nombre d'études évaluées par les pairs <i>Nombre total et études incluses dans la synthèse des résultats</i>	Ce que la revue systématique visait à déterminer	Constatations
Bickerdike <sup>10</sup> Royaume-Uni 2016	16 rapports 15 études	5 2 <sup>48,59</sup>	« [...] l'efficacité des programmes de prescription sociale dans le contexte du NHS au Royaume-Uni » (p. 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>La plupart des études ont mis en évidence des constatations positives</li> <li>Les études incluses présentaient des limites méthodologiques, dont la présence de facteurs potentiels de confusion</li> <li>« [l']absence d'outils de mesure normalisés et validés » (p. 15)</li> </ul>
Cooper <sup>23</sup> Royaume-Uni 2022	17 rapports 13 études	13 14 <sup>7,34-41,43,45,46,52,57</sup>	« [...] l'efficacité et les principes actifs des interventions de prescription sociale ciblant la santé mentale au Royaume-Uni » (p. 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Résultats positifs dans 12 études sur 13</li> <li>Limites méthodologiques avec taux d'attrition élevés</li> <li>« [...] variabilité substantielle des mesures des résultats » (p. 11)</li> </ul>
Costa <sup>29</sup> Portugal 2021	13 études	13 11 <sup>36,39,43,45-52</sup>	« [R]epérer et résumer les données probantes concernant l'efficacité de la PS auprès de la population adulte desservie par les milieux de soins de santé primaires. » (p. 3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>8 études sur 10 ont fait état de résultats positifs en matière de bien-être physique ou psychologique</li> <li>Les données ne permettent pas d'établir l'efficacité de la PS</li> <li>« D'autres études sont requises si l'on veut mettre en place des outils de mesure des résultats adéquats et normalisés » (p. 14)</li> </ul>
Kiely <sup>28</sup> Irlande 2022	9 rapports 8 études	9 2 <sup>50,52</sup>	« [...] les effets sur la santé et les coûts du personnel de liaison en prescription sociale [...] en milieu communautaire, en particulier pour les personnes touchées par la multimorbidité et la défavorisation sociale » (p. 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>La revue a seulement montré que la prescription sociale pourrait améliorer l'état de santé auto-évalué.</li> <li>« [...] le degré global de certitude des données probantes se rapportant aux résultats examinés, lequel était faible ou très faible pour la plupart des résultats. » (p. 11)</li> <li>« [...] les résultats inclus et la manière dont ils étaient mesurés variaient considérablement [...] » (p. 11)</li> </ul>
Napierala <sup>27</sup> Allemagne 2022	68 rapports 53 études	33 18 <sup>30,31,35,38,39,41,42,44,45,47-52,55,58,60</sup>	« [...] l'efficacité de la PS comme moyen de renforcer le soutien psychosocial selon une perspective internationale » (p. 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les essais non contrôlés ont donné des résultats positifs</li> <li>Des facteurs de confusion et d'autres sources de biais ont pu influencer les données probantes</li> <li>« Les résultats les plus fréquemment étudiés relèvent des domaines de la santé mentale et du bien-être, de la solitude, de la qualité de vie, de la santé générale, de l'auto-efficacité et de l'utilisation des soins de santé. » (p. 8)</li> </ul>
Percival <sup>8</sup> Canada 2022	7 études	7 7 <sup>33,44,49,51,54,56</sup>	« [...] l'effet de la prescription sociale chez les ainés dans le contexte des soins primaires » (p. 2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« La prescription sociale a eu certains effets positifs sur les résultats physiques et psychosociaux (par exemple, la participation sociale, le bien-être) » (p. 1)</li> <li>Limites signalées en lien avec la méthodologie (plan d'étude, petite taille des échantillons, données manquantes)</li> <li>Les mesures de résultats portaient sur les résultats physiques et psychosociaux et l'utilisation des ressources en santé.</li> </ul>
Pescheny <sup>46</sup> Royaume-Uni 2019	16 études	7 4 <sup>48,49,51,52</sup>	« [...] les résultats des programmes de prescription sociale fondés sur les soins primaires et la participation d'intervenants-pivots » (p. 664)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les données existantes ne concordent pas en ce qui concerne l'amélioration de la santé et du bien-être, des comportements liés à la santé, de la perception de soi et du fonctionnement quotidien. » (p. 670)</li> <li>« [...] la qualité de la majorité des études incluses était médiocre [...] avec peu de données sur le nombre de participants et la perte de suivi, une stratégie d'échantillonnage non exhaustive et un manque d'information sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. » (p. 670)</li> <li>« Bien que nous ayons constaté que les études s'intéressent à des résultats similaires, les outils utilisés pour mesurer ces résultats varient d'une étude à l'autre. » (p. 670)</li> </ul>

Suite à la page suivante

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada  
Recherche, politiques et pratiques

**TABLEAU 1 (suite)**  
**Résumé de l'information relative aux 10 revues systématiques incluses**

Auteur principal Lieu Année	Nombre de sources d'information	Nombre d'études évaluées par les pairs <i>Nombre total et études incluses dans la synthèse des résultats</i>	Ce que la revue systématique visait à déterminer	Constatations
Reinhardt <sup>24</sup> Royaume-Uni 2021	9 études	2 <sup>139</sup>	« [...] l'incidence des programmes de prescription sociale (PS) sur la solitude chez les participants et dans la population » (p. 204)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les modèles de prescription sociale conçus pour s'attaquer à la solitude ont été en grande partie jugés utiles par les participants et les fournisseurs de services » (p. 211)</li> <li>• « Il est difficile de tirer des conclusions en raison de la variabilité et de la rareté des données et de l'absence de comparaisons avec des groupes témoins » (p. 211)</li> <li>• « Nous démontrons un écart entre la conception et l'évaluation des interventions de prescription sociale, et nous mettons en lumière l'absence d'évaluation de l'impact sur les services sociaux. Nous constatons également l'absence de consensus quant à l'impact que devrait avoir une approche axée sur la personne comme la prescription sociale. » (p. 12)</li> </ul>
Thomas <sup>25</sup> Royaume-Uni 2021	8 études	8 <sup>161</sup>	« [...] les interventions de PS qui mènent à des améliorations du bien-être par une démarche de coconception et de coproduction avec les collectivités; les obstacles et les éléments qui facilitent l'élaboration d'interventions de PS seront aussi examinés » (p. 3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Dans les études incluses, les résultats relatifs au bien-être comprenaient une augmentation de la confiance, de l'autonomisation et de la capacité d'autogestion des malades, ainsi qu'une réduction de l'isolement social. » (p. 10)</li> <li>• « Toutes les études incluses étaient de faible qualité. » (p. 11)</li> <li>• Données manquantes (p. ex. durée de l'étude et nombre de participants)</li> <li>• « [...] les méthodes de collecte de données étaient différentes dans chaque étude. » (p. 11)</li> </ul>
Vidovic <sup>26</sup> Royaume-Uni 2021	51 études	33 <sup>13<sup>30,32,38-40,42,44,46,47,50-53</sup></sup>	« [...] incidence de la PS sur la solitude, l'isolement social, le bien-être et le sentiment d'appartenance [...] aux niveaux individuel, systémique et communautaire. » (p. 1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « [...] la majorité des études comprises dans ce rapport indiquent un changement à la suite d'une intervention de prescription sociale, mais pas forcément un changement attribuable à l'intervention de prescription sociale. » (p. 14)</li> <li>• « Compte tenu du petit nombre d'études qui établissent la causalité, les conclusions concernant l'incidence de la prescription sociale sont, au mieux, provisoires. » (p. 14)</li> <li>• « [...] variabilité des types de mesures utilisées à l'égard des quatre résultats [...] » (p. 11) « [...] nous recommandons de normaliser la mesure et la collecte des données pour contribuer à la production de données probantes solides, fiables et rigoureuses. » (p. 14)</li> </ul>

**Remarque :** Les citations ont été traduites librement.

**Abréviations :** NHS, National Health Service; PS, prescription sociale.

**TABLEAU 2**  
**Synthèse de l'information relative aux 33 études primaires**

Auteur principal Lieu Année	Caractéristiques des études	Population cible Âge	Effectifs (N)	Description du programme
Aggar <sup>30</sup> Australie 2020	Analyse rétrospective des données avant et après l'intervention	Adultes et aînés 18 à 65 ans	175	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de prescription sociale de 12 semaines avec des agents de liaison</li> <li>Services sociaux; inscription à des activités sociales et thérapeutiques : art et artisanat, yoga et relaxation, hippothérapie, groupes sociaux</li> </ul>
Aggar <sup>31</sup> Australie 2021	Étude exploratoire, longitudinale et quantitative	Adultes et aînés 18 à 65 ans	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 semaines; avec la participation d'un travailleur social en santé mentale</li> <li>Groupe d'art et d'artisanat dirigé par un artiste/instructeur</li> </ul>
Bird <sup>33</sup> Royaume-Uni 2019	Méthodes mixtes	Adultes atteints d'affections de longue durée (diabète de type 2, prédiabète ou hypertension) et inactifs 18 à 70 ans et plus	602	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de 12 semaines impliquant un omnipraticien, le gestionnaire du programme d'activités et des spécialistes de l'exercice qui exécutent le programme</li> <li>Intervention liée à l'activité physique</li> </ul>
Carnes <sup>52</sup> Royaume-Uni 2017	Méthodes mixtes avec un groupe témoin apparié	Clientèle des cabinets de médecine générale qui requiert des consultations fréquentes ou qui est socialement isolée	486	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jusqu'à six séances</li> <li>L'omnipraticien dirigeait la personne vers le coordinateur de la prescription sociale, qui cocréait un plan d'action assorti d'objectifs de bien-être</li> <li>Parfois, des demandes de services communautaires ont été faites</li> <li>Soutien par des bénévoles de la prescription sociale</li> </ul>
Crone <sup>34</sup> Royaume-Uni 2013	Étude d'observation avec suivi longitudinal prospectif	Adultes Âge moyen (écart-type) : 54 (16) ans	157	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme artistique de 10 semaines (poésie, céramique, dessin, mosaïque, peinture)</li> <li>Aiguillage par un omnipraticien ou un autre fournisseur</li> <li>Dans une clinique de médecine générale ou un emplacement communautaire</li> </ul>
Crone <sup>35</sup> Royaume-Uni 2018	Étude d'observation avec suivi longitudinal prospectif	Adultes Âge moyen (écart-type) : 51,2 (15,9) ans	818	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme artistique de 10 semaines (poésie, céramique, dessin, mosaïque, peinture)</li> <li>Aiguillage par un omnipraticien ou un autre fournisseur</li> <li>Dans une clinique de médecine générale ou un emplacement communautaire</li> </ul>
Elston <sup>44</sup> Royaume-Uni 2019	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes et aînés ayant au moins deux affections de longue durée > 50 ans	Avant l'intervention : 1046 Après l'intervention : 82	<ul style="list-style-type: none"> <li>Démarche de 12 semaines axée sur les forces, avec des coordonnateurs (agents de liaison)</li> <li>Omnipraticien ou autres personnes/services à l'origine de la demande de services</li> <li>Accompagnement, défense des intérêts, orientation et accès aux services de santé, sociaux et économiques locaux</li> </ul>
Foster <sup>41</sup> Royaume-Uni 2021	Méthodes mixtes, processus simultané	Personnes souffrant ou risquant de souffrir de solitude Âge moyen (écart-type) : 65,5 (19,3) ans	2250	<ul style="list-style-type: none"> <li>Service de prescription sociale de 12 semaines; recommandations de toutes sources et soutien d'agents de liaison</li> <li>Aide permettant d'accéder aux activités et ressources communautaires</li> </ul>
Giebel <sup>54</sup> Royaume-Uni 2021	Comparaison avant et après l'intervention	Personnes ayant reçu un diagnostic de démence (indépendamment du sous-type et de l'âge) et aidants naturels Âge moyen (écart-type) : 74,0 (8,0) ans	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aiguillage par un psychiatre ou un omnipraticien</li> <li>Collaboration avec l'organisme local (Trust) du NHS, les cliniques, le conseil, le groupe de mise en service clinique, d'autres organisations, les aidants non rémunérés s'occupant des personnes atteintes de démence et les intervenants-pivots spécialisés en démence</li> <li>Cours de 60 minutes offerts de façon permanente dans les centres communautaires</li> <li>Activités variées : exercices à faible impact, promenades dans les environs, tai-chi, techniques de relaxation, pleine conscience, jeux, etc.</li> <li>Évaluation après 3 et 6 mois</li> </ul>

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Synthèse de l'information relative aux 33 études primaires**

Auteur principal Lieu Année	Caractéristiques des études	Population cible Âge	Effectifs (N)	Description du programme
Grayer <sup>48</sup> Royaume-Uni 2008	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes ayant un problème psychosocial Âge moyen (écart-type) : 43,1 (14,6) ans	75	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aiguillage par l'équipe de soins primaires</li> <li>• Des travailleurs diplômés agissant à titre d'intervenants en santé mentale dans un contexte de soins primaires ont rencontré les patients pour cerner leurs besoins et les diriger vers des ressources communautaires</li> <li>• Évaluation après 3 mois</li> </ul>
Holt <sup>42</sup> Royaume-Uni 2020	Multiniveaux, mesures répétées	Adultes atteints d'anxiété et de dépression Âge moyen : 47 ans	66	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ateliers d'art sur ordonnance de 12 semaines</li> <li>• Sous la direction d'un artiste et d'un prestataire de soins de santé</li> </ul>
Howarth <sup>55</sup> Royaume-Uni 2020	Étude de cas	Adultes et aînés Entre 30 et 85 ans La plupart des personnes avaient plus de 60 ans.	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 semaines, prescription sociale axée sur la nature</li> <li>• Aiguillage sur des activités de jardinage</li> <li>• Contexte favorisant la croissance, la réflexion et les rencontres</li> </ul>
Jones <sup>57</sup> Royaume-Uni 2013	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes et aînés répondant à au moins un des critères suivants : problèmes de santé mentale légers, problèmes de santé chroniques, faible niveau d'activité physique, problèmes de santé liés à l'alimentation, faibles revenus ou isolement social Tranche d'âge : 18 à 70 ans et plus	687	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de 10 organismes communautaires (sur 15) offrant des activités variées : loisirs, exercice, cuisine, socialisation, art et artisanat</li> <li>• Activités de groupe réparties en séances de 2 heures par blocs de 10 semaines</li> <li>• Accès direct, organisme de soins de santé ou autre organisme</li> <li>• L'évaluation de référence a eu lieu entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> mois, et le suivi entre le 4<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois</li> </ul>
Jones <sup>56</sup> Royaume-Uni 2020	Comparaison avant et après l'intervention	Participants de 55 ans et plus, leur famille, le personnel, le NHS et l'administration locale Âge moyen (écart-type) : 73,8 (8,9) ans	66	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Precinct, un partenariat avec un conseil de santé et la santé publique</li> <li>• Plan de 16 semaines axé sur des objectifs d'exercice physique, avec la contribution du personnel paramédical ou infirmier</li> <li>• Voie d'aiguillage commune par le biais d'un programme d'exercice ou de réadaptation cardiaque</li> <li>• Activités visant à encourager la participation sociale et l'activité physique</li> </ul>
Kellezi <sup>39</sup> Royaume-Uni 2019	Méthodes mixtes avec enquête longitudinale	Omnipraticiens, personnel soignant, usagers > 29 ans	630	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'une approche de « guérison sociale » (effet de l'appartenance à un groupe sur la vie sociale, la santé et le bien-être)</li> <li>• Patients dirigés par les omnipraticiens; rencontre avec un coach de santé; les agents de liaison mettent en contact les patients avec des groupes sociaux</li> <li>• Évaluations réalisées à 4 mois d'intervalle</li> </ul>
Kim <sup>33</sup> Corée du Sud 2021	Comparaison avant et après l'intervention	Aînés de plus de 65 ans Âge moyen (écart-type) : 82,0 (5,9) ans	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme d'une séance hebdomadaire pendant 10 semaines : musicothérapie, groupe d'entraide et jardinage</li> <li>• Examen par un médecin de santé publique</li> <li>• Deux coordonnateurs de programme ont assisté aux séances</li> </ul>
Kimberlee <sup>58</sup> Royaume-Uni 2016	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes 36 à 40 ans	70	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aiguillage par les omnipraticiens locaux</li> <li>• Définition conjointe des objectifs par la personne et le personnel</li> <li>• Accès à des ressources communautaires</li> <li>• Programme offert sur une base permanente, mais les évaluations ont eu lieu à l'admission et après 3 mois</li> </ul>

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Synthèse de l'information relative aux 33 études primaires**

Auteur principal Lieu Année	Caractéristiques des études	Population cible Âge	Effectifs (N)	Description du programme
Loftus <sup>49</sup> Royaume-Uni 2017	Étude d'amélioration de la qualité	Aînés (65 ans et plus) chez qui une maladie chronique exige des consultations fréquentes en médecine générale ou la prise de plusieurs médicaments Âge moyen (écart-type) : 72,1 (6,8) ans	28	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de 12 semaines</li> <li>Patients dirigés par les omnipraticiens vers un coordonnateur de la prescription sociale</li> <li>Variété d'activités : clubs sociaux, counseling, programmes artistiques, prévention des chutes, cours d'exercices, etc.</li> </ul>
Maughan <sup>59</sup> Royaume-Uni 2016	Étude d'observation	Adultes ayant un trouble mental	55	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objectif d'établir des liens entre les soins primaires et les services communautaires</li> <li>Durée du programme de 6 à 18 mois (jusqu'à 20 rencontres)</li> <li>Exercice de cartographie des actifs pour déterminer les ressources avec sensibilisation à la santé mentale et au changement du mode de vie</li> </ul>
Mercer <sup>50</sup> Royaume-Uni 2019	Essai clinique randomisé par grappes quasi expérimental	Adultes de plus de 18 ans Âge moyen (écart-type) : 49,0 (16,0) ans 56,0 (15,0) ans	214	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le coordinateur/l'agent de liaison communautaire fait le lien entre les milieux de soins (omnipraticiens et personnel infirmier à l'origine de la demande de services) et les organismes communautaires</li> <li>Intervention en fonction des besoins</li> <li>Questionnaire initial et questionnaire de suivi 9 mois plus tard</li> </ul>
Morton <sup>45</sup> Royaume-Uni 2015	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes Âge moyen (écart-type) : 52,0 (11,0) ans	136	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'aiguillage des participants a surtout été fait par les fournisseurs de soins de santé et, dans certains cas, par des organismes de bienfaisance ou d'autres personnes ou organismes</li> <li>Ensemble d'activités gratuites (méditation, art et artisanat, etc.)</li> </ul>
Pescheny <sup>46</sup> Royaume-Uni 2019	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes recevant des soins primaires Âge moyen (écart-type) : 51,2 (15,7) ans	56	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 séances de programmes gratuits généralement organisés par des organismes du secteur bénévole et communautaire</li> <li>Patients dirigés par un omnipraticien vers un intervenant-pivot</li> <li>Services proposés : conseils, activités physiques, jardinage, activités sociales, gestion du stress et activités créatives</li> </ul>
Pescheny <sup>60</sup> Royaume-Uni 2021	Comparaison avant et après l'intervention	Adultes recevant des soins primaires Âge moyen (écart-type) : 50,3 (16,8) ans	68	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 séances de programmes gratuits généralement organisés par des organismes du secteur bénévole et communautaire</li> <li>Patients dirigés par un omnipraticien vers un intervenant-pivot</li> <li>Services proposés : conseils, activités physiques, jardinage, activités sociales, gestion du stress et activités créatives</li> </ul>
Poulos <sup>32</sup> Australie 2019	Comparaison avant et après l'intervention	Aînés (65 ans et plus) Âge moyen (écart-type) : 78,1 (8,0) ans	127	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cours d'art sur ordonnance (6 à 8 participants par cours) une fois par semaine pendant 8 à 10 semaines</li> <li>Aiguillage par un professionnel de la santé</li> <li>Présence d'un préposé en soins communautaires ou d'un bénévole pendant chaque cours pour aider les participants et les artistes</li> <li>Cours offerts : arts visuels, photographie, danse et mouvement, théâtre, chant et musique</li> </ul>
Sumner <sup>36</sup> Royaume-Uni 2020	Étude de cohorte	Adultes Âge moyen (écart-type) : 51,1 (15,9) ans	1297	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention d'art sur ordonnance de 8 à 10 semaines</li> <li>Aiguillage par des omnipraticiens ou d'autres fournisseurs</li> <li>Cours offerts : arts créatifs comme la peinture, la céramique, l'écriture théâtrale et la mosaïque</li> </ul>

Suite à la page suivante

**TABLEAU 2 (suite)**  
**Synthèse de l'information relative aux 33 études primaires**

Auteur principal Lieu Année	Caractéristiques des études	Population cible Âge	Effectifs (N)	Description du programme
Sumner <sup>37</sup> Royaume-Uni 2021	Étude de cohorte	Adultes Âge moyen (écart-type) : 50,5 (15,7) ans	245	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention d'art sur ordonnance de 2 cycles de 8 semaines</li> <li>Aiguillage par des omnipraticiens ou d'autres fournisseurs</li> <li>Cours offerts : arts créatifs comme la peinture, la céramique, l'écriture théâtrale et la mosaïque</li> </ul>
Swift <sup>61</sup> Royaume-Uni 2017	Étude de cas	Patients recevant des soins primaires	> 5000	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de pratiques de bien-être communautaire</li> <li>Aiguillage par des omnipraticiens</li> <li>Intervenants-pivots communautaires et période de contact allant jusqu'à 12 mois</li> <li>Accès à des cours de formation, à des groupes thématiques et de loisirs et à des occasions de bénévolat</li> </ul>
Thomson <sup>7</sup> Royaume-Uni 2018	Mesures répétées	Aînés à risque de solitude et d'isolement social 65 à 94 ans	115	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 séances hebdomadaires de programmes muséaux</li> <li>Aiguillage par des organismes de santé et de services sociaux et des organismes du secteur bénévole et communautaire</li> </ul>
Thomson <sup>38</sup> Royaume-Uni 2020	Méthodes mixtes, devis séquentiel exploratoire	Usagers des services de santé mentale pour adultes 44 à 70 ans Âge moyen : 53 ans	46	<ul style="list-style-type: none"> <li>10 séances hebdomadaires</li> <li>Aiguillage par des partenaires communautaires (personnel infirmier en santé mentale)</li> <li>Activités horticoles extérieures et activités créatives intérieures axées sur la nature</li> <li>Activités animées par un spécialiste de l'horticulture, un professeur d'arts et un bénévole du musée</li> </ul>
van de Venter <sup>43</sup> Royaume-Uni 2015	Méthodes mixtes avec comparaison avant et après l'intervention	Personnes ayant des problèmes de santé mentale légers ou modérés 27 à 73 ans Âge moyen : 43 ans	44	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme d'art sur ordonnance de 20 semaines</li> <li>4 groupes animés par des artistes dans des cabinets de médecine générale ou des centres communautaires</li> <li>Activités incluses : peinture, textiles, musique, photographie et film</li> </ul>
Vogelpoel <sup>51</sup> Royaume-Uni 2014	Méthodes mixtes	Aînés ayant des déficiences sensorielles 61 à 95 ans Âge moyen : plus de 80 ans	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de 12 semaines pour les personnes ayant des déficiences sensorielles</li> <li>Aiguillage par des omnipraticiens</li> <li>Programme d'ateliers d'arts appliqués</li> <li>Animation par un spécialiste en arts visuels et tactiles</li> <li>Options de transport visant à faciliter les déplacements (transport communautaire, taxis, autobus et services de transport)</li> </ul>
Wakefield <sup>40</sup> Royaume-Uni 2022	Étude longitudinale multiméthode	Adultes atteints d'une affection de longue durée ou ayant fait état d'un sentiment d'isolement, de solitude ou d'anxiété 17 à 85 ans Âge moyen (écart-type) : 52,7 (14,8) ans	63	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation d'une approche de « guérison sociale » (effet de l'appartenance à un groupe sur la vie sociale, la santé et le bien-être)</li> <li>Patients dirigés par les omnipraticiens; rencontre avec un coach de santé; les agents de liaison mettent en contact les patients avec des groupes sociaux</li> <li>Évaluation initiale et suivi après 6 à 9 mois</li> </ul>
Woodall <sup>47</sup> Royaume-Uni 2018	Méthodes mixtes	Adultes et aînés 16 à 94 ans Âge moyen (SD) : 53,1 (18,0) ans	342	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de six séances; la plupart des participants l'ont terminé après 16 semaines (moyenne : 10 semaines)</li> <li>Accès direct ou aiguillage par des omnipraticiens ou des fournisseurs de soins de santé, de services sociaux ou d'autres services connexes</li> <li>Les coordonnateurs ont fourni des renseignements sur les groupes et les services locaux</li> </ul>

**Abréviation :** NHS, National Health Service.

**FIGURE 2**  
Aperçu des résultats et des éléments d'information relevés dans les études primaires, répartis selon la taxonomie publiée

Volets physiologique et clinique	Répercussions sur la vie	Prestation de soins	Utilisation des ressources
<b>Résultats généraux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Santé générale</li> <li>Nombre de maladies chroniques et répercussions</li> <li>Douleur</li> </ul>	<b>Fonctionnement physique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fragilité</li> <li>Activité physique</li> </ul>	<b>Adhésion</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adhésion</li> <li>Achèvement</li> </ul>	<b>Aspects économiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Impact environnemental</li> <li>Consultations en médecine générale <ul style="list-style-type: none"> <li>Au domicile</li> <li>En personne</li> <li>Par téléphone</li> </ul> </li> <li>Rendement social de l'investissement</li> </ul>
<b>Santé mentale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anxiété</li> <li>Dépression</li> <li>Détresse</li> <li>Santé mentale générale</li> <li>Humeur</li> </ul>	<b>Fonctionnement social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Appartenance</li> <li>Amitiés</li> <li>Groupes sociaux</li> <li>Participation sociale</li> </ul>	<b>Satisfaction des patients et des soignants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Attentes</li> <li>Avantages perçus</li> <li>Satisfaction</li> </ul>	<b>Hôpital</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultations à l'urgence</li> <li>Hospitalisations</li> </ul>
<b>Métabolisme et nutrition</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Composition corporelle</li> <li>Dépenses énergétiques</li> </ul>	<b>Fonctionnement relatif aux rôles</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Travail</li> </ul>	<b>Processus, mise en œuvre et résultats des services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Facteurs associés à la mise en œuvre</li> <li>Aiguillage</li> </ul>	<b>Besoin d'examens plus poussés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aiguillage dans la collectivité</li> <li>Services de santé et services sociaux</li> <li>Médicaments</li> </ul>
<b>Appareil locomoteur et tissu conjonctif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Force musculaire</li> </ul>	<b>Fonctionnement émotionnel/bien-être</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solitude</li> <li>Auto-efficacité</li> <li>Estime de soi</li> <li>Perception de soi</li> <li>Bien-être</li> </ul>		<b>Fardeau sociétal des aidants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien social</li> </ul>
	<b>Fonctionnement cognitif</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépistage cognitif</li> </ul>		
	<b>Qualité de vie globale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité de vie</li> </ul>		<b>Événements indésirables</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Résultats non intentionnels</li> </ul>
	<b>État de santé perçu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>État de santé</li> <li>Capacités</li> </ul>		
	<b>Situation personnelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Besoins</li> <li>Statut socioéconomique</li> </ul>		

Source de la taxonomie publiée : Dodd S, Clarke M, Becker L, Maverganes C, Fish R, Williamson PR. A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery. J Clin Epidemiol. 2018;96:84-92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.020>

**TABLEAU 3**  
**Résultats extraits des études primaires, classés selon la taxonomie publiée, par grand thème et par domaine, avec l'instrument et l'étude primaire de référence**

Thèmes	Domaines			
	Résultats généraux (n = 4)	Santé mentale (n = 9)	Métabolisme et nutrition (n = 2)	Appareil locomoteur et tissu conjonctif (n = 1)
Aspects physiologiques et cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fardeau de la multimorbidité<sup>50</sup></li> <li>Santé générale<sup>52</sup></li> <li>Nombre/présence de maladies chroniques<sup>33,35,37,52</sup></li> <li>Échelle de la douleur<sup>30</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies (CES-D-7)<sup>57</sup></li> <li>Échelle de dépistage du trouble d'anxiété généralisée à 7 items (GAD-7)<sup>37,58</sup></li> <li>Échelle de dépression gériatrique, version coréenne (GDS-K)<sup>33</sup></li> <li>Questionnaire sur l'état de santé général à 12 items (GHQ-12)<sup>48</sup></li> <li>Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS)<sup>45,50,52</sup></li> <li>Échelle de détresse psychologique de Kessler (K10)<sup>30,31</sup></li> <li>Questionnaire sur la santé des patients, version à 9 items (QSP-9)<sup>58,61</sup></li> <li>Questionnaire sur la santé des patients, version à 8 items (QSP-8)<sup>37</sup></li> <li>Échelle d'évaluation de l'humeur, version courte<sup>42</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMC<sup>53,57</sup></li> <li>Dépenses énergétiques<sup>46</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Force musculaire<sup>53</sup></li> </ul>
Fonctionnement physique (n = 6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fragilité<sup>32</sup></li> <li>General Practitioner Physical Activity Questionnaire (GPPAC)<sup>57</sup></li> <li>Questionnaire international sur l'activité physique (IPAQ)<sup>46,53,58</sup></li> <li>Nombre d'activités créatives, liées au mode de vie ou régulières<sup>32,50,52</sup></li> <li>Participation à des activités sportives<sup>53</sup></li> <li>Échelle de fragilité clinique de Rockwood (RCFS)<sup>44</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sentiment d'appartenance à la communauté<sup>39,40</sup></li> <li>Échelle de l'amitié<sup>58</sup></li> <li>Nombre de groupes sociaux<sup>39,40</sup></li> <li>Échelle de participation sociale<sup>33</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité à travailler<sup>30</sup></li> <li>Emploi rémunéré<sup>31</sup></li> <li>Échelle d'adaptation relative aux activités sociales et au travail<sup>48,50</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Outil de mesure Campaign to End Loneliness<sup>47,56</sup></li> <li>Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM)<sup>48</sup></li> <li>Échelle d'autoefficacité généralisée (GSE)<sup>45</sup></li> <li>Échelle d'autoefficacité généralisée (GSE), version coréenne<sup>33</sup></li> <li>Satisfaction à l'égard de la vie<sup>57</sup></li> <li>Museum Well-being Measure for Older Adults (MWM-OA)<sup>7,38</sup></li> <li>Mesures du bien-être de l'ONS<sup>58</sup></li> <li>Patient Activation Measure (PAM)<sup>44</sup></li> <li>Créativité perçue<sup>32</sup></li> <li>Échelle d'estime de soi de Rosenberg<sup>56</sup></li> <li>Échelle d'estime de soi de Rosenberg, version coréenne<sup>33</sup></li> <li>Auto-efficacité<sup>31</sup></li> <li>South West Well-being Questionnaire<sup>57</sup></li> <li>Échelle d'évaluation de la solitude – UCLA<sup>30,31,33,41</sup></li> <li>Échelle d'évaluation de la solitude – UCLA, version courte (ULS-8)<sup>39,40</sup></li> <li>Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)<sup>32,34-37,42-45,47,51,53</sup></li> <li>Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh, version courte (SWEMWBS)<sup>41,54,55,60,61</sup></li> <li>Well-being Star<sup>44</sup></li> </ul>
Répercussions sur la vie				Suite à la page suivante

TABLEAU 3 (suite)

Résultats extraits des études primaires, classés selon la taxonomie publiée, par grand thème et par domaine, avec l'instrument et l'étude primaire de référence

Thèmes	Domaines			
	Fonctionnement cognitif (n = 2)	Qualité de vie globale (n = 1)	État de santé perçu (n = 4)	Situation personnelle (n = 2)
Répercussions sur la vie (suite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test de dépistage des déficits cognitifs à 6 items (6CIT)<sup>56</sup></li> <li>Mini-examen de l'état mental, version coréenne (K-MMSE)<sup>33</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrument de mesure de la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la santé à 26 items (WHOQOL-BREF)<sup>30,31</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D)<sup>30,31,40,47,50,56,61</sup></li> <li>Indice de santé générale (GHS)<sup>52</sup></li> <li>Investigating Choice Experiments for the Preferences of Older People Capability (ICE-CAP A)<sup>50</sup></li> <li>Measure Yourself Medical Outcome Profile 2 (MYMOP2)<sup>52</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indice de défavorisation multiple (IMD)<sup>34-37,46,50,52,54,60</sup></li> <li>Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P)<sup>30,31</sup></li> </ul>
Prestation de soins	<b>Adhésion/observance (n = 2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Présence<sup>32,36,38,43,46,53,54,56,58</sup></li> <li>Achèvement<sup>34,35,55</sup></li> </ul>	<b>Satisfaction des patients et des soignants (n = 5)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Questionnaire sur la satisfaction des clients<sup>48</sup></li> <li>Attentes<sup>30</sup></li> <li>Avantages perçus<sup>32</sup></li> <li>Satisfaction à l'égard du programme<sup>30,33,35,47,52,57,61</sup></li> <li>Satisfaction à l'égard du soutien social<sup>30</sup></li> </ul>		<b>Processus, mise en œuvre et résultats des services (n = 12)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceptabilité<sup>48</sup></li> <li>Adoption<sup>53</sup></li> <li>Évaluation des liens communautaires<sup>48</sup></li> <li>Mise en œuvre<sup>53</sup></li> <li>Atteinte des objectifs<sup>44</sup></li> <li>Maintien du programme<sup>53</sup></li> <li>Portée<sup>53</sup></li> <li>Source d'aiguillage (provenance de la recommandation)<sup>30,32,34,35,39,41,44,45,52,57</sup></li> <li>Raison de l'aiguillage<sup>34-37,42,43,49,53,55,56,60</sup></li> <li>Type d'aiguillage (initial ou subséquent à un autre aiguillage)<sup>34,35,37</sup></li> <li>Engagement dans le programme<sup>34,35,50,52,57</sup></li> <li>Prise en compte des recommandations<sup>34,35,49,50,56</sup></li> </ul>
Utilisation des ressources	<b>Aspects économiques (n = 6)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Impact environnemental<sup>59</sup></li> <li>Consultations d'omnipraticie ns<sup>39,47-49,52,58,59</sup></li> <li>Visites à domicile d'omnipraticiens<sup>49</sup></li> <li>Appels téléphoniques d'omnipraticiens<sup>39,49</sup></li> <li>Utilisation des soins de santé<sup>30</sup></li> <li>Rendement social de l'investissement<sup>41,56,58</sup></li> </ul>	<b>Hôpital (n = 2)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultations à l'urgence<sup>44,52</sup></li> <li>Hospitalisations<sup>31</sup></li> </ul>	<b>Nécessité d'autres interventions (n = 7)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Services communautaires de physiothérapie, ergothérapie, soins infirmiers<sup>44</sup></li> <li>Aiguillage dans la communauté<sup>44</sup></li> <li>Aiguillage des cas complexes<sup>44</sup></li> <li>Aiguillage par des omnipraticiens<sup>52,59</sup></li> <li>Services de santé et services sociaux<sup>56</sup></li> <li>Ordonnances de médicaments<sup>48,49,52,59</sup></li> <li>Demande de consultation en santé mentale<sup>48</sup></li> </ul>	<b>Fardeau sociétal et des aidants (n = 1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien social<sup>40</sup></li> </ul>
Événements indésirables			<b>Événements indésirables (n = 1)</b>	

Source de la taxonomie publiée : Dodd S, Clarke M, Becker L, Mavergames C, Fish R, Williamson PR. A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery. J Clin Epidemiol. 2018;96:84-92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.020>

Abréviations : IMC, indice de masse corporelle; ONS, Office for National Statistics (Royaume-Uni); UCLA, Université de Californie, Los Angeles.

**TABLEAU 4**  
**Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale**

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
Test de dépistage des déficits cognitifs à 6 items (6CIT) <sup>78</sup>	Outil de dépistage cognitif rapide	« [I]l correspond bien au MMSE [mini-examen de l'état mental] et constitue donc une mesure valide de la déficience cognitive. Le 6CIT est particulièrement utile pour l'identification des formes légères de démence; sa sensibilité n'est que d'environ 80 %, mais reste nettement supérieure à celle du MMSE, qui se situe entre 50 % et 65 % selon le seuil appliquée. » <sup>78, p. 938-939</sup>
Répercussions de la multimorbidité <sup>79</sup>	Mesure du fardeau de la maladie en fonction des maladies chroniques autodéclarées <sup>79</sup>  « [...] les répondants choisissaient parmi une liste de 21 maladies chroniques courantes et pouvaient ajouter des problèmes de santé qui ne figuraient pas dans la liste. Ils évaluaient chaque maladie sur une échelle de cinq points allant de 1 (n'entrave « aucunement » les activités quotidiennes) à 5 (entrave « beaucoup » les activités quotidiennes). Le score total représentant le degré de morbidité était donc la somme des maladies pondérée par le degré d'entrave attribué à chacune d'elles » <sup>79, p. 2-3</sup>	« [L]a validation en fonction des dossiers médicaux a révélé une sensibilité médiane de 75 % (plage de 35 % à 100 %) par rapport à l'examen des dossiers considéré comme “étau de référence”, tandis que la spécificité médiane atteignait 92 % (plage de 61 % à 100 %) [...]. » <sup>79, p. 3</sup>
Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P) <sup>80</sup>	« Instrument destiné à l'évaluation des besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale graves » <sup>80, p. 114</sup>	« Le CANSAS-P s'est révélé comparable à son prédécesseur en ce qui concerne la détection des besoins et supérieur pour l'identification des domaines problématiques sur le plan de la réponse des patients; sa fiabilité test-retest était bonne, en particulier pour les besoins non satisfaits, et les évaluations de la part des patients étaient généralement positives. » <sup>80, p. 113</sup>
Outil de mesure Campaign to End Loneliness <sup>81</sup>	Comprend trois questions formulées d'un point de vue positif au sujet des amitiés et des relations	« Une analyse de fiabilité a révélé une excellente cohérence interne de l'échelle, avec un coefficient alpha de Cronbach = 0,901 » <sup>81, p. 3-82</sup>
Échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies (CES-D-7) <sup>83</sup>	Instrument de 20 items permettant d'évaluer les symptômes de dépression (sommeil, appétit et solitude) ressentis au cours de la semaine écoulée <sup>84</sup>	« La cohérence interne, la fiabilité test-retest et la validité étaient élevées pour tous les groupes de sexe et d'âge [...] » <sup>84, p. 283</sup>
Questionnaire sur la satisfaction des clients <sup>85</sup>	Questionnaire de 8 items sur la satisfaction d'une personne à l'égard du programme ou du service reçu	« Il présente un degré élevé de cohérence interne et est corrélé avec les estimations des thérapeutes concernant la satisfaction des clients. » <sup>85, p. 204</sup>  « Dans cette étude, le coefficient alpha de l'échelle était de 90 lorsque les clients répondaient au questionnaire après leur premier contact avec les services (n = 213) et de 94 lors d'un suivi effectué après 90 jours auprès des mêmes clients (n = 113). En revanche, il a été observé que les relations entre le CSQ et les mesures de résultats n'étaient que modérées ou faibles après un intervalle de suivi très bref ou à court terme. » <sup>85, p. 205</sup>
Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) <sup>86</sup>	Instrument de 34 items portant sur le bien-être subjectif, les symptômes, le fonctionnement et le risque <sup>86</sup>	« La fiabilité interne et la fiabilité test-retest étaient bonnes (0,75 à 0,95), tout comme la validité convergente par rapport à sept autres instruments, avec de grandes différences entre les échantillons cliniques et non cliniques et une bonne sensibilité au changement. » <sup>86, p. 51</sup>
EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D) <sup>87</sup>	Cet instrument comporte deux éléments : 1) les participants doivent évaluer (échelle 1 à 5) cinq domaines de la santé (mobilité, autonomie de la personne, activités courantes, douleurs/gêne et anxiété/dépression) et 2) une échelle visuelle analogique pour l'auto-évaluation de la santé : 0 (pire santé) à 100 (meilleure santé)	« L'EQ-5D-5L est un instrument générique qui fournit une description fiable et valide de l'état de santé dans un grand nombre de populations et de contextes. L'évaluation de la sensibilité au changement, en particulier, doit faire l'objet d'un examen approfondi plus rigoureux. Des plafonds plutôt importants subsistent dans les échantillons de la population générale en raison de la conceptualisation de l'instrument EQ-5D, qui se concentre sur les limitations fonctionnelles et les symptômes et n'inclut pas les aspects positifs de la santé comme l'énergie ou le bien-être » <sup>88, p. 668</sup>

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale**

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
Échelle de dépistage du trouble anxieux généralisé à 7 items (GAD-7) <sup>89</sup>	Échelle d'auto-évaluation de l'anxiété généralisée comprenant 7 items <sup>89</sup>	« La cohérence interne de l'échelle GAD-7 était excellente ( $\alpha$ de Cronbach = 0,92). La fiabilité test-retest était également bonne (corrélation intraclasse = 0,83). » <sup>89, p. 1094</sup> ; « Il y avait une forte association entre l'augmentation des scores de gravité selon l'échelle GAD-7 et l'observation d'une détérioration fonctionnelle sur les 6 échelles SF-20. » <sup>89, p. 1094</sup>
Questionnaire sur l'état de santé général à 12 items (GHQ-12) <sup>90</sup>	Le GHQ-12 à 12 items sert à dépister les problèmes de santé mentale généraux (non psychotiques) chez les usagers des soins primaires <sup>90</sup> .	« L'outil GAD-7 semble être particulièrement utile pour évaluer la gravité des symptômes et suivre leur évolution au fil du temps, bien que sa sensibilité au changement doive encore être évaluée dans le cadre d'études de traitement. » <sup>89, p. 1095</sup> « Fiabilité : L'alpha de Cronbach du GHQ-12 était de 0,76 pour la notation bimodale (0-0-1-1), ce qui indique une cohérence interne satisfaisante ». <sup>91, p. 7</sup> « Les coefficients de validité du GHQ-12 [...] étaient généralement élevés, l'aire moyenne sous les courbes ROC étant de $0 \pm 88$ , avec un intervalle assez étroit [...]. » <sup>90, p. 194</sup>
General Practitioner Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) <sup>92</sup>	Quatre questions sur l'activité physique effectuée par semaine au cours de l'année précédente en lien avec travail, l'exercice et l'exercice vigoureux et le nombre d'escaliers montés	« La répétabilité de l'indice d'activité physique était élevée ( $\kappa$ pondéré = 0,6; $p < 0,0001$ ). Il y avait des associations positives entre l'indice d'activité physique déterminé au moyen du questionnaire et les mesures objectives du rapport entre la dépense d'énergie diurne et le taux métabolique au repos ( $p = 0,003$ ), ainsi que de la condition cardiorespiratoire ( $p = 0,001$ ). » <sup>92, p. 407</sup>
Échelle d'autoefficacité généralisée (GSE) <sup>93</sup>	Échelle de 10 items pour mesurer « la force de la croyance d'une personne en sa capacité de réagir à des situations nouvelles ou difficiles et de faire face aux obstacles ou revers connexes. » <sup>93, p. 35</sup>	« Des valeurs élevées de cohérence interne [...] de 0,82 à 0,93 » <sup>93, p. 35</sup> ; « La validité concourante [a été établie relativement à] l'estime de soi (0,52). » <sup>93, p. 36</sup>
Échelle d'autoefficacité généralisée (GSE), version coréenne <sup>94</sup>		« L'alpha de Cronbach pour l'ensemble de l'échelle GSE version coréenne est de 0,81. » <sup>94, p. 844</sup>
Échelle de dépression gériatrique, version coréenne (GDS-K) <sup>62</sup>	Test de dépistage de la dépression à 30 items pour les aînés en milieu communautaire et clinique	« Le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle GDS-KR était de 0,90 et la fiabilité test-retest était de 0,91 ( $p < 0,01$ ). » <sup>62, p. 232</sup>
Échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS) <sup>95</sup>	Échelle d'auto-évaluation comptant 16 items (8 concernant l'anxiété et 8 concernant la dépression) à l'intention des cliniques de consultation externe	« L'alpha de Cronbach se situait entre 0,68 et 0,93 (moyenne de 0,83) pour l'HADS-A et entre 0,67 et 0,90 (moyenne de 0,82) pour l'HADS-D » <sup>96, p. 69</sup> . « Les corrélations entre l'HADS et d'autres questionnaires couramment utilisés étaient comprises entre 0,49 et 0,83. » <sup>96, p. 69</sup>
Investigating Choice Experiments for the Preferences of Older People Capability (ICE-CAP A) <sup>97</sup>	Mesure fondée sur l'approche des capacités, laquelle s'intéresse essentiellement à « l'évaluation de l'avantage individuel correspondant à la capacité d'une personne de réaliser les "fonctionnements" qu'elle juge importants dans sa vie » <sup>98, p. 2</sup> .  Cinq domaines mesurés : « la stabilité ("sécurité"), l'attachement ("amour, amitié et soutien"), l'autonomie ("indépendance"), l'accomplissement ("accomplir et progresser") et la joie ("joie et plaisir"). » <sup>98, p. 3</sup>	« La fiabilité des questions sur les capacités, compte tenu du niveau supérieur de variabilité inhérente, se situe entre 0,52 (autonomie) et 0,61 (stabilité). La fiabilité des questions sur l'état de santé est un peu plus élevée, se situant entre 0,60 (activités habituelles) et 0,79 (mobilité). » <sup>99, p. 627</sup>  « Nous avons constaté que la fiabilité d'une mesure simple de la capacité des adultes (l'ICECAP-A) était légèrement inférieure à celle d'une mesure courante du fonctionnement relatif à la santé (l'EQ-5D-3L), mais qu'elle n'était pas manifestement influencée par l'âge, le sexe ou l'éducation. » <sup>99, p. 628</sup>

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale**

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
Questionnaire international sur l'activité physique (IPAQ) <sup>100</sup>	Mesure autodéclarée de l'activité physique. « L'objectif était d'élaborer une mesure autodéclarée de l'activité physique adaptée à l'évaluation des niveaux d'activité physique de la population dans les différents pays. » <sup>100, p. 1381</sup>	« Dans l'ensemble, les questionnaires de l'IPAQ ont produit des données reproductibles (coefficients de corrélation de Spearman regroupés autour de 0,8), et les données obtenues étaient comparables entre les questionnaires longs ou abrégés. La validité de critère avait un rho médian d'environ 0,30, ce qui était comparable à la plupart des autres études de validation de mesures autodéclarées. » <sup>100, p. 1381</sup>
Échelle de détresse psychologique de Kessler (K10) <sup>101</sup>	Instrument de dépistage de la détresse psychologique non spécifique à 10 items	« Il existe une association significative entre les scores sur l'échelle K10 et les scores au GHQ et au SF-12, qui mesurent respectivement les symptômes et l'incapacité, ainsi qu'entre le score K10 et le nombre de consultations pour un problème mental au cours des 12 derniers mois. Ces constatations étayent la validité de l'échelle K10 comme mesure de la détresse psychologique. » <sup>101, p. 496-497</sup>
Mini-examen de l'état mental, version coréenne (K-MMSE) <sup>102</sup>	Traduction du mini-examen de l'état mental, un outil de dépistage de 30 questions pour les troubles cognitifs	« La sensibilité du K-MMSE était de 48,7 %, avec une spécificité de 89,9 %. La proportion de résultats faussement positifs et négatifs atteignait 10,1 % et 51,2 %, respectivement. De plus, la valeur prédictive positive du K-MMSE était de 87,1 %, tandis que la valeur prédictive négative était de 55,6 %. » <sup>102, p. 177</sup>
Measure Yourself Medical Outcome Profile 2 (MYMOP2) <sup>103</sup>	Mesure courte et générique de la santé d'un patient. Les répondants doivent indiquer et évaluer un ou deux symptômes et « une activité de la vie quotidienne pour laquelle ils sont venus chercher de l'aide et qui, selon eux, à la plus grande incidence sur leur vie ». <sup>103, p. 28</sup>	« L'indice de sensibilité relativement au changement cliniquement important minimal dépassait, pour toutes les échelles MYMOP à l'exception du bien-être, le seuil de 0,8 jugé « élevé » dans les travaux antérieurs [...] L'échelle du bien-être était moins sensible au changement, mais les professionnels ont attesté son utilité clinique, particulièrement dans les cas de maladies chroniques. » <sup>103, p. 1018</sup>  « La validité de l'outil MYMOP a été confirmée par sa capacité à détecter différents degrés de changement par rapport aux scores de changement et dans les affections aiguës et chroniques, et par ses corrélations avec les scores du SF-36. Même si le recours à un suivi par la poste, non lié au suivi clinique, est venu brouiller l'analyse de l'utilité clinique, les entrevues ont fourni des renseignements importants sur l'effet de l'utilisation de l'instrument pendant la consultation. » <sup>103, p. 1018</sup>
Museum Well-being Measure for Older Adults (MWM-OA) <sup>104,105</sup>	« Mesure axée sur les musées permettant d'évaluer les effets positifs sur le bien-être qu'entraîne la participation à des événements et à des activités dans les musées et les galeries » <sup>104, p. 44</sup>	La fiabilité de cohérence interne a été établie pour les émotions positives ( $\alpha = 0,81$ ) et négatives ( $\alpha = 0,82$ ). « La comparaison des différences prétest-posttest a révélé des changements très significatifs, notamment des augmentations des scores positifs et des diminutions des scores négatifs, avec des tailles d'effet modérées à fortes. » <sup>105, p. 29</sup>
Patient Activation Measure (PAM) <sup>106</sup>	Mesure de l'activation à 13 ou 22 items, axée sur les connaissances, les compétences et la conviction d'une personne quant à sa capacité de gérer sa santé et ses soins de santé	« Les évaluations de la PAM à 22 items à l'aide des données d'un échantillon national montrent un niveau élevé de fiabilité, avec des valeurs de la statistique <i>infit</i> allant de 0,71 à 1,44. Toutes les statistiques <i>outfit</i> , sauf une, se situent entre 0,80 et 1,34. » <sup>106, p. 1020</sup>  « Les résultats démontrent largement la validité de construit de la PAM. Une activation élevée est associée de manière significative avec la déclaration d'une meilleure santé, mesurée par le SF 8 ( $r = 0,38, p < 0,001$ ), et avec des taux inférieurs de consultations médicales, de visites aux urgences et de nuits d'hospitalisation ( $r = -0,07, p < 0,01$ ). » <sup>106, p. 1021</sup>

Suite à la page suivante

**TABLEAU 4 (suite)**  
**Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale**

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
Questionnaire sur la santé des patients, version à 9 items (QSP-9) <sup>107</sup>	Questionnaire de 9 items sur la dépression, tiré de la version complète du QSP, pour « diagnostiquer selon les critères établis les troubles dépressifs et d'autres troubles mentaux couramment rencontrés en soins primaires » <sup>107, p. 606</sup> .	« La fiabilité interne du QSP-9 était excellente, avec un $\alpha$ de Cronbach de 0,89 dans l'étude de soins primaires du QSP et de 0,86 dans l'étude OB-GYN du QSP. » <sup>107, p. 608</sup>  La fiabilité test-retest du QSP-9 était également excellente. « Un score PHQ-9 $\geq$ 10 avait une sensibilité de 88 % et une spécificité de 88 % pour la dépression majeure. » <sup>107, p. 606</sup>
Questionnaire sur la santé des patients, version à 8 items (QSP-8) <sup>108</sup>	Il s'agit du questionnaire QSP-9 sans la dernière question.	« La corrélation entre les scores du QSP-9 et du QSP-8 était de $r = 0,997$ . La sensibilité et la spécificité du QSP-9 (54 %, 90 %) et du QSP-8 (50 %, 91 %) étaient similaires en ce qui concerne la détection de la dépression majeure. » <sup>109, p. 163</sup>
Échelle de fragilité clinique de Rockwood (CFS) <sup>110</sup>	Instrument permettant aux cliniciens d'observer les patients (en faisant appel au jugement clinique), « qui évalue des domaines précis, y compris la comorbidité, le fonctionnement et la cognition, et génère un score de fragilité allant de 1 (très bonne forme physique) à 9 (en phase terminale). » <sup>110, p. 1</sup>	« La fiabilité des scores CFS rétrospectifs comparés aux scores CFS prospectifs était élevée ( $\kappa$ [kappa] = 0,89). » <sup>111, p. 1009</sup> ; « La précision et la fiabilité interévaluateurs de la comparaison des scores CFS rétrospectifs étaient élevées, avec des intervalles interquartiles étroits et $\kappa = 0,85$ . » <sup>111, p. 1009</sup>
Échelle d'estime de soi de Rosenberg <sup>112</sup>	Échelle de 10 items pour mesurer deux aspects de l'estime de soi (compétence perçue et valeur perçue) au moyen d'énoncés positifs et négatifs <sup>112</sup>	« Fiabilité de cohérence interne : Le coefficient alpha de Cronbach était de 0,91 pour l'ensemble de l'échantillon et allait de 0,84 (groupe des 66 ans et plus) à 0,95 (groupe des travailleurs sans emploi), avec une moyenne de 0,90. » <sup>112, p. 72</sup>
Échelle d'estime de soi de Rosenberg, version coréenne <sup>113</sup>		« L'analyse a montré que l'item 8 était inadapté et qu'il était difficile de répondre aux items 3, 9 et 10. Une échelle de Likert en 4 points s'est révélée offrir un choix de réponses approprié, et la plupart des items fonctionnaient différemment selon qu'il s'agissait de jeunes ou de personnes âgées. Par conséquent, l'échelle d'estime de soi de Rosenberg ne convient pas à la population coréenne âgée, les critères de validité de construit n'étant pas satisfaisants. » <sup>113, p. 2894</sup>
Échelle d'évaluation de l'humeur, version courte <sup>114</sup>	Échelle de 6 items mesurant les changements d'humeur au cours de la journée, en particulier le calme, la valence et l'activation énergétique	« Les résultats tendent à démontrer que les trois facteurs proposés, à savoir le calme, la valence et l'activation énergétique, sont appropriés pour évaluer les fluctuations individuelles au fil du temps. Cependant, le calme et la valence ne peuvent être distingués au niveau interindividuel. De plus, les analyses ont montré que les échelles à deux items fournissent des mesures qui sont fiables aux différents niveaux et très sensibles au changement. » <sup>114, p. 258</sup>
Échelle de participation sociale <sup>115</sup>	« [...] huit items évalués sur une échelle de cinq points pour mesurer le degré de participation sociale des aînés à une variété de relations interpersonnelles » <sup>33, p. 5</sup>	Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument était de 0,85 <sup>33</sup> .
Soutien social <sup>116</sup>	Questionnaire de 10 items pour évaluer le soutien social perçu <sup>116</sup>	Le coefficient alpha de Cronbach de l'instrument était de 0,81 <sup>116</sup> .
South West Well-being Questionnaire (SWWBQ) <sup>57</sup>	« Conçu en vue de la réalisation d'évaluations avant/après, le South West Well-being Questionnaire [...] englobait plusieurs ensembles de mesures validées et originales concernant la santé générale, le bien-être social, le bien-être personnel, la mauvaise santé mentale, l'alimentation saine et l'activité physique. » <sup>56, p. 1952</sup>	« L'analyse a posteriori des données de l'étude a révélé une cohérence interne acceptable pour les échelles : 1. CES-D-7 – $\alpha$ de Cronbach de 0,853 au début de la participation; $\alpha$ de Cronbach de 0,715 au moment du suivi 2. WEMWBS-7 – $\alpha$ de Cronbach de 0,885 au début de la participation; $\alpha$ de Cronbach de 0,849 au moment du suivi 3. SWB-6 – $\alpha$ de Cronbach de 0,714 au début de la participation; $\alpha$ de Cronbach de 0,708 au moment du suivi. » <sup>56, p. 1953</sup>
Échelle d'évaluation de la solitude – UCLA (ULS-20) <sup>117</sup>	Mesure en 20 items de la solitude et de l'isolement subjectifs	« La mesure présente une cohérence interne élevée (coefficients alpha = 0,96) et une corrélation test-retest de 0,73 sur une période de deux mois. La validité de construit concourante et préliminaire est indiquée par les corrélations avec les autodéclarations de la solitude actuelle et des états émotionnels connexes, et par la volonté de participer à une « clinique de solitude ». » <sup>117, p. 290</sup>

Suite à la page suivante

TABLEAU 4 (suite)

**Liste des instruments utilisés dans les études primaires et description de chaque instrument et des propriétés de mesure, le cas échéant, pour une population adulte générale**

Instrument	Description*	Propriétés de mesure*
ULS-8 (échelle d'évaluation de la solitude – UCLA, version courte) <sup>118</sup>	Version à 8 items de l'échelle d'évaluation de la solitude de l'UCLA	« La fiabilité de cohérence interne était élevée [...] alpha de Cronbach (1951) = 0,84. » <sup>118, p. 74</sup> « Un questionnaire abrégé de huit items sur la solitude (ULS-8) a été sélectionné en fonction des résultats de l'analyse factorielle exploratoire et s'est révélé être fortement corrélé avec l'ULS-20 ( $r = 0,91$ ). » <sup>118, p. 77</sup>
Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS) <sup>63</sup>	Mesure de 14 items sur le bien-être dans la population générale, englobant « les aspects affectifs et émotionnels, les dimensions cognitives et évaluatives et le fonctionnement psychologique » <sup>63, p. 2</sup>	« Un alpha de Cronbach de 0,89 (échantillon d'étudiants) et de 0,91 (échantillon de population) indique une certaine redondance des items de l'échelle. La WEMWBS présentait de fortes corrélations avec les autres échelles évaluant la santé mentale et le bien-être et des corrélations plus faibles avec les échelles mesurant la santé globale [...] La fiabilité test-retest après une semaine était élevée (0,83). » <sup>63, p. 1</sup>
Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh, version courte (SWEMWBS) <sup>119</sup>	Version à 7 items de la WEMWBS pour mesurer le bien-être mental sous l'angle particulier du fonctionnement <sup>119</sup>	« L'analyse exploratoire a montré la validité de construit et la sensibilité au changement de la SWEMWBS employée comme mesure des résultats cliniques pour les patients atteints de troubles mentaux courants en soins primaires, avec l'observation d'une corrélation inverse et d'une sensibilité comparable au changement au cours d'un traitement clinique lorsque l'échelle était comparée à deux mesures de résultats cliniques largement utilisées. » <sup>119, p. 7</sup>
Well-being Star <sup>120</sup>	Échelle de 7 domaines, notés chacun de 1 à 10, destinée aux personnes « ayant un problème de santé de longue durée, pour les aider à atteindre la meilleure qualité de vie possible et mesurer leurs progrès à cet égard » <sup>121, p. 1</sup>	« Cohérence interne : la cohérence interne était bonne ( $\alpha$ de Cronbach = 0,82). » <sup>121, p. 1</sup> « Sensibilité au changement : Le test de Wilcoxon pour échantillons appariés a révélé une augmentation statistiquement significative de tous les domaines de résultats [...] La taille de l'effet était forte pour le domaine du style de vie, tandis qu'elle était modérée pour les domaines “Prendre soin de soi”, “Gestion des symptômes”, “Travail, bénévolat et autres activités” et “Émotions positives”. La taille de l'effet était faible à modérée dans les trois autres domaines. » <sup>122, p. 2</sup>
Instrument de mesure de la qualité de vie de l'Organisation mondiale de la Santé (WHOQOL-BREF), version abrégée <sup>123</sup>	Mesure de la qualité de vie et de l'état de santé général, comprenant 26 questions et se voulant indépendante de la culture	« Les scores de domaine produits par le WHOQOL-BREF présentent une forte corrélation (0,89 ou plus) avec les scores de domaine du WHOQOL-100 (calculés selon une structure à quatre domaines). La validité discriminante, la validité de contenu, la cohérence interne et la fiabilité test-retest étaient bonnes en ce qui a trait aux scores de domaine du WHOQOL-BREF. » <sup>123, p. 551</sup>
Échelle d'adaptation relative aux activités sociales et au travail (WSAS) <sup>124</sup>	Échelle d'auto-évaluation de 5 items indiquant la capacité à fonctionner (au travail, à la maison, etc.) en rapport avec un problème déterminé (comme les effets de la santé mentale)	« La mesure $\alpha$ de Cronbach indiquant la cohérence interne de l'échelle se situait entre 0,70 et 0,94. La corrélation test-retest était de 0,73. Des corrélations de 0,81 et de 0,86 ont été observées entre les scores WSAS obtenus par réponse vocale interactive et ceux obtenus au cours d'entretiens avec des cliniciens. L'échelle WSAS affichait des corrélations de 0,76 et de 0,61, respectivement, avec la gravité des symptômes de dépression et des symptômes de troubles obsessionnels compulsifs. Les scores étaient sensibles aux différences entre les patients en ce qui concerne la gravité de la maladie et les changements liés au traitement. » <sup>124, p. 461</sup>

**Remarque :** Les citations ont été traduites librement.

déclin cognitif peut compromettre l'indépendance fonctionnelle et l'accomplissement de tâches quotidiennes simples.

Ces facteurs devraient, au minimum, être pris en compte lors de la cocréation d'un plan d'action pour répondre aux besoins non satisfaits. Dans l'idéal, il serait avantageux de voir si la participation sociale (en tant qu'objectif de la prescription sociale) pourrait atténuer les risques de déclin cognitif. Certaines activités de prescription sociale, comme les programmes axés sur les arts et les musées, peuvent encourager des activités cognitives et les activités physiques simultanément, une combinaison qui, dans d'autres recherches, s'est révélée un moyen efficace de promouvoir la santé cognitive<sup>69</sup>. Une meilleure appréciation des capacités cognitives d'une personne pourrait faciliter la mise en relation avec le personnel de liaison, la proposition de ressources et de services communautaires et la détermination de l'efficacité de la prescription sociale.

Alors que la collecte d'information sur les bénévoles est un point important du cadre commun des résultats de la prescription sociale du NHS<sup>14</sup>, peu d'évaluations ont porté sur l'impact des aidants naturels, des bénévoles et des organisations bénévoles<sup>41,54,56</sup>, malgré leur mention dans de nombreuses études primaires<sup>32,38,41,52,54,56,57,61</sup>. Malgré l'importante contribution des bénévoles, tant sur le plan personnel que sur le plan économique<sup>70</sup>, peu d'études ont été publiées sur le bénévolat et la prescription sociale, et celles qui existent portent surtout sur le bénévolat en tant qu'activité prescrite<sup>71,72</sup>.

De même, les études primaires faisaient rarement mention des aidants naturels<sup>54,56</sup>, qui jouent pourtant un rôle essentiel dans la prestation de soins de soutien. Le rôle d'aidant naturel comporte d'importants coûts personnels et sociaux. Les aidants s'exposent notamment à un risque élevé de problèmes de santé physique et de santé mentale entraînant une réduction de la qualité de vie<sup>73</sup>. De plus, dans un rapport de 2017, la Banque Canadienne Impériale de Commerce (CIBC) estimait que les soins prodigues par les aidants coûtent 33 milliards de dollars par année aux Canadiens, si l'on inclut les coûts directs et indirects, comme les dépenses personnelles (dont le paiement d'autres fournisseurs) et les absences du travail, les femmes et les personnes à revenu moindre étant les plus

touchées<sup>74</sup>. Compte tenu des avantages qu'offrent les bénévoles et les aidants naturels pour les personnes et la société, il est important de soutenir, d'adapter, de consigner et d'évaluer leur importante contribution aux modèles de soins de santé et de services sociaux.

L'établissement de liens est un thème central de la prescription sociale pour les personnes ayant des besoins sociaux non satisfaits, les membres de la famille, les bénévoles, les fournisseurs et les organismes communautaires. La création et le maintien de relations entre les parties intéressées dépendent entre autres d'une communication efficace et d'un lien de confiance<sup>22</sup>. On peut recourir à diverses stratégies et techniques relationnelles pour renforcer la confiance interne et interpersonnelle des gens, des fournisseurs et des équipes de mise en œuvre<sup>75</sup> et influencer concrètement l'adoption et la durabilité des programmes ou des pratiques cliniques<sup>76</sup>. Nous n'avons pas trouvé de résultats en lien avec les relations, mais il est possible que ces données nous aient échappé parce qu'elles se trouvaient dans la documentation non publiée ou dans des études menées au moyen de méthodes différentes. Les recherches futures pourraient mesurer le développement, la force et la durabilité des relations chez les personnes qui reçoivent une prescription sociale et chez les personnes qui assurent, gèrent et déterminent sa mise en œuvre à l'échelle du système de soins et des secteurs.

### Points forts et limites

Notre recherche offre de nombreux points forts permettant de contribuer aux dimensions scientifiques et pratiques de la prescription sociale. Néanmoins, malgré son caractère exhaustif, cette synthèse présente selon nous plusieurs limites. Tout d'abord, nous avons décidé de n'inclure que les études évaluées par les pairs qui décrivaient leur programme comme une intervention de « prescription sociale ». La prescription sociale est un modèle de soins relativement nouveau, mais des programmes similaires existent depuis plusieurs dizaines d'années. En incluant ce critère, nous avons donc exclu les études suivant ce modèle sans toutefois employer l'expression « prescription sociale ». À l'inverse, ce choix pourrait avoir mené à l'inclusion d'études sur des programmes qualifiés de « prescription sociale », mais correspondant plus ou moins précisément à la définition récemment publiée<sup>3</sup>. Dans

la cartographie systématique récente sur la prescription sociale, les auteurs soulignaient qu'il est difficile de déterminer quelles études portent sur une intervention de prescription sociale au moment de la sélection<sup>12</sup>. Ce fut le cas dans nos revues précédentes<sup>8,9</sup>, de sorte que nous avons décidé de n'inclure que les études où l'intervention avait été qualifiée de prescription sociale.

Deuxièmement, nous n'avons inclus que des études évaluées par les pairs dans notre recherche sur les résultats. Nous avons pris cette décision parce que de nombreuses revues systématiques faisaient état de données manquantes dans les études (tableau 1), et nous voulions comparer les résultats présentés dans des études primaires évaluées par les pairs, ces dernières paraissant plus susceptibles de suivre les lignes directrices sur la présentation des résultats de recherche. Nous reconnaissions que, pour cette raison, nous avons pu omettre certains résultats, d'autant plus qu'il existe de nombreuses études sur la prescription sociale dans la littérature grise.

Troisièmement, nous avons seulement inclus les résultats obtenus à l'aide de stratégies quantitatives et nous avons donc pu omettre l'information issue d'entretiens et de groupes de discussion. Malgré l'importance et la richesse des données obtenues grâce à ces méthodes, elles n'auraient pas forcément eu un effet substantiel sur nos constatations, car les études incluses dans notre revue comprenaient des résultats dans presque tous les domaines de la taxonomie. Néanmoins, les méthodes qualitatives pourraient mieux convenir à l'étude de concepts comme les liens sociaux et pourraient aider à préciser l'effet d'une intervention complexe comme la prescription sociale. Notre travail met en évidence ce qui est ou pourrait être mesuré, sans restriction quant à la façon dont le résultat ou le domaine devrait être mesuré.

Quatrièmement, notre travail est exclusivement descriptif et ne fournit aucune information sur les résultats que devrait intégrer (ou non) une évaluation portant sur les interventions de prescription sociale. Nous avons fait ce choix car nous croyons que la portée et les priorités des évaluations à venir doivent être déterminées de façon collaborative, en fonction des besoins, des préférences et de l'information pertinente. On pourra ainsi, de concert avec les parties intéressées (usagers,

familles, prestataires et décideurs), faire progresser la science et la pratique de la prescription sociale.

## Conclusion

Nous reconnaissons qu'une seule étude ne peut tout mesurer, mais un ensemble de résultats fondamentaux serait utile dans le domaine. Bien que le NHS ait déjà fourni des résultats à inclure dans les évaluations de la prescription sociale<sup>14</sup>, la liste doit encore être élargie. Il va falloir également uniformiser les résultats mesurés et la manière dont nous les mesurons et fournir plus d'information lorsque nous décrivons les parties prenantes et les processus de la prescription sociale. Plus précisément, des lignes directrices tenant compte de l'équité, notamment PROGRESS-Plus<sup>21</sup>, pourraient servir à la description des collectivités et des personnes qui reçoivent ou qui exécutent la prescription sociale. Il sera aussi important de fournir plus d'information sur les résultats non intentionnels et sur les propriétés de mesure des instruments (fiabilité, sensibilité au changement et validité, au minimum)<sup>77</sup>. Comme il existe maintenant une définition internationale de la prescription sociale<sup>3</sup>, il sera important de l'utiliser pour orienter les interventions et déterminer si elles y correspondent (ou non). Ce travail a pour but de susciter une réflexion et des actions en faveur du renforcement constant des fondements scientifiques et pratiques de la prescription sociale.

## Remerciements

La professeure Ashe remercie le Programme des chaires de recherche du Canada pour son appui. Anna M. Chudyk remercie les Instituts de recherche en santé du Canada pour le soutien qu'ils lui ont apporté dans le cadre de la Bourse de recherche axée sur le patient – volet Transition à un rôle de chef de file, phase 2. Elham Esfandiari remercie l'Edwin S.H. Leong Centre for Healthy Aging pour la bourse postdoctorale qui lui a été accordée.

## Financement

Nous remercions l'Université de la Colombie-Britannique (Health Innovation Funding Investment Award) et le Conseil de recherches en sciences humaines pour le financement de ce projet.

## Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Contributions des auteures et avis

Conception : MCA, EE.

Méthodologie, analyse formelle : MCA, IKS, HA, AC, EE.

Rédaction de la première version du manuscrit : MCA, IKS.

Relectures et révisions : MCA, IKS, HA, AC, EE.

Création des tableaux et figures : MCA, IKS.

Toutes les auteures ont lu et accepté la version finale du manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

## Références

- Oster C, Skelton C, Leibbrandt R, Hines S, Bonevski B. Models of social prescribing to address non-medical needs in adults: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:642. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09650-x>
- Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Glob Health.* 2022;7(5):e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
- Muhl C, Mulligan K, Bayoumi I, Ashcroft R, Godfrey C. Establishing internationally accepted conceptual and operational definitions of social prescribing through expert consensus: a Delphi study protocol. *BMJ Open.* 2023;13(7):e070184. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070184>
- Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:96. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>
- Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2022;376:e068465. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068465>
- Dunphy K, Baker FA, Dumaresq E, et al. Creative arts interventions to address depression in older adults: a systematic review of outcomes, processes, and mechanisms. *Front Psychol.* 2018;9:2655. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02655>
- Thomson LJ, Lockyer B, Camic PM and Chatterjee HJ. Effects of a museum-based social prescription intervention on quantitative measures of psychological wellbeing in older adults. *Perspect Pub Health.* 2018;138(1):28-38. <https://doi.org/10.1177/1757913917737563>
- Percival A, Newton C, Mulligan K, Petrella RJ, Ashe MC. Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here? *Fam Med Community Health.* 2022;10(Suppl 1):e001829. <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001829>
- Grover S, Sandhu P, Nijjar GS, et al. Older adults and social prescribing experience, outcomes, and processes: a meta-aggregation systematic review. *Public Health.* 2023;218:197-207. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.02.016>
- Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open.* 2017;7:e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
- Polley M, Whiteside J, Elnaschie S and Fixsen A. What does successful social prescribing look like? Mapping meaningful outcomes. London (UK): University of Westminster; 2019. 61 p.
- Sonke J, Manhas N, Belden C, et al. Social prescribing outcomes: a mapping review of the evidence from 13 countries to identify key common outcomes. *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1266429. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1266429>

13. Dodd S, Clarke M, Becker L, Maverganes C, Fish R, Williamson PR. A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery. *J Clin Epidemiol.* 2018;96:84-92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.020>
14. National Health Service (NHS). Social prescribing and community-based support: summary guide. London (UK): NHS England; 2021. En ligne à : <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/social-prescribing-summary-guide-updated-june-20.pdf>
15. Esfandiari E, Chudyk AM, Grover S, et al. Social Prescribing Outcomes for Trials (SPOT): protocol for a modified Delphi study on core outcomes. *PLoS One.* 2023;18:e0285182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285182>
16. Ashe MC, Esfandiari E, Mulligan K, Chudyk AC. Core outcome set protocol: Social Prescribing Outcomes for Trials (SPOT) [Internet]. Liverpool (UK): COMET Initiative; 2022 [consultation le 8 décembre 2023]. En ligne à : <https://www.comet-initiative.org/Studies/Details/2364>.
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Int J Surgery.* 2021; 88:105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>
18. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, et al. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13:132-140. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>
19. Page MJ, Shamseer L and Tricco AC. Registration of systematic reviews in PROSPERO: 30,000 records and counting. *Syst Rev.* 2018;7:32. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0699-4>
20. Butcher NJ, Monsour A, Mew EJ, et al. Guidelines for reporting outcomes in trial reports: the CONSORT-Outcomes 2022 extension. *JAMA.* 2022;328:2252-2264. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.21022>
21. Cochrane Methods Group. PROGRESS-Plus [Internet]. London (UK): Cochrane; 2022 [consultation le 30 août 2021]. En ligne à : <https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus>
22. Pescheny JV, Pappas Y, Randhawa G. Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:86. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2893-4>
23. Cooper M, Avery L, Scott J, et al. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open.* 2022;12:e060214. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060214>
24. Reinhardt GY, Vidovic D, Hammerton C. Understanding loneliness: a systematic review of the impact of social prescribing initiatives on loneliness. *Perspect Public Health.* 2021;141:204-213. <https://doi.org/10.1177/1757913920967040>
25. Thomas G, Lynch M, Spencer LH. A systematic review to examine the evidence in developing social prescribing interventions that apply a co-productive, co-designed approach to improve well-being outcomes in a community setting. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):3896. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083896>
26. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can social prescribing foster individual and community well-being? A systematic review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(10):5276. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105276>
27. Napierala H, Krüger K, Kuschick D, Heintze C, Hermann WJ, Holzinger F. Social prescribing: systematic review of the effectiveness of psychosocial community referral interventions in primary care. *Int J Integr Care.* 2022; 22:11. <https://doi.org/10.5334/ijic.6472>
28. Kiely B, Croke A, O'Shea M, et al. Effect of social prescribing link workers on health outcomes and costs for adults in primary care and community settings: a systematic review. *BMJ Open.* 2022;12:e062951. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062951>
29. Costa A, Sousa CJ, Seabra PRC, et al. Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: a systematic literature review. *Sustainability.* 2021;13(5):2731. <https://doi.org/10.3390/su13052731>
30. Aggar C, Caruana T, Thomas T, Baker JR. Social prescribing as an intervention for people with work-related injuries and psychosocial difficulties in Australia. *Adv Health Behav.* 2020; 3:101-110. <https://doi.org/10.25082/AHB.2020.01.001>
31. Aggar C, Thomas T, Gordon C, Bloomfield J, Baker J. Social prescribing for individuals living with mental illness in an Australian community setting: a pilot study. *Community Ment Health J.* 2021;57:189-195. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00631-6>
32. Poulos RG, Marwood S, Harkin D, et al. Arts on prescription for community-dwelling older people with a range of health and wellness needs. *Health Soc Care Community.* 2019;27(2): 483-492. <https://doi.org/10.1111/hsc.12669>
33. Kim JE, Lee YL, Chung MA, et al. Effects of social prescribing pilot project for the elderly in rural area of South Korea during COVID-19 pandemic. *Health Sci Rep.* 2021;4:e320. <https://doi.org/10.1002/hsr2.320>
34. Crone DM, O'Connell EE, Tyson PJ, Clark-Stone F, Opher S, James DV. "Art Lift" intervention to improve mental well-being: an observational study from U.K. general practice. *Int J Ment Health Nurs.* 2013;22(3):279-286. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00862.x>
35. Crone DM, Sumner RC, Baker CM, Loughren EA, Hughes S, James DV. 'Artlift' arts-on-referral intervention in UK primary care: updated findings from an ongoing observational study. *Eur J Public Health.* 2018;28(3):404-409. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky021>
36. Sumner RC, Crone DM, Baker C, Hughes S, Loughren EA, James DV. Factors associated with attendance, engagement and wellbeing change in an arts on prescription intervention. *J Public Health.* 2020;42(1):e89-e95. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz032>

37. Sumner RC, Crone DM, Hughes S, James DV. Arts on prescription: observed changes in anxiety, depression, and well-being across referral cycles. *Public Health*. 2021;192:49-55. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.12.008>
38. Thomson LJ, Morse N, Elsden E, Chatterjee HJ. Art, nature and mental health: assessing the biopsychosocial effects of a 'creative green prescription' museum programme involving horticulture, artmaking and collections. *Perspect Public Health*. 2020;140(5):277-285. <https://doi.org/10.1177/1757913920910443>
39. Kellezi B, Wakefield JR, Stevenson C, et al. The social cure of social prescribing: a mixed-methods study on the benefits of social connectedness on quality and effectiveness of care provision. *BMJ Open*. 2019;9(11):e033137. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033137>
40. Wakefield JR, Kellezi B, Stevenson C, et al. Social prescribing as 'social cure': a longitudinal study of the health benefits of social connectedness within a social prescribing pathway. *J Health Psychol*. 2022;27(2):386-396. <https://doi.org/10.1177/1359105320944991>
41. Foster A, Thompson J, Holding E, et al. Impact of social prescribing to address loneliness: a mixed methods evaluation of a national social prescribing programme. *Health Soc Care Community*. 2021;29(5):1439-1449. <https://doi.org/10.1111/hsc.13200>
42. Holt NJ. Tracking momentary experience in the evaluation of arts-on-prescription services: using mood changes during art workshops to predict global wellbeing change. *Perspect Public Health*. 2020;140(5):270-276. <https://doi.org/10.1177/1757913920913060>
43. van de Venter E, Buller AM. Arts on referral interventions: a mixed-methods study investigating factors associated with differential changes in mental well-being. *J Public Health*. 2015;37(1):143-150. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdu028>
44. Elston J, Gradinger F, Asthana S, et al. Does a social prescribing 'holistic' link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e135. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000598>
45. Morton L, Ferguson M, Baty F. Improving wellbeing and self-efficacy by social prescription. *Public Health*. 2015;129(3):286-289. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.12.011>
46. Pescheny JV, Gunn LH, Randhawa G, Pappas Y. The impact of the Luton social prescribing programme on energy expenditure: a quantitative before-and-after study. *BMJ Open*. 2019;9(6):e026862. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026862>
47. Woodall J, Trigwell J, Bunyan AM, et al. Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: a mixed method analysis. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):604. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3437-7>
48. Grayer J, Cape J, Orpwood L, Leibowitz J, Buszewicz M. Facilitating access to voluntary and community services for patients with psychosocial problems: a before-after evaluation. *BMC Fam Pract*. 2008;9:27. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-27>
49. Loftus AM, McCauley F, McCarron MO. Impact of social prescribing on general practice workload and polypharmacy. *Public Health*. 2017;148:96-101. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.03.010>
50. Mercer SW, Fitzpatrick B, Grant L, et al. Effectiveness of community-links practitioners in areas of high socioeconomic deprivation. *Ann Fam Med*. 2019;17(6):518-25. <https://doi.org/10.1370/afm.2429>
51. Vogelpoel N, Jarrold K. Social prescription and the role of participatory arts programmes for older people with sensory impairments. *J Integr Care (Brighton)*. 2014;22:39-50. <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2014-0002>
52. Carnes D, Sohanpal R, Frostick C, et al. The impact of a social prescribing service on patients in primary care: a mixed methods evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):835. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2778-y>
53. Bird EL, Biddle MSY, Powell JE. General practice referral of 'at risk' populations to community leisure services: applying the RE-AIM framework to evaluate the impact of a community-based physical activity programme for inactive adults with long-term conditions. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7701-5>
54. Giebel C, Morley N, Komuravelli A. A socially prescribed community service for people living with dementia and family carers and its long-term effects on well-being. *Health Soc Care Community*. 2021;29(6):1852-1857. <https://doi.org/10.1111/hsc.13297>
55. Howarth M, Griffiths A, da Silva A, Green R. Social prescribing: a 'natural' community-based solution. *Br J Community Nurs*. 2020;25(6):294-298. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.6.294>
56. Jones C, Hartfiel N, Brocklehurst P, Lynch M, Edwards RT. Social return on investment analysis of the health precinct community hub for chronic conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(14):5249. <https://doi.org/10.3390/ijerph17145249>
57. Jones M, Kimberlee R, Deave T, Evans S. The role of community centre-based arts, leisure and social activities in promoting adult well-being and healthy lifestyles. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(5):1948-1962. <https://doi.org/10.3390/ijerph10051948>
58. Kimberlee R. What is the value of social prescribing? *Adv Soc Sci Res J*. 2016;3(3). <https://doi.org/10.14738/assrj.33.1889>
59. Maughan DL, Patel A, Parveen T, et al. Primary-care-based social prescribing for mental health: an analysis of financial and environmental sustainability. *Prim Health Care Res Dev*. 2016;17(2):114-121. <https://doi.org/10.1017/S1463423615000328>

60. Pescheny JV, Gunn LH, Pappas Y, Randhawa G. The impact of the Luton social prescribing programme on mental well-being: a quantitative before-and-after study. *J Public Health*. 2021;43(1):e69-e76. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz155>
61. Swift M. People powered primary care: learning from Halton. *J Integr Care (Brighton)*. 2017;25(3):162-173. <https://doi.org/10.1108/jica-12-2016-0050>
62. Kim JY, Park JH, Lee JJ, et al. Standardization of the Korean version of the geriatric depression scale: reliability, validity, and factor structure. *Psychiatry Investig*. 2008;5(4):232-238. <https://doi.org/10.4306/pi.2008.5.4.232>
63. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
64. Nicolas C, Sarang K, Kaarin JA. Dementia risk estimates associated with measures of depression: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015;5(12):e008853. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008853>
65. Soysal P, Veronese N, Thompson T, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2017;36:78-87. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.03.005>
66. Zainal NH, Newman MG. Life satisfaction prevents decline in working memory, spatial cognition, and processing speed: latent change score analyses across 23 years. *Eur Psychiatry*. 2022;65(1):e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.19>
67. Global Burden of Disease Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health*. 2022;7(2):e105-e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
68. Majoka MA, Schimming C. Effect of social determinants of health on cognition and risk of Alzheimer disease and related dementias. *Clin Ther*. 2021;43(6):922-929. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.05.005>
69. Gavelin HM, Dong C, Minkov R, et al. Combined physical and cognitive training for older adults with and without cognitive impairment: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Ageing Res Rev*. 2021;66:101232. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101232>
70. Le Conference Board du Canada. La valeur du bénévolat au Canada. Ottawa (Ontario) : Conference Board du Canada; 2018. En ligne à : <https://volunteer.ca/vdemo/Campaigns/DOCS/Value%20of%20Volunteering%20in%20Canada/Conf%20Board%20Final%20Report%20FR.pdf>
71. Turk A, Tierney S, Wong G, Todd J, Chatterjee HJ, Mahtani KR. Self-growth, wellbeing and volunteering - implications for social prescribing: a qualitative study. *SSM - Qual Res Health*. 2022;2:100061. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100061>
72. Tierney S, Mahtani KR, Wong G, et al. The role of volunteering in supporting well-being - what might this mean for social prescribing? A best-fit framework synthesis of qualitative research. *Health Soc Care Community*. 2022;30(2):e325-e346. <https://doi.org/10.1111/hsc.13516>
73. Rigby H, Gubitz G, Phillips S. A systematic review of caregiver burden following stroke. *Int J Stroke*. 2009;4(4):285-292. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2009.00289.x>
74. Tal B, Mendes R. Aidants et soucis : Considérations économiques entourant les soins aux parents vieillissants. [Bulletin *En vedette*] Toronto (Ont.) : CIBC; 2017. En ligne à : [https://mma.prnewswire.com/media/508960/Banque\\_Canadienne\\_Imobiliare\\_de\\_Commerce\\_Les\\_soins\\_aux\\_parents\\_vii.pdf](https://mma.prnewswire.com/media/508960/Banque_Canadienne_Imobiliare_de_Commerce_Les_soins_aux_parents_vii.pdf)
75. Metz A, Jensen T, Farley A, Boaz A, Bartley L, Villodas M. Building trusting relationships to support implementation: a proposed theoretical model. *Front Health Serv*. 2022;2:894599. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.894599>
76. Metz A, Jensen T, Farley A, Boaz A. Is implementation research out of step with implementation practice? Pathways to effective implementation support over the last decade. *Implement Res Pract*. 2022;3:26334895221105585. <https://doi.org/10.1177/26334895221105585>
77. Roach K. Measurement of health outcomes: reliability, validity and responsiveness. *JPO: J Prosthet Orthot*. 2006;18(6):P8-P12. <https://doi.org/10.1097/00008526-200601001-00003>
78. Brooke P, Bullock R. Validation of a 6 item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(11):936-940.
79. Bayliss EA, Ellis JL, Steiner JF. Seniors' self-reported multimorbidity captured biopsychosocial factors not incorporated into two other data-based morbidity measures. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(5):550-557.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.002>
80. Trauer T, Tobias G, Slade M. Development and evaluation of a patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P). *Community Ment Health J*. 2008;44(2):113-124. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9101-z>
81. Campaign to End Loneliness. Measuring your impact on loneliness in later life. London (UK): Campaign to End Loneliness; 2015. En ligne à : <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Loneliness-Measurement-Guidance1.pdf>
82. Smith ML, Chen E, Lau CA, Davis D, Simmons JW, Merianos AL. Effectiveness of chronic disease self-management education (CDSME) programs to reduce loneliness. *Chronic Illn*. 2022;19(3):646-664. <https://doi.org/10.1177/1742395322113604>
83. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1(3):385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

84. Lewinsohn PM, Seeley JR, Roberts RE, Allen NB. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychol Aging*. 1997;12(2):277-287. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.2.277>
85. Larsen DL, Attikisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Eval Program Plann*. 1979;2(3):197-207. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(79\)90094-6](https://doi.org/10.1016/0149-7189(79)90094-6)
86. Evans C, Connell J, Barkham M, et al. Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry*. 2002;180:51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
87. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001;33(5):337-343. <https://doi.org/10.3109/07853890109002087>
88. Feng YS, Kohlmann T, Janssen MF, Buchholz I. Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. *Qual Life Res*. 2021;30(3):647-673. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02688-y>
89. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
90. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med*. 1997;27(1):191-197. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004242>
91. Anjara SG, Bonetto C, Van Bortel T, Brayne C. Using the GHQ-12 to screen for mental health problems among primary care patients: psychometrics and practical considerations. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:62. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00397-0>
92. Wareham NJ, Jakes RW, Rennie KL, et al. Validity and repeatability of a simple index derived from the short physical activity questionnaire used in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Public Health Nutr*. 2003;6(4):407-413. <https://doi.org/10.1079/PHN2002439>
93. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M (dir.). *Measures in health psychology: a user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor (UK): NFER-NELSON; 1995. p. 35-37.
94. Kim JE, Jiang YH, Dee V. Psychometric properties of General Self-Efficacy (GSE) Scale Korean Version for older Korean immigrants with diabetes: a cross-sectional study in the United States. *Nurs Rep*. 2023;13(2):844-854. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020074>
95. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
96. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69-77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3)
97. Coast J, Flynn T, Sutton E, et al. Investigating Choice Experiments for Preferences of Older People (ICEPOP): evaluative spaces in health economics. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(Suppl 3):31-37. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.008024>
98. Mitchell PM, Al-Janabi H, Byford S, et al. Assessing the validity of the ICECAP-A capability measure for adults with depression. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):46. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1211-8>
99. Al-Janabi H, Flynn TN, Peters TJ, Bryan S, Coast J. Test-retest reliability of capability measurement in the UK general population. *Health Econ*. 2015;24(5):625-630. <https://doi.org/10.1002/hec.3100>
100. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(8):1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.Fb>
101. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Aust N Z J Public Health*. 2001;25(6):494-497. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.2001.tb00310.x>
102. Kang I-W, Beom I-G, Cho J-Y, Son H-R. Accuracy of Korean-Mini-Mental Status Examination based on Seoul Neuro-Psychological Screening Battery II Results. *Korean J Fam Med*. 2016;37(3):177-181. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.3.177>
103. Paterson C, Britten N. In pursuit of patient-centred outcomes: a qualitative evaluation of the 'Measure Yourself Medical Outcome Profile.' *J Health Serv Res Policy*. 2000;5(1):27-36. <https://doi.org/10.1177/135581960000500108>
104. Thomson LJ, Chatterjee HJ. Measuring the impact of museum activities on well-being: developing the Museum Well-being Measures Toolkit. *Mus Manag Curator*. 2015;30(1):44-62. <https://doi.org/10.1080/0964775.2015.1008390>
105. Thomson LJ, Chatterjee HJ. Assessing well-being outcomes for arts and heritage activities: development of a Museum Well-being Measures Toolkit. *J Appl Arts Health*. 2014;5: 29-50. [https://doi.org/10.1386/jaah.5.1.29\\_1](https://doi.org/10.1386/jaah.5.1.29_1)
106. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*. 2004;39(4 Pt 1):1005-1026. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>
107. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

108. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord.* 2009;114(1-3):163-173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.026>
109. Razylvkov I, Ziegelstein RC, Whooley MA, Thombs BD. The PHQ-9 versus the PHQ-8—Is item 9 useful for assessing suicide risk in coronary artery disease patients? Data from the Heart and Soul Study. *J Psychosom Res.* 2012;73(3):163-168. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.06.001>
110. Church S, Rogers E, Rockwood K, Theou O. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatr.* 2020;20:393. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01801-7>
111. Stille K, Temmel N, Hepp J, Herget-Rosenthal S. Validation of the Clinical Frailty Scale for retrospective use in acute care. *Eur Geriatr Med.* 2020; 11(6):1009-1015. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00370-7>
112. Sinclair SJ, Blais MA, Gansler DA, Sandberg E, Bistis K, LoCicero A. Psychometric properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: overall and across demographic groups living within the United States. *Eval Health Prof.* 2010; 33(1):56-80. <https://doi.org/10.1177/0163278709356187>
113. Lee K. An item response theory analysis of Rosenberg Self-Esteem among older Korean adults. *Curr Psychol.* 2022; 42:28984-93. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03946-7>
114. Wilhelm P, Schoebi D. Assessing mood in daily life. *Eur J Psychol Assess.* 2007;23(4):258-267. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.4.258>
115. Cho S, Yoo Y. The effects of participation in social activity on life satisfaction in low-income aged people living alone: focusing on the mediating effects of loneliness. *Korean J Gerontol Soc Welf.* 2016;71(4):35-59. <https://doi.org/10.21194/kjgsw.71.4.201612.35>
116. Haslam SA, O'Brien A, Jetten J, Vormedal K, Penna S. Taking the strain: social identity, social support, and the experience of stress. *Br J Soc Psychol.* 2005;44(Pt 3):355-370. <https://doi.org/10.1348/014466605X37468>
117. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. *J Pers Assess.* 1978;42(3):290-294. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11)
118. Hays RD, DiMatteo MR. A short-form measure of loneliness. *J Pers Assess.* 1987;51(1):69-81. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5101_6)
119. Shah N, Cader M, Andrews B, McCabe R, Stewart-Brown S. Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): performance in a clinical sample in relation to PHQ-9 and GAD-7. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19(1):260. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01882-x>
120. MacKeith J. The development of the Outcomes Star: a participatory approach to assessment and outcome measurement. *Housing Care Support.* 2011; 14(3):98-106. <https://doi.org/10.1108/1460879111199778>
121. Good A, Lamont E. Outcomes Star psychometric factsheet: Well-being Star. Brighton (UK): Triangle Consulting Social Enterprise; 2018. En ligne à : [http://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/OS-Psychometric-Factsheet\\_Well-being-Star.pdf](http://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/OS-Psychometric-Factsheet_Well-being-Star.pdf)
122. Triangle Consulting Social Enterprise Ltd. Outcomes Star™ Psychometric Factsheet: Well-being Star™. Brighton (UK): Triangle Consulting Social Enterprise; 2018. En ligne à : [https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/OS-Psychometric-Factsheet\\_Well-being-Star-1.pdf](https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/OS-Psychometric-Factsheet_Well-being-Star-1.pdf)
123. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998;28(3): 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
124. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JM. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry.* 2002;180:461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>