

BIEN VIVRE
AVEC SON ÂGE

Revue de littérature
sur la promotion de la santé
des personnes âgées



S A N T É P U B L I Q U E

COLLECTION

promotion de la **1**
santé

Québec  
 

Ministère de la Santé
et des Services sociaux

Recherche et rédaction

Claire Milette, agente de recherche

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique

L'auteure remercie les personnes et les organismes qui suivent.

Pour leur aimable collaboration :

Thomas Antil	Suzanne Moffet
Laval Boudreault	Serge Nadeau
Annick Côté	Christine Olivier
Bernard Laporte	Daniel Thomas
Marie-Claire Laurendeau	Francine Trickey
Jean-Pierre Lavoie	

Pour leur soutien particulièrement précieux :

Hélène Piché, secrétaire
et le personnel de la Direction des communications

Pour la pertinence de leurs commentaires au cours d'une première consultation :

Le Conseil des aînés du Québec
L'Association québécoise de gérontologie (AQG)
La Fédération de l'Âge d'or du Québec (FADOQ)
L'Association des retraités de l'enseignement du Québec (AREQ)
L'Association québécoise des retraités du secteur public et parapublic (AQRP)

Édition produite par :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications

Vous devez payer des frais d'administration pour obtenir d'autres exemplaires de ce document : 5.00\$ pour le premier exemplaire et 1,00\$ pour chaque exemplaire additionnel. Faites parvenir votre commande soit par télécopieur, au numéro (418) 644-4574, soit par la poste, accompagnée d'un chèque ou d'un mandat-poste à l'ordre du ministre des Finances du Québec, à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Pour information additionnelle : **Région de Québec : (418) 643-5573**

Ailleurs au Québec : 1 800 707-3380 (sans frais)

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1999
Bibliothèque nationale du Canada, 1999
ISBN 2-550-35413-3

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

PRÉSENTATION

Le présent document a tout d'abord été conçu pour répondre à des attentes exprimées par les intervenantes et intervenants en santé publique qui travaillent auprès des aînés du Québec. Il vise à susciter des échanges qui permettront d'améliorer nos connaissances sur le vieillissement, de sensibiliser les personnes visées et d'améliorer la pratique auprès des aînés.

Nous avons, à maintes occasions dans le texte, inclus la « parole des aînés », qu'elle porte sur leur expérience de vie ou leurs diverses expertises professionnelles. Il s'agit notamment de personnes âgées qui expriment leurs perceptions, font part de leurs connaissances et précisent ce qu'elles voudraient que les leurs, les intervenantes et intervenants, les communautés, les organisations de soins et services et l'État comprennent et respectent. Ce document servira à la fois au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à sa Direction générale de la santé publique pour préciser leur vision et pour planifier leurs actions, tant en matière de promotion de la santé des aînés qu'en matière de prévention des problèmes de santé dans ce groupe de la population. Nous partons donc du principe que la présence des personnes âgées dans nos communautés est naturelle et que la place que ces personnes occupent doit leur convenir.

Ce document propose de miser sur les forces des personnes, sur leurs capacités de comprendre, de décider, d'apprendre et de s'adapter. Il propose de respecter leur intégrité, peu importe leur état de santé, leur âge et leur sexe. Il traite des conditions favorables à la santé. Il nomme les obstacles à la santé des personnes âgées et il pose un regard critique sur ces obstacles, notamment ceux sur lesquels nous avons tous le pouvoir d'agir pour les réduire ou les faire disparaître.

Les changements démographiques posent des défis de santé publique à la population québécoise. Ce document devient donc une étape préparatoire à des orientations plus précises en ce domaine, à la planification d'actions concrètes. Il nous convie à un questionnement fondamental et nous encourage à considérer qu'il s'agit là d'un projet de société, d'un beau projet.

Dans ce contexte, la parole des aînés devient parole d'espoir, surtout quand elle affirme sa propre valeur, quand elle veut sa place dans un discours qui, trop souvent, l'exclut.

Richard Massé
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la santé publique, MSSS

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES ÂÎNÉS AU QUÉBEC	5
1 LA SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES.....	9
1.1 Des influences significatives.....	10
1.2 La santé mentale et les aînés	11
1.2.1 L'environnement et la santé mentale des aînés.....	12
1.2.2 La vieillesse, voie d'évitement... ou voie d'avenir ?.....	15
1.2.3 L'actualisation de soi et le bien-être des personnes âgées.....	21
1.2.4 Le vieillissement « phénoménologique » et le vieillissement « expérientiel »	28
1.2.5 La motivation	29
1.3 Une société qui reconnaît ses aînés	31
1.4 Le développement continu	32
1.5 Vivre des changements volontaires.....	33
1.6 Une question de projet social.....	33
1.7 L'espérance de vie en bonne santé	34
1.8 Le bien-être économique et la santé des personnes âgées	35
1.8.1 Des aînés qui contrôlent leur pouvoir économique	36
Notes.....	38
LE PROFIL DES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES.....	43
2 LE VIEILLISSEMENT NORMAL NE PEUT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME PATHOLOGIQUE.....	47
2.1 Un message ambigu.....	47
2.2 Des femmes âgées particulièrement négligées et médicalisées.....	48
2.3 Des pratiques conflictuelles qui font mal.....	49
2.4 Un mouvement d'abandon.....	49
2.5 Des soins et des services encore inadaptés.....	50

2.6 Le silence des aînés	52
2.7 Ceux qui vivent mieux, malgré les préjugés	53
2.8 Le malaise relatif au lieu de résidence	55
2.9 De graves problèmes de nutrition et de dentition	55
2.10 Plus pauvres, plus longtemps	59
2.11 Des problèmes troublants	61
2.12 La vieillesse maltraitée.....	62
2.13 Et les aidantes... dites naturelles.....	64
2.14 Des constats pour mieux comprendre	66
2.15 Des constats pour mieux agir.....	69
Notes.....	70
3 LA SANTÉ PUBLIQUE : UNE QUESTION DE PARTENARIAT	75
3.1 Des priorités internationales	75
3.1.1 La déclaration de Montréal	76
3.2 Des priorités nationales	76
3.2.1 La <i>Politique de la santé et du bien-être</i> et les aînés	76
3.2.2 Les <i>Priorités nationales de santé publique</i> et les aînés.....	77
3.2.3 Des changements souhaités par les aînés et les intervenants	79
3.3 De la promotion de la santé et du bien-être de tous.....	80
3.4 La promotion de la santé et les axes d'évaluation	80
3.5 Un virage qui s'impose	82
3.6 Quelques exemples de problèmes d'intégration sociale à venir.....	84
3.7 Vers un nouveau paradigme de la santé	85
Notes.....	88
4 DES RÉALISATIONS.....	93
4.1 En Estrie.....	93
4.2 En Montérégie.....	95

4.3 En Outaouais	96
4.3.1 Les habitations partagées	96
4.3.2 L'utilisation saine des médicaments chez les aînés : un pas vers l'autonomie	97
4.4 À Montréal	98
4.4.1 Les activités de promotion de la santé auprès des aînés.....	98
4.4.2 Au CLSC René-Cassin	102
4.5 En Mauricie et au Centre-du-Québec	102
4.6 Dans d'autres régions	103
Notes.....	105
CONCLUSION.....	107
BIBLIOGRAPHIE.....	109

INTRODUCTION

Le Québec est une population vieillissante et il semble opportun de saisir ce que nous livrent les études et les recherches sur le concept de la santé associé à un vieillissement sain. Il semble également pertinent de profiter d'un éclairage sur la réalité des aînés apporté par les aînés eux-mêmes. La compréhension du phénomène du vieillissement par les aînés est assez faible et, bien souvent, elle se heurte à des idées préconçues relevant davantage de croyances que de faits.

Est-il réaliste de parler de promotion de la santé pour les personnes qui avancent en âge et même pour celles qui ont atteint le grand âge? La tendance à considérer le vieillissement comme une période associée à la maladie, à un phénomène pathologique, est-elle réversible au Québec? Ce document veut prouver qu'il est possible d'infléchir cette tendance et d'agir en amont des problèmes de santé chez les personnes âgées aussi.

À première vue, les problèmes anticipés que l'on associe au vieillissement de la population apparaissent inquiétants au regard des ressources publiques disponibles. Selon les prévisions, les besoins en soins et en services devraient augmenter fortement vers 2011. Cette évolution nous interpelle et nous pousse vers des orientations qui se veulent équitables pour tous les groupes de la société québécoise. Les coûts anticipés sont inquiétants. Est-il possible de prévoir d'autres scénarios avec des points de vue différents mais tout aussi réalistes sur ce phénomène social qu'est le vieillissement de la population?

L'intérêt est grandissant pour le phénomène du vieillissement de la population et ses conséquences sur l'ensemble de la société québécoise. Cet intérêt semble paradoxal puisqu'il se définit en même temps que l'on constate l'exclusion d'un grand nombre d'aînés dans de nombreux secteurs d'activité du fonctionnement social. Le moment paraît opportun pour se donner une vision plus saine et plus juste, intégrant les aînés dans une société québécoise pour tous les âges, afin de favoriser notre développement collectif.

Les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) et les stratégies des *Priorités nationales de santé publique* viennent renforcer la promotion continue des capacités individuelles, des attitudes positives et du potentiel des personnes et des communautés. Ces politiques concernent l'ensemble de la population. Il nous apparaît cependant opportun de mieux préciser les perspectives relatives aux aînés. La question des rôles sociaux et celle de la capacité de maîtriser sa vie et son environnement sont centrales, notamment pour les aînés. La promotion de leur santé est abordée ici pour en souligner l'importance et contribuer à en mesurer certains enjeux.

La population du Québec risque de se sentir dépassée par les besoins et les problèmes de l'ensemble des groupes de la société : aînés, jeunes, démunis, entre autres. L'État a la responsabilité d'assurer l'équité dans la répartition de la richesse collective. Nous pouvons

dès lors nous demander comment nous allons continuer à donner la priorité aux jeunes alors que les demandes des aînés continueront de progresser.

Par ailleurs, la promotion de la santé pourrait-elle favoriser un état de santé optimal pour tous ceux qui vieillissent ?

La présente revue de littérature rend compte d'écrits qui dénoncent la vision obscure de la vieillesse. Elle fait état des incertitudes et des inquiétudes à l'égard de cette étape de vie, mais aussi de l'attitude de ceux qui l'abordent avec sérénité et de façon positive. Ces approches opposées reflètent les réalités vécues par les citoyennes et citoyens du Québec. Selon les époques et les différences culturelles, vieillir devient objet d'admiration ou de répression. Vieillir est avant tout la continuité de la vie et il devrait être admis que l'on puisse vivre en bonne santé très longtemps. Mais qu'est-ce que la santé des aînés ? De quoi est-elle faite ?

Dans la première partie, le profil démographique des aînés du Québec est présenté ainsi que certaines caractéristiques de la santé de ces personnes. La santé mentale est largement couverte par des auteurs qui ont considéré l'importance des diverses réalités vécues par les personnes âgées et des conditions de réussite d'un vieillissement sain. La deuxième partie aborde les principaux problèmes de santé chez les aînés et les obstacles que ceux-ci doivent franchir pour continuer à vivre librement et intensément en fonction de leurs intérêts, de leurs compétences et de leur évolution. La troisième partie brosse un tableau sommaire des politiques touchant de près ou de loin les personnes âgées et pose un regard critique sur la santé et le système de soins et de services. La quatrième partie présente quelques réalisations s'orientant vers des actions concrètes et prometteuses pour la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées et la prévention des problèmes de santé les concernant.

Les standards médicaux définissent habituellement la maladie, laissant dans l'obscurité le vieillissement sain. Il nous faut découvrir ce vieillissement sain, car il prend autant d'aspects qu'il y a d'aînés. Ceux-ci échappent souvent aux statistiques, aux prévisions et aux idées toutes faites.

La perception des besoins des aînés est particulièrement biaisée par une approche qui fait voir les personnes à travers une grille d'identification et de classification de problèmes. Les aînés ont tous besoin d'être respectés et les divers réseaux devraient s'adapter à ce besoin universel. Pour l'instant, ce sont les aînés et leur famille qui sont obligés de s'adapter.

LE PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES AÎNÉS AU QUÉBEC

Le vieillissement de la population constitue l'un des phénomènes qui marquera profondément la société québécoise au cours des prochaines années. Bien que la population du Québec demeure l'une des plus jeunes du monde industrialisé, l'évolution de sa structure par âge indique un vieillissement rapide. En effet, pour connaître l'état de vieillissement d'une population, les chercheurs recommandent de ne pas regarder uniquement le nombre de personnes âgées par rapport à la population totale, mais plutôt d'examiner les changements dans la croissance des différents groupes d'âge.

DES FAITS SUR LA DÉMOGRAPHIE

GROUPES	1976	1986	1996
DE 0 À 14 ANS	25 %	20 %	19 %
65 ANS OU +	7 %	10 %	12 %

Le groupe des 15-64 ans a peu varié au cours de 1976-1996 ; cela démontre bien que le mouvement de bascule démographique s'est produit entre celui des 0-14 ans (- 6 %) et celui des 65 ans ou plus (+ 5 %). Les femmes de 65 ans ou plus représentent 14,2 % de la population féminine québécoise, tandis que 10 % des hommes ont atteint cet âge. Les femmes représentent 58 % des aînés de 65 ans ou plus et 70 % des personnes de 85 ans ou plus.

DES FAITS SUR LA LONGÉVITÉ

ESPÉRANCE DE VIE EN 1999

SEXE	1931	1961	1997
FEMMES	57,8 ans	72,8 ans	81,04 ans
HOMMES	56,2 ans	67,3 ans	74,80 ans

L'espérance de vie des Québécois à la naissance a progressé de façon significative depuis le début du siècle. Pour les Québécoises, il s'agit d'une des meilleures espérances de vie au monde. En effet, seules les Japonaises et les Françaises peuvent espérer vivre un peu plus longtemps. Du côté des hommes, le Québec a réalisé, avec l'Australie, le gain le plus élevé depuis 1976, soit cinq années. Il est possible de prévoir que d'autres gains seront faits dans les décennies à venir, en même temps qu'augmentera considérablement, au cours des 50 prochaines années, la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus. En 2031, ces personnes composeront un peu plus du quart de la population.

DES FAITS SUR LE STATUT ET LES CONDITIONS DE RÉSIDENCE

Plus une personne vieillit, plus elle risque de vivre seule. Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus :

- 27 % des hommes vivent seuls et 73 %, en couple ;
- 63 % des femmes vivent seules et seulement 37 %, en couple.

Si l'on observe le groupe des 75-79 ans :

— 71 % des hommes vivent encore en couple ;

— 30 % des femmes seulement vivent encore en couple.

— Chez les 80 ans ou plus, 86 % des femmes vivent seules et leur taux de veuvage est deux fois plus élevé que chez les hommes.

RÉPARTITION DES MÉNAGES (1991)

GROUPE D'ÂGE	PROPRIÉTAIRES		LOCATAIRES	
	FEMMES	HOMMES	FEMMES	HOMMES
65-74 ANS	39 %	68 %	61 %	32 %
75 ANS OU +	31 %	55 %	69 %	45 %

Là encore, on constate de grandes différences puisque, chez les personnes de 65 ans ou plus, 64 % des hommes sont propriétaires alors que seulement 36 % des femmes le sont. Selon la Régie des rentes du Québec, le revenu moyen des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant dans un ménage de propriétaires est de 11 % plus élevé que celui des personnes qui vivent dans un ménage de locataires. Les ménages de locataires âgés consacrent 30 % de leurs revenus à se loger comparativement à 13,4 % chez les ménages âgés propriétaires. Il y a plus de 70 000 unités de logement d'aînés subventionnées au Québec et 5,4 % de l'ensemble des aînés du Québec vivent dans des ressources d'hébergement public.

DES FAITS SUR LES REVENUS

REVENU TOTAL MOYEN DES AÎNÉS (1994)

SEXE	65-69 ANS	70 OU +	65 OU +
HOMMES	24 870 \$	20 044 \$	21 910 \$
FEMMES	11 809 \$	14 388 \$	13 551 \$

Le revenu des aînés, en 1994, selon l'enquête sur les finances des consommateurs de Statistique Canada, était en moyenne de 17 012 \$, ce qui était nettement inférieur au revenu moyen des Québécois (20 880 \$). En 1996, le revenu moyen des aînés était le même. Mais, peu importe le groupe d'âge, les femmes ont toujours un revenu moyen grandement inférieur à celui des hommes.

ÉTALEMENT DES REVENUS CHEZ LES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS

REVENUS	HOMMES	FEMMES
Moins de 15 000 \$	46,45 %	74,37 %
15 000 - 25 000 \$	27,42 %	18,67 %
25 000 - 40 000 \$	16,21 %	4,72 %
40 000 \$ ou plus	9,93 %	2,24 %

TAUX DE PAUVRETÉ CHEZ LES PERSONNES DE 65 ANS OU PLUS (1996)

ANNÉES	QUÉBEC	CANADA
1973	75,6 %	
1985	67,2 %	
1994	52,9 %	39,4 %

En 1996, le taux de pauvreté des personnes âgées de 65 ans ou plus est le plus élevé de tous les groupes d'âge, soit 28,8 %. À ce moment, 37,4 % des femmes et 20,2 % des hommes vivaient dans la pauvreté. En 1994, dans le groupe des 65-69 ans, 46,42 % des femmes touchaient un revenu inférieur à 10 000 \$. Ce pourcentage très élevé s'explique par le fait que, pour les personnes vivant en couple, c'est le revenu familial qui détermine si une personne a droit au supplément de revenu garanti. Étant donné que, dans la plupart des cas, c'est l'homme qui est allé sur le marché du travail, qui a contribué au régime des rentes provincial, qui a une pension privée ou reçoit des revenus de placement, la contribution économique des femmes n'est pas visible et ne leur donne accès qu'à la pension de la sécurité de la vieillesse (4 647 \$ en 1994) et, parfois, à un supplément de revenu garanti. Par ailleurs, il ressort que 62,8 % des personnes âgées de 65 ans ou plus ont un revenu de moins de 15 000 \$, soit 74,3 % des femmes et 46,4 % des hommes. Il

n'y a que 14,9 % des personnes âgées de 65 ans ou plus qui ont un revenu supérieur à 25 000 \$ alors que, chez les personnes de moins de 65 ans, cette proportion est de 36,49 %, avec 26,14 % des hommes et 6,96 % des femmes. Seulement 5,43 % des aînés ont un revenu supérieur à 40 000 \$ alors que c'est le cas pour 15,81 % des personnes de moins de 65 ans*.

* Données extraites de *La réalité des aînés québécois*, Québec, Conseil des aînés, 1997. Mise à jour du Conseil des aînés, à partir des données de 1996.

1 La santé des personnes âgées

Il y a cent ans, Durkheim a observé que la société était déjà préoccupée par le vieillissement tout en tentant de dégager ce qui était normal et ce qui était pathologique en matière de santé lorsqu'il était question de vieillissement. Ce discours est inspirant et peut encore servir pour cerner le territoire de la promotion de la santé et de la prévention des maladies.

À travers les temps, selon Durkheim, l'espèce humaine a développé des habitudes de vie plus saines, qui se sont généralisées pour ensuite être définies comme des normes de santé et de bien-être.

« Il y a surtout un ordre de variations dont il importe de tenir compte parce qu'elles se produisent régulièrement dans toutes les espèces, ce sont celles qui tiennent compte de l'âge. La santé du vieillard n'est pas celle de l'adulte, de même que celle-ci n'est pas celle de l'enfant, et il en est ainsi des sociétés. Un fait social ne peut donc être dit normal pour une espèce sociale déterminée que par rapport à une phase, également déterminée, de son développement [...] il faut encore avoir soin de les considérer à la phase correspondante à son évolution.

« [...] si vieillir était une maladie, comment pourrions-nous distinguer le vieillard sain du vieillard malade [...] la maladie est, avant tout, quelque chose d'évitable qui n'est pas impliqué dans la condition régulière de l'être vivant¹. »

Plus de quatre-vingts ans plus tard, Colvez a conceptualisé la santé des vieillards en observant plusieurs d'entre eux : « C'est donc en termes d'adaptabilité qu'il convient d'analyser l'état de santé des personnes âgées. [...] être en bonne santé, c'est être suffisamment adapté à son environnement pour y fonctionner de façon satisfaisante². »

Le défi de vieillir en santé au moment d'entrer dans le troisième millénaire est complexe et « l'adaptabilité » requise, selon Colvez, est rudement mise à l'épreuve. Les façons satisfaisantes de fonctionner se sont aussi modifiées à travers les décennies. Les rôles et la place des aînés dans la société constituent une dynamique en constant changement. Les aînés eux-mêmes ne forment pas un groupe monolithique ; leurs valeurs peuvent se reconnaître mais leurs conditions de vie, leurs pensées et leurs décisions sont très variables.

En 1998, Jacques Laforest en a dit ceci :

« On prend trop facilement pour acquis que la vieillesse est le temps du repos, du calme et de la sérénité ; c'est l'âge de la retraite, on se retire du champ de bataille ; finis les grands défis à relever ! Rien de plus illusoire. Tous les vieillards sont confrontés au plus grand défi de leur vie : donner un sens et une valeur réelle à

l'étape actuelle de leur existence dont ils sentent bien qu'elle est la dernière. À aucun âge de leur vie antérieure ils n'ont été confrontés à des défis dont l'enjeu pouvait être aussi important. En réalité, au temps de la vieillesse, l'enjeu n'est-il pas "être ou ne pas être"³ ? »

Lorsque Jacques Laforest écrit sur la vieillesse, il insiste pour nous faire comprendre que nos attitudes et nos comportements sont conditionnés par nos mentalités. Si nous éprouvons des sentiments de confiance, d'amitié et de satisfaction, nos façons d'être et d'agir en témoigneront. Le contraire sera tout aussi observable. Ces dispositions sont perceptibles chez les aînés eux-mêmes, chez les membres de leur famille, les autres proches, dans l'organisation des soins et des services et dans les décisions de l'État.

Concernant les mentalités des professionnels pour ce qui est de la vieillesse, il retient deux catégories :

« [...] il y a ceux qui croient que la dernière phase du cycle de la vie peut avoir un sens et une valeur, tout autant que les phases précédentes ; et il y a ceux pour qui la vieillesse n'est autre qu'une période de déclin qu'il convient de retarder et d'adoucir le plus possible jusqu'à l'inévitable échéance de la mort.

« Or, il est capital pour nos clients âgés qu'ils perçoivent chez nous une mentalité positive face à la vieillesse. Ils ont besoin de recevoir le message suivant : **tu peux croire à la vieillesse parce que moi j'y crois**⁴. »

1.1 Des influences significatives

L'examen de multiples variables agissant sur le bien-être psychologique des personnes âgées a mis en évidence trois types de facteurs différents qui ont tous un rapport significatif avec l'absence de qualité de vie :

- les conditions stressantes de l'environnement, en particulier l'environnement résidentiel ;
- un réseau de soutien insatisfaisant ;
- un système de croyances rigides et irrationnelles⁵.

Cependant, il n'a pas été démontré qu'en situation de stress élevé, la présence d'un réseau important empêche la baisse significative de la satisfaction de vivre. Les liens établis entre les nombreuses variables de la recherche sur les déterminants majeurs du bien-être psychologique des personnes âgées fournissent des indications précieuses :

- _ la constitution ou le maintien d'un réseau de soutien est un facteur important. Cependant, ce réseau doit être envisagé par rapport aux interactions affectives à la réciprocité, non par rapport au nombre ou à la fréquence des contacts ;
- _ les personnes âgées qui demeurent dans leur propre logement sont privilégiées, même si elles semblent plus solitaires et sont en contact avec moins de personnes quotidiennement. Le réseau, pour être significatif, doit répondre à un choix personnel ;
- _ le bien-être est principalement relié aux facteurs de stress environnemental, en particulier au logement, à la santé et au quartier de résidence. Le choix résidentiel représente donc un élément particulièrement important ;
- _ lorsque survient un stress majeur, comme un déménagement ou une maladie, le réseau de soutien ne constitue pas un facteur suffisant pour maintenir un niveau de bien-être élevé⁶.

1.2 La santé mentale et les aînés

Les adultes qui avancent en âge sont de plus en plus nombreux et ils vivent de plus en plus longtemps. Les jeunes qui avancent vers l'adolescence et l'âge adulte sont, quant à eux, de moins en moins nombreux. Voilà les deux causes principales du vieillissement *rapide* de la population du Québec.

En associant le vieillissement rapide de la population du Québec à d'autres dimensions telles que la famille nucléaire comme base de la société, on s'aperçoit que les personnes âgées se retrouvent isolées. En effet, les familles se transforment souvent en familles monoparentales et reconstituées, parfois successivement. Les aînés ne font pratiquement plus partie du fonctionnement quotidien des leurs. Le sens de la famille, tel que les aînés d'aujourd'hui l'ont connu et vécu, est ainsi disparu. En constatant l'éclatement des relations familiales, les parents âgés se sentent souvent responsables ou impuissants devant ce qui leur paraît être pire que ce qu'ils ont connu. Une chose leur apparaît cependant certaine, c'est que leurs descendants ont moins d'énergie, de disponibilité pour fonder des relations harmonieuses et d'entraide avec les aînés qui les entourent.

Il est relativement facile de disserter sur la situation globale des aînés en axant le discours sur la décadence du corps et de l'esprit qui survient chez 5 à 10 % de ces aînés avant 80 ans. Il est aussi tentant d'échafauder une projection catastrophique portant sur les quarante ans à venir et de déclarer, dès à présent, que le Québec sera

pratiquement en faillite à cause des aînés. Il est dès lors prévisible, dans un tel contexte, que nous allons devoir nous mesurer à l'exaspération des plus jeunes qui, s'ils travaillent, ont souvent un emploi précaire. Vieillir deviendra-t-il une corvée de plus en plus difficile à partager socialement ? Le refus de vieillir, et ses conséquences plus ou moins dramatiques, prendra-t-il encore plus d'ampleur ? Allons-nous admettre l'idée que vieillir est acceptable dans certaines conditions ?

Vieillir n'est pas autre chose que de continuer à vivre le présent, comme le font tous les êtres vivants. C'est une réalité de la vie et cette réalité a un sens qu'il faut trouver pour soi-même et pour les autres.

C'est à partir du postulat que la vieillesse et la mort sont des étapes de la vie, enrichissantes pour les individus et la société, que la promotion de la santé des personnes âgées se révèle nécessaire et mérite de devenir une priorité intégrée dans l'ensemble des interventions du réseau de la santé, notamment quand ces interventions s'adressent aux aînés.

1.2.1 L'environnement et la santé mentale des aînés

Le Comité de la santé mentale du Québec reconnaît que « la santé mentale est une notion complexe, qui varie selon les époques, les cultures, les milieux et les individus⁷ ». L'élargissement souhaitable de la notion de santé mentale s'appuie entre autres sur « l'amélioration des connaissances sur les déterminants de la santé mentale et l'émergence des mouvements sociaux, tels le mouvement communautaire et le mouvement féministe⁷ ».

Quand on aborde la santé mentale, on considère aussi les capacités du milieu à favoriser les forces de l'individu. Dans cet esprit, la notion de santé mentale peut être comprise comme suit.

« La santé mentale, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu.

« Elle résulte d'interactions entre les facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

« La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques.

« Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes prises individuellement.

« Cette notion élargie de la santé mentale incite à concevoir des interventions qui s'adresseront non plus seulement à des individus, mais aussi à des groupes ciblés au sein de la population ou à des collectivités (quartier, village, ville, région, et parfois même la collectivité toute entière) de façon à agir sur les facteurs communs qui compromettent ou favorisent la santé mentale⁷. »

En plus d'inclure certains des principes généraux qui aident à mieux comprendre la santé mentale, ce document propose une distinction entre les concepts de prévention et de promotion dans ce domaine.

« La promotion de la santé mentale vise l'amélioration du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse chez l'individu et les groupes, ainsi que les conditions favorables à la santé mentale. Son action porte sur les déterminants de la santé mentale plutôt que sur les facteurs de risque, et vise la population en général ou des sous-groupes précis⁷. »

Les caractéristiques communes à la prévention et à la promotion sont, elles aussi, répertoriées dans ce document. Elles sont présentées à l'intérieur de démarches orientées vers des groupes cibles, marquant l'importance d'un bon état général et axées sur des approches tant éducatives que communautaires. Ces démarches sont caractérisées par les communications, le marketing social, les changements organisationnels et l'action politique ; elles visent à soutenir et à renforcer les personnes et leur maîtrise des événements de la vie, ce qui nécessite l'engagement conjoint des intervenants et des milieux intéressés, incluant les décideurs publics. L'individu est abordé dans sa réalité globale et sociale.

Le Comité explore succinctement les facteurs de réussite de ces démarches, ainsi que les enjeux et les défis que devront relever l'État et les divers milieux concernés par l'intervention en matière de santé mentale. Il rappelle que le double but d'une politique de santé mentale devrait être de :

« [...] fournir une réponse adaptée aux personnes qui vivent des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux, et de favoriser le maintien et le développement optimal de la santé mentale de la population. Ces objectifs sont soutenus par la proposition des cinq orientations suivantes :

- assurer la primauté de la personne ;
- accroître la qualité des services ;
- favoriser l'équité ;
- rechercher des solutions dans le milieu de vie ;
- consolider le partenariat⁷ ».

Le lien de ces orientations avec la santé mentale des personnes âgées comme groupe dans la collectivité prend tout son sens quand le Comité met en évidence :

« [...] les caractéristiques individuelles en relation directe ou indirecte avec l'environnement global et les microsystèmes dans lesquels chacun évolue. L'inverse est aussi vrai. Nous sommes ici en face de champs aux frontières perméables, qui s'interpénètrent les uns les autres et qui se modifient sous l'influence de situations particulières⁷. »

Les auteurs dégagent deux facteurs déterminants : le sexe et ses liens avec la discrimination des femmes, particulièrement au travail, et la violence qui est faite à ces femmes, notamment au sein même de la famille ; l'âge et ses liens avec la dévalorisation, l'exclusion des « rôles signifiants, dans un univers où la valeur d'une personne est trop souvent appréciée en fonction de sa capacité de production⁷ ». Les personnes qui avancent en âge, parmi les plus vulnérables, sont trop souvent confinées dans des environnements qui détériorent à coup sûr leur santé mentale.

L'environnement des personnes âgées est d'abord constitué des différents milieux de vie que sont la famille, l'ethnie et le réseau social personnel. Quant aux conditions sociales que ces personnes connaissent, elles dépendent autant de l'économie et de la politique que des institutions publiques et privées qui reçoivent et prennent en charge ces personnes. Enfin, la troisième catégorie de caractéristiques touchant la qualité de vie des aînés du Québec, comme tous les autres groupes mais de façon différente, est constituée des choix collectifs en matière de normes, de valeurs et d'idéologies dominantes.

Le Comité dit clairement que les services curatifs ne suffiront pas à eux seuls à « *contrer l'émergence des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux. Aussi faut-il reconnaître la nécessité de concentrer plus d'énergie sur l'intervention préventive et promotionnelle⁷* ».

L'action en santé mentale doit progressivement emprunter la voie tracée par les six grandes stratégies de la *Politique de la santé et du bien-être*, d'autant plus que l'on sait aujourd'hui « que la santé mentale forme une composante importante de la santé et du bien-être⁷ ».

Ces stratégies sont les suivantes :

- « *soutenir les milieux de vie* ;
- *renforcer le potentiel des personnes* ;
- *améliorer les conditions de vie* ;
- *agir pour et avec les groupes vulnérables* ;

- *harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être ;*
- *réorienter le système de services de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses⁷. »*

Enfin, le Comité propose de « [...] *faire des choix importants quant à la façon de déployer les efforts collectifs en santé mentale⁷* ».

1.2.2 La vieillesse, voie d'évitement... ou voie d'avenir ?

Un groupe multidisciplinaire⁸ — réunissant psychologue, médecin, andragogue et écrivain, anthropologue et gérontologue, infirmière et docteure en éducation — s'est penché sur la question particulière du vieillissement associé à la santé mentale. La collaboration du Comité de la santé mentale du Québec lui était acquise pendant les deux années d'élaboration de son document sur le vieillissement et la santé mentale. Il fut également soutenu par la précieuse collaboration de quelque 200 personnes âgées venant de différentes régions du Québec et celle de chercheurs, d'intervenants et de membres de diverses associations.

Le mandat du groupe de travail découlait de la *Politique québécoise de santé mentale*, adoptée en janvier 1989. Il consistait à « étudier les questions de promotion de la santé mentale et de prévention des problèmes mentaux chez les personnes âgées⁸ ». Le groupe de travail était invité à formuler des recommandations dans le respect des orientations fondamentales de cette politique. Il en a formulé 56, s'adressant particulièrement aux instances publiques de l'éducation supérieure en médecine, en gériatrie, en gérontologie et en psychiatrie ; aux associations et fédérations de spécialistes ; au ministère de la Santé et des Services sociaux, à celui du Travail et de la Main-d'œuvre, à celui de la Sécurité du revenu et à celui du Transport ; à la Société d'habitation du Québec ; aux régies régionales de la santé et des services sociaux et aux CLSC ; aux municipalités ; au gouvernement dans son ensemble ; au personnel des établissements de soins de longue durée ou de courte durée, au personnel des centres de jour, etc. Ce colossal travail de réflexion et de consultation portait essentiellement sur les façons de maintenir et d'améliorer la santé mentale des personnes âgées au Québec.

Le chapitre trois, intitulé *Les clés d'une bonne santé mentale*, est particulièrement consacré aux propos relatifs à la promotion de la santé mentale des aînés. Il commence par cette citation :

« Il y a des gens qui commencent à se préparer à mourir quand ils approchent de 70 ans ; il y en a d'autres qui se préparent à vivre jusqu'à ce qu'ils aient 90 ans. Si ceux qui se préparent à vivre jusqu'à 90 ans meurent à 70, ils ne verront pas la différence [...] Mais si ceux qui se préparent à mourir à 70 ans vivent jusqu'à 90, les dernières vingt années peuvent être infernales⁸. » Une aînée de 93 ans.

La revue de la documentation scientifique et la consultation du groupe de travail ont mis en évidence les facteurs psychologiques suivants comme étant ceux qui influent le plus sur la santé mentale de la personne âgée : la **confiance en soi**, la **liberté d'action** et le **respect manifesté par les autres**.

La **confiance en soi** repose sur des responsabilités, sur des engagements valorisés et valorisants. La retraite est un événement stratégique à cet égard car les sentiments d'inutilité peuvent surgir chez une personne et mettre en péril « *sa confiance, son estime de soi et, en définitive, sa santé mentale*⁸ ».

Pour le groupe de travail, « les approches positives qui mettent en évidence la continuité dans le développement de la personnalité méritent d'être mieux connues du grand public et des individus ». Les personnes âgées et les intervenants consultés parlent de projets à soutenir et à réaliser, de la nécessité de prendre ses propres décisions, de satisfaction et d'estime de soi, de nouveaux rôles, de défis ainsi que de la force intérieure constituée de la confiance en soi qui maintient l'autonomie.

« La **liberté** de faire ce qu'elles veulent » est une notion très importante pour les personnes âgées. C'est un facteur qui renvoie à la notion de contrôle de soi et de son environnement, notion inscrite également dans le concept de la promotion de la santé et du bien-être.

Le groupe de travail a relevé certains témoignages qui soulèvent des polémiques, particulièrement en milieu institutionnel :

« Respecter le choix d'une personne vieillissante, c'est favoriser sa santé mentale.

« Il faut trouver le moyen de donner la parole aux personnes concernées pour qu'elles puissent exprimer elles-mêmes leurs besoins.

« [...] une politique de santé mentale pour personnes vieillissantes ne doit pas se limiter à un encadrement ; elle doit dépasser les cadres pour essentiellement donner une relative liberté de choix [...] Il est entendu qu'il y a des conditions sociales, économiques, familiales et personnelles qui font en sorte que les choix des personnes sont restreints. Ainsi, dans une politique, on ne peut offrir tous les choix à tout le monde. Toutefois, on doit proposer une possibilité de choix aux personnes elles-mêmes, et non pas aux intervenants. »

“La liberté de faire ce que je veux” signifie, pour la personne âgée, pouvoir refuser de dépendre des autres et des événements, maintenir son indépendance mentale malgré parfois une dépendance physique ou financière et, surtout, conserver son droit de décider⁸ ».

Le **respect** comporte l'acceptation et le respect de soi par les autres et constitue un des éléments primordiaux pour la santé mentale des personnes âgées. Le nombre d'aînés augmentera encore avec l'évolution démographique. La plus grande place qu'ils occuperont désormais dans la société pourra entraîner de nouveaux problèmes.

« Toute personne âgée peut être victime, à des degrés divers, d'atteintes à son **intégrité**. Il y a donc un travail considérable de promotion à entreprendre pour lutter contre les injustices, les préjugés et les perceptions négatives qui ont cours dans la société et qui peuvent affecter, tôt ou tard et plus ou moins, notre perception de notre propre vieillissement⁸. »

La sécurité est donc classée par les personnes âgées au premier rang des facteurs qui influent sur leur santé mentale.

« Quand la personne âgée sent ses capacités diminuer, elle devrait être protégée contre les dangers d'accidents ou de "victimisation" et avoir l'assurance qu'elle n'aura normalement pas besoin de changer de logement ni de s'adapter à un nouveau milieu de vie. Elle devrait également pouvoir compter sur les services dont elle a besoin. Ces éléments de **sécurité** favorisent la santé mentale ; en leur absence, la personne âgée risque de développer un niveau élevé de stress ou d'anxiété. Trouver le moyen terme entre l'autonomie et la sécurité représente un défi majeur pour ceux qui s'intéressent à la qualité de l'environnement des aînés⁸. »

Le groupe de travail propose que les aînés soient intégrés à l'école et qu'ils contribuent à l'assimilation par les enfants de valeurs fondamentales pour la société québécoise. Même si la famille ne redeviendra pas ce qu'elle était, la reconnaissance de la réciprocité des droits est indispensable entre les parents et les enfants, entre les enseignants et leurs élèves. L'éducation engage toutes ces parties à travailler ensemble pour favoriser les apprentissages de tous. L'école doit donner un rôle actif aux aînés de la communauté pour qu'ils puissent transmettre « [...] *des attitudes, des connaissances et des convictions que les élèves pourraient intégrer tout naturellement*⁸ ». La valorisation dans ce rôle répondrait aux besoins des aînés privés de contacts avec leurs petits-enfants et à celui des enfants privés de la complicité de leurs grands-parents.

« Carrefour de trois générations, enfant, adulte, aîné, l'école deviendrait une source d'éducation intergénérationnelle où chacun donne et reçoit de l'autre. Le résultat pourrait se mesurer en respect, en compréhension et en admiration réciproque⁸. »

Quand le groupe de travail se penche sur « la personne âgée dans son milieu », il précise que « [...] *deux catégories de facteurs sociaux peuvent influencer fortement sur les facultés d'adaptation de l'individu, ou limiter son accès aux ressources qui soutiennent sa santé mentale, étant donné le stress et le déséquilibre qu'ils provoquent*⁸ ».

« Les premiers font, en quelque sorte, partie de l'**identité** même de l'individu : ce sont les liens conjugaux et familiaux, la situation de vie, l'appartenance à une communauté culturelle. Les seconds font plutôt référence à la situation socio-économique, aux contacts sociaux et au milieu de vie (région, voisinage) : ce sont les **facteurs environnementaux**⁸. »

La recherche et les consultations menées par le groupe de travail confirment que « [...] *la vie familiale est un facteur déterminant pour la santé mentale de la personne âgée*⁸ », et ce, malgré les possibilités de conflits de valeurs, surtout en ce qui concerne les questions de religion et de sexualité.

La **vie conjugale ou affective** est peu mentionnée par les aînés comme étant un facteur important pour la santé mentale. Les membres du groupe de travail se questionnent sur le fait qu'il existe au Québec bien peu de ressources pour aider les couples à traverser des périodes difficiles. Les divorces ou séparations connaissent une croissance importante. « Peut-être que les personnes âgées croient qu'il n'est pas du ressort des services publics d'intervenir dans ce domaine⁸ »

Le veuvage est une réalité omniprésente, particulièrement pour les femmes âgées. C'est un événement générateur de stress qui se classe au premier rang parmi les facteurs de stress, alors que la séparation et le divorce sont au dix-septième rang, et la retraite au vingt-huitième rang.

Pour les hommes, le veuvage signifie des problèmes de soutien et de sécurité relationnelle : solitude, dépression, alcoolisme, suicide. Pour les femmes, il est surtout associé à l'insécurité économique et à la solitude.

Les recherches indiquent que les effets de la perte du conjoint sur la détérioration de la santé mentale sont de courte durée et que les conséquences sont beaucoup moins graves à long terme.

« [...] le nombre de remariages est cinq fois plus élevé chez les veufs que chez les veuves et celles-ci sont cependant plus nombreuses à vivre en établissement ».

« Le désir d'intimité et surtout le besoin qu'on prenne soin d'elle, peuvent aussi éveiller chez la personne en deuil un profond sentiment de solitude. En fait, une personne sur quatre dit en souffrir. Ce sentiment n'est pas uniquement provoqué par l'absence du conjoint ; il peut également découler de l'incompréhension de l'entourage, du manque de soutien dans la vie quotidienne, du sentiment d'être marginalisée⁸. »

L'**aide informelle** constitue une ressource très importante pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. « *En fait, environ 80 % de l'aide fournie aux personnes âgées vivant dans la communauté provient des membres de leur famille*⁸. » *Seulement 30 % des aidants informels sont des hommes.*

« Si le conjoint (surtout l'épouse) est décédé ou n'est pas en mesure de remplir ce rôle, ce sont le plus souvent les filles qui prennent la relève. C'est donc dire que la réalité a peu changé depuis l'entrée massive des femmes sur le marché du travail.

« On oublie souvent que cette forme d'aide comporte des coûts. Les aidants subissent ainsi des contraintes psychologiques, physiques, familiales et économiques considérables dans leur vie quotidienne⁸. »

L'**appartenance à une communauté culturelle** implique l'adaptation des interventions afin de respecter les différences des Québécois venant de diverses régions du monde. « On sait que les attitudes à l'égard des personnes âgées varient beaucoup selon les groupes ethniques⁸. » Le soutien social, si important pour la santé mentale, peut donc faire défaut dans certaines communautés culturelles. Les barrières linguistiques et culturelles peuvent ajouter à l'isolement et au manque d'information sur des services fondamentaux.

Par ailleurs, la dépendance économique des aînés immigrants envers les membres de leur famille qui les parrainent peut être à l'origine de graves conflits familiaux.

Les programmes de santé mentale doivent inclure la compréhension des nouvelles cultures qui composent la société québécoise actuelle et éviter la stigmatisation liée aux problèmes mentaux. La formation des intervenantes et intervenants à ce sujet est indispensable.

La consultation du groupe de travail a permis de lier l'absence et l'insuffisance de **ressources économiques** à la santé mentale des aînés. Ce groupe a constaté que les aînés souffrent d'insécurité et qu'ils se font beaucoup de souci pour l'avenir. Ils craignent de devoir déménager si leur santé se détériorait, de ne pas pouvoir choisir un logement avec des services et de ne pas avoir de place dans les résidences publiques. Certaines personnes âgées sont fières de vivre selon leurs moyens en se contentant de peu. Leur budget extrêmement serré leur fait dire qu'elles n'ont pas de problème financier mais « si on veut faire des dépenses de gens ordinaires, pas seulement de vieux, on n'arrive pas et c'est très difficile⁸ ».

Les **relations sociales** contribuent au bon moral des personnes âgées, parce qu'elles sont choisies et maintenues volontairement. La qualité de ces relations est fondamentale. De simples contacts, même fréquents, ne suffisent pas à protéger contre un nombre important de problèmes physiques et mentaux.

Le bénévolat et l'entraide sont des activités privilégiées par les personnes âgées. Une relation de réciprocité marque l'entraide. Ainsi, le fait de demander l'aide d'autrui ne porte pas atteinte à l'amour-propre.

Le **milieu de vie** est sans contredit le point de référence par excellence pour sécuriser les personnes âgées. Les aînés préfèrent vivre dans la communauté, y être intégrés, y trouver les ressources matérielles et humaines leur assurant la liberté d'action, même

quand ils connaissent une perte d'autonomie. Les ressources de maintien à domicile sont ainsi une condition d'amélioration de la santé mentale des aînés.

Le **logement** sécuritaire est une condition des plus influentes sur la santé mentale, particulièrement pour les nombreuses femmes vivant seules. Les dangers d'isolement et d'insécurité qui les guettent sont réels. Leur situation financière peut également être très précaire. Les programmes de logement social subventionné tendent à regrouper ces femmes âgées dans des logements conçus à leur intention.

D'autres solutions sont possibles, selon les situations individuelles : la cohabitation avec une autre personne âgée, ou avec une personne plus jeune, ou encore la proximité résidentielle ont produit des effets sur l'accroissement du sentiment de sécurité ressenti par la personne âgée.

Le **maintien à domicile** est un modèle qui prend des formes très variées. Il semble clair que l'**hébergement en institution** devrait être une solution de dernier recours, accompagnée d'évaluations et d'interventions très bien adaptées. Il devrait offrir une ouverture très grande sur le milieu afin d'éviter l'isolement et ses effets néfastes sur la santé mentale des personnes hébergées. Une perte d'autonomie physique n'implique pas une perte ni un abandon de l'autonomie mentale et affective.

« Un milieu de vie doit à la fois reproduire autant que possible une situation "normale" et favoriser l'autonomie des résidents. La normalisation implique que la vie en établissement soit un reflet de la vie dans la communauté [...]»⁸ »

La **vie en milieu rural** est grandement influencée par la présence des aînés. La qualité des ressources qui sont consacrées aux personnes âgées doit être maintenue pour éviter l'exode vers des villes mieux pourvues en services. Les interventions doivent, là aussi, tenir compte des différences culturelles et du contexte social. Parmi les services à développer, il faut retenir le soutien à domicile, les services de répit, les popotes roulantes et les centres de jour itinérants.

Enfin, une meilleure **perception sociale** des aînés est le dernier et non le moindre des éléments à promouvoir pour favoriser la santé mentale de ces personnes. La perception qu'elles ont d'elles-mêmes est influencée par le discours public et celui des médias, qui contribuent à fabriquer l'opinion populaire.

« Il arrive également que l'on projette dans la population des propos exagérément alarmistes et des visions quasi apocalyptiques sur le vieillissement futur de la société. Ici et là, des allusions à peine voilées se font jour sur le fardeau trop lourd que constitueraient les aînés, souvent jugés responsables des coûts démesurés en matière de santé⁸. »

La dernière recommandation du groupe de travail s'adresse au ministère de la Santé et des Services sociaux afin qu'il réagisse aux perceptions négatives en coopérant avec les médias et en créant des émissions susceptibles « d'émousser le caractère corrosif de stéréotypes et de restaurer la confiance⁸. »

Les 56 recommandations du groupe de travail constituent l'essentiel de cet ouvrage. Malheureusement, ces mesures n'ont fait l'objet d'aucun suivi. Il est évident pour les membres du groupe de travail que la perception sociale des aînés et du vieillissement est une dimension majeure de la santé mentale de ceux qui avancent en âge.

1.2.3 L'actualisation de soi et le bien-être des personnes âgées

L'actualisation de soi chez les personnes âgées a fait l'objet de travaux réalisés par un groupe de recherche du Québec⁹.

L'échantillon retenu pour l'étude comportait :

- 241 sujets de Montréal ;
- 240 sujets de Sherbrooke ;
- 120 sujets du milieu rural de l'Estrie.

« L'image de la personne âgée que révèle cette étude est beaucoup plus complexe et nuancée que celle que renvoie habituellement la société et les mass media. L'analyse des résultats au test POI montre qu'une proportion de 11 % de notre échantillon est fortement actualisée, 44 % moyennement, 39 % faiblement et 6 % très faiblement actualisée. De même, la grande majorité (80 %) des personnes que nous avons observées ont été évaluées en bonne santé : seulement 20 % d'entre elles sont atteintes de déficiences moyennes ou sévères. Ce résultat est très voisin de ceux de la plupart des études qui rapportent que les trois quart des personnes âgées n'ont pas de problème de santé et que moins de 10 % requièrent des soins psychiatriques. On peut constater que, contrairement à ce qui est généralement admis, vieillir n'est pas forcément synonyme de maladie. Le vieillissement même peut signifier, pour beaucoup, une nouvelle phase très importante de leur développement et de leur actualisation⁹. »

« L'analyse des récits de vie de quinze sujets âgés a permis de dégager quatre facteurs clairement identifiés, semble-t-il, à l'actualisation de soi après 65 ans. Les voici par ordre d'importance :

- les activités d'enrichissement personnel ;
- la qualité du milieu familial ;
- les perspectives d'avenir ;
- le développement intellectuel⁹. »

Les auteurs retiennent que les activités d'enrichissement personnel, la qualité du milieu familial et les perspectives d'avenir ont un rôle particulièrement important dans le processus d'actualisation de soi.

« On peut conclure que ces trois facteurs semblent avoir joué un rôle déterminant dans la trajectoire de vie des personnes qui s'actualisent bien après 65 ans et que, mis à part le milieu familial, les deux autres facteurs dépendent en bonne partie de l'activité de la personne et pourraient de ce fait être, en partie du moins, modifiés par des interventions appropriées. Un tel constat permet d'entrevoir des actions visant à améliorer le niveau d'actualisation des personnes âgées et par là contribuer à rehausser leur santé et leur qualité de vie en général⁹. »

Selon Ryff (1986), la recherche sur le vieillissement réussi n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. Le vieillissement réussi a été évalué à partir d'instruments qui mesuraient des concepts aussi vagues que la satisfaction par rapport à sa vie, le moral et le bonheur, en postulant de manière implicite que, plus on est satisfait de sa vie, heureux et optimiste, plus on réussit son vieillissement. Or, la présente étude a le mérite d'avoir défini clairement et de façon opérationnelle la notion de vieillissement réussi.

« Il est postulé ici que la réussite de son vieillissement ne diffère pas essentiellement de la réussite de sa vie en général et que celle-ci peut être définie en référence à l'idée d'actualisation de soi, telle qu'elle a été développée par les principaux représentants de la psychologie existentielle humaniste⁹. »

Un vieillissement réussi sera celui où l'individu est centré sur le présent plutôt que d'être orienté vers le passé ou l'avenir, où il continue de développer ses potentialités et de s'adapter de manière créatrice à son environnement et aux nouvelles situations de sa vie, où il fonctionne de manière autonome sur le plan psychologique et se montre capable d'intégrer ses aspirations et ses désirs dans des buts et des projets réalistes. Il semble qu'une telle conception se rapproche davantage du concept du vieillissement réussi.

Le concept du vieillissement réussi suppose non seulement qu'on est content de soi et bien dans sa peau, mais qu'on continue de fonctionner de manière optimale sur les plans psychologique et social. Le vieillissement réussi devrait être vu comme un actif pour l'individu aussi bien que pour la société.

Or, ni le concept de satisfaction de vie, ni celui de moral ou de bonheur n'impliquent l'idée de plein développement de la personne et de pleine possession de ses moyens comme l'actualisation.

« Il semble donc qu'en définissant le vieillissement réussi comme un processus d'avance en âge, où l'individu continue d'actualiser son potentiel et de s'adapter de manière créatrice à son environnement, on situe le vieillissement réussi dans la ligne du développement positif antérieur et l'on trace un idéal vers lequel devrait tendre une action désireuse d'améliorer la qualité de vie des aînés.

« Le 2^e élément novateur de cette recherche par rapport aux études habituelles sur le vieillissement réussi a trait au type de relation postulée entre celui-ci et la santé. Jusqu'ici, les recherches ont tenté de montrer que la santé pouvait être un bon prédicteur de l'actualisation de soi. L'originalité de la présente étude a consisté à soutenir l'hypothèse inverse, à savoir que le vieillissement actualisé pouvait s'avérer un bon prédicteur de la santé chez les personnes âgées⁹. »

« Les résultats montrent que l'actualisation de soi est liée de manière significative aux deux mesures de la santé, mais qu'elle est, comme nous l'avions prévu, plus fortement reliée à la santé subjective qu'à la santé objective⁹. »

Les auteurs avaient au préalable analysé l'importance de l'actualisation de soi et de ses effets sur le bien-être des personnes âgées :

« Il faut rappeler que l'intuition fondamentale de cette recherche à l'effet que les constituants d'un vieillissement réussi sont à rechercher dans la capacité chez l'individu de maintenir son identité et de garder un équilibre, en s'adaptant aux situations stressantes émanant de l'environnement, en même temps qu'aux mutations biologiques reliées à l'avancement en âge. L'actualisation de soi désigne en quelque sorte la capacité de réalisation de cet équilibre à travers des accomplissements signifiants qu'il s'agisse de développer ses potentialités créatrices en étant donc pleinement conscient de vivre le présent en harmonie avec le milieu. L'actualisation de soi s'inscrit donc comme un déterminant important des modes d'adaptation des personnes âgées. Cette piste de réflexion s'appuie en quelque sorte sur le postulat qu'une personne âgée bien actualisée a appris à développer des attitudes positives qui se refléteront notamment dans une saine gestion de sa santé. Par exemple, il est permis de penser que les individus actualisés adopteront, au cours des années, des comportements préventifs en matière de santé et développeront des habitudes de vie favorisant une meilleure autonomie et une bonne perception de leur état de santé en général.

« Nous sommes donc incités à reconnaître le rôle bénéfique de l'actualisation de soi sur l'incidence des maladies et les incapacités, ce qui devrait se traduire par une dépendance institutionnelle moindre et une consommation réduite des services de santé⁹. »

L'enquête par les récits de vie cherche à déterminer les facteurs personnels et environnementaux les plus susceptibles de distinguer les degrés d'actualisation atteints par les personnes au stade où elles sont rendues dans leur existence. Par ailleurs, l'enquête a voulu décrire le processus de développement de la tendance actualisante.

Certaines personnes semblent bien vivre un processus d'actualisation au premier abord : elles fonctionnent bien sur le plan cognitif, elles paraissent satisfaites de leur vie et bien adaptées à leur milieu familial et social. En y regardant de plus près, les auteurs découvrent une faille : les processus de mise en valeur et d'exploitation créatrice de leurs potentialités semblent s'être arrêtés. Ces personnes fonctionnent bien, mais elles

ne sont plus en croissance. La grande majorité des personnes âgées se classe dans cette catégorie que les chercheurs ont appelée les **adaptés fonctionnels**.

Les **mésadaptés** forment une autre catégorie. Ils font des efforts laborieux et mal réussis d'adaptation à la vie. Ils comblent des carences, composent avec des handicaps et préviennent tant bien que mal les difficultés. Leur existence, teintée par une approche défensive, est morose et malheureuse, s'accompagnant des regrets du passé, de sombres perspectives.

« [...] il y a le groupe de ceux dont la vie dégage, même dans un âge avancé, une impression de vitalité, de renouvellement, d'ouverture et de créativité. Contrairement aux "adaptés fonctionnels" qui semblent stagner dans leur développement, ceux-ci continuent d'être en croissance. Ils semblent être à la poursuite de quelque chose d'inédit. Plus que les autres, ces personnes sont à l'écoute d'elles-mêmes et de la vie, capables de réagir et de s'adapter de manière originale aux événements et aux situations, attentives à leurs besoins en étant soucieuses des autres. Bref, ce sont des gens non seulement bien adaptés, mais en état d'actualisation et de développement de leurs potentialités. Nous les appellerons les **adaptés créateurs** ou **actualisés**⁹. »

Les caractéristiques de ces personnes adaptées et créatrices sont les suivantes :

- une attitude fondamentalement positive inspirée par la vie qu'elles mènent (elles ont l'impression d'être choyées par la vie) ;
- la conscience que leur bonheur dépend en grande partie d'elles-mêmes (l'organisation de leur vie ne permet pas l'ennui) ;
- un jugement auquel elles font confiance (basé sur leur intuition, leur sens de la justice, la fidélité à elles-mêmes, même si les pressions sont fortes) ;
- la confiance en elles-mêmes et l'indépendance (c'est-à-dire la possibilité de dire ce qu'elles pensent, de prendre des décisions) ;
- la curiosité intellectuelle et l'intérêt vital pour ce qui se passe autour d'elles (l'actualité, les contacts intergénérationnels, la lecture, la nature, etc.) ;
- la capacité d'entretenir des relations d'amitié solides (avec d'anciens collègues, un frère, une sœur, un voisin, une personne proche).

Ces personnes ont relevé plusieurs défis dans leur vie et elles ont expérimenté l'adaptation à des situations nouvelles. Elles ont donné le meilleur d'elles-mêmes à plusieurs occasions. Une telle typologie permet d'illustrer les tendances et de relever les traits dominants en plus d'indiquer des directions pour activer et accroître le dynamisme d'actualisation de certaines catégories de personnes âgées. Les facteurs qui différencient l'actualisation de soi des personnes âgées sont les suivantes :

- les ressources de l'environnement (milieu de vie favorable, milieu familial) ;

- les ressources intrapsychiques et interpersonnelles de la personne.

Quant au milieu familial, on l'aborde ainsi :

« [Il] doit être considéré comme l'un des facteurs clés du développement de la tendance actualisante et sans doute l'un des meilleurs prédicteurs de l'actualisation de soi pour le reste de l'existence. Le développement psychoaffectif et psychosocial aura par la suite de fortes répercussions sur le dynamisme d'actualisation. Il contribue à l'établissement de base du développement de la confiance en soi, de l'estime de soi, de l'autonomie et de l'indépendance d'esprit qui caractérise bien les personnes qui s'actualisent jusqu'à un âge avancé⁹. »

Cependant, il est possible que le processus d'actualisation de soi soit réactivé chez une personne qui commence une vie de couple ou qui change de milieu de travail par exemple.

« À partir du moment où le milieu redevient favorable, il semble possible de redonner vie et dynamisme à une tendance actualisante qui aurait été atrophiée ou sérieusement affaiblie par certains événements ou certaines situations en cours d'année⁹. »

Plus la personne est adaptée et créatrice, plus elle peut influencer son environnement et créer des conditions favorables à son propre développement. « On est ainsi amené à concevoir l'actualisation comme la résultante d'un processus d'interaction complexe entre deux systèmes, celui de la personne et celui du lieu⁹. »

Le développement intellectuel et les activités d'enrichissement personnel associées à des projets d'avenir sont des ressources personnelles importantes pour favoriser l'actualisation de soi. Les sujets bien adaptés et créateurs continuent de faire des projets d'avenir, de croire qu'ils peuvent encore s'améliorer, de penser que l'avenir leur réserve encore de belles choses. Ils n'hésitent pas à investir du temps, de l'argent et de l'énergie pour réaliser plusieurs de leurs rêves.

« Pas d'actualisation sans un milieu riche de possibilités, stimulant, provocateur, amenant la personne à mettre à profit ses ressources, à se dépasser et à se transformer, un milieu qui fait également confiance à la personne, qui l'accepte telle qu'elle est et qui encourage l'expression de sa créativité et de ses talents. Par ailleurs, pas d'actualisation sans une personne riche de possibilités, ouverte aux appels qui lui viennent à la fois d'elle-même et de son environnement, assez sûre d'elle pour prendre le risque de changer⁹. »

Le poids du passé, les chances du présent et l'attrait de l'avenir sont finalement des facteurs qui influent de façon particulière sur le développement des aînés. Les auteurs croient possible dans de bonnes conditions de vie environnementales et personnelles que :

« [...] le dynamisme d'actualisation puisse se remettre en marche. Nous faisons l'hypothèse que l'image que se fait d'elle-même la personne âgée et celle que véhicule la société jouent ici un rôle de premier plan.

« Plusieurs recherches ont déjà mis en évidence l'influence délétère des stéréotypes du vieillissement. Les capacités d'actualisation des personnes âgées seront toujours fortement compromises dans une société où l'on croit que ce groupe d'âge n'a plus aucune contribution valable à apporter à la société. Les mêmes recherches démontrent que, la plupart du temps, ces images négatives ont été acceptées par les personnes âgées elles-mêmes et influencent directement la conception du rôle qu'elles ont à jouer dans la société. Il y a donc un travail considérable à faire pour que la société se remette à croire aux capacités de changement, d'adaptation, d'éducation et d'actualisation des personnes âgées et crée les conditions pour que ces talents enfouis retrouvent l'occasion de se manifester⁹. »

L'incitation à s'actualiser vient de la personne, de ses désirs, de ses rêves, de ses projets, souvent tenus secrets. Elle vient aussi du milieu de vie, de l'entourage et quelquefois elle peut être amenée par des contraintes, des obstacles.

« Le présent est le seul lien réel avec la tendance actualisante, mais ce présent ne doit pas être coupé ni du passé ni de l'avenir. Il doit avoir utilisé à bon escient les ressources du passé tout en investissant dans des projets ouverts sur l'avenir⁹. »

Ne plus faire de projets, ou ne plus pouvoir faire de projets, c'est :

« [...] accepter la mort comme prochaine. Il est évident qu'un environnement qui n'attend plus rien de la personne âgée, qui ne fait plus appel à ses idées, à ses valeurs, à son histoire, à sa culture et à ses talents ne peut que provoquer à plus ou moins brève échéance l'extinction de tout projet d'avenir et, par voie de conséquence, la détérioration rapide de la tendance actualisante. La perspective future ne peut rester vivante que si l'environnement croit encore aux possibilités des aînés et sait utiliser leurs talents. Avec un peu d'imagination, cela pourrait se réaliser, même avec ceux qui sont en perte d'autonomie : ces personnes disposent encore de plusieurs capacités qui demeurent trop souvent inexploitées, faute d'avoir eu l'occasion de se manifester⁹. »

Malgré toute l'importance donnée aux conditions environnementales, la personne demeure la première artisanne de son développement. C'est elle qui doit repousser les images négatives et paralysantes qui la dévalorisent. C'est elle qui peut définir le rôle qu'elle veut jouer dans la société et son organisation, ou dans son milieu immédiat, et l'influencer par son action et ses choix.

« Ces changements auraient des conséquences bienfaites non seulement pour les aînés à qui elles [les actions et les organisations] redonneraient une raison de vivre et de continuer à se développer, mais pour l'ensemble de la

société qui profiterait des ressources humaines actuellement inutilisées et sous-exploitées⁹. »

Il est donc nécessaire d'entreprendre une action éducative globale pour changer le sort fait aux aînés du Québec. L'actualisation de soi est ici démontrée comme un élément intimement associé à l'estime de soi, alimenté par un entourage et un environnement stimulants, respectueux de l'identité et de l'intégrité des aînés.

« Mais il faudra d'abord convaincre les gouvernants que les dépenses consacrées à l'éducation et au développement des capacités des personnes âgées auront un effet bénéfique non seulement sur les aînés eux-mêmes, mais sur l'ensemble de la société. Il suffirait en effet d'augmenter de quelques centièmes la proportion des personnes âgées qui n'ont recours qu'occasionnellement aux services médico-sociaux pour que les dépenses de santé publique consacrées à cette couche de la population diminuent de manière significative au cours des prochaines années⁹. »

Le document produit par le groupe de travail de recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées vient pratiquement circonscrire le champ de la promotion de la santé mentale des personnes âgées du Québec. Le vieillissement réussi y est défini clairement et l'actualisation de soi est mise en lien direct avec la santé générale des personnes âgées. Les personnes âgées qui se sont pleinement réalisées s'occupent bien de leur santé et ont moins besoin des services de santé et des services sociaux. Elles se perçoivent en bonne santé. Leurs capacités d'adaptation peuvent être regroupées selon certaines caractéristiques et elles font l'objet d'une classification au regard des tendances actualisantes.

Les facteurs favorables à une bonne santé mentale chez les personnes âgées sont précisés dans ce document. La connaissance de ces facteurs devrait nous inciter à aménager des milieux de vie beaucoup plus stimulants pour alléger le poids de l'environnement qui pèse sur certains groupes de personnes âgées au Québec et étouffe leurs capacités et leur potentiel. Un grand effort global d'éducation populaire est proposé par le groupe de recherche afin qu'on considère de nouveau le vieillissement comme une période normale du développement humain et qu'on mette en place des conditions favorables à l'épanouissement des personnes âgées. La responsabilité des gouvernants est sans contredit importante à cet égard.

L'économie des fonds publics est sans doute un facteur important pour justifier un virage majeur concernant les croyances et les façons de faire traditionnelles, particulièrement en ce qui a trait à la santé des personnes âgées. Mais quand de nouvelles connaissances nous indiquent avec précision que la santé et le bien-être des aînés seront grandement améliorés par ces changements, n'est-il pas valable en soi et encore plus important de s'y consacrer ?

Des programmes qui expérimentent l'actualisation de soi¹⁰

En matière d'interventions concrètes auprès des aînés afin de stimuler leurs capacités d'actualisation, deux auteurs rappellent qu'il « est important de favoriser des interventions ayant comme objectif le développement du potentiel de la personne âgée pour contribuer à son mieux-être et à son plein épanouissement¹¹ ».

Leur article met en évidence des approches jugées efficaces pour aider les personnes à se développer : la réminiscence, le counselling et la perspective future. Les auteurs rappellent l'importance de l'accord entre l'expérience, la conscience et la communication. Le développement d'une vision plus positive d'elles-mêmes permet aux personnes âgées de faire appel à leurs capacités d'adaptation lorsque surviennent les moments difficiles. L'approche dite « de la perspective future » les amène à concevoir des projets personnels de façon concrète et réaliste. L'intervention de groupe est privilégiée pour son efficacité et met en évidence le fait que le changement d'attitude de la part des intervenants est la source principale du développement des personnes âgées.

« La volonté de décider et d'agir entraîne obligatoirement, pour la personne âgée, une prise en charge personnelle de sa santé et, donc, du pouvoir et du contrôle sur les aspects de sa vie¹¹. »

1.2.4 Le vieillissement « phénoménologique » et le vieillissement « expérientiel »

Jacques Laforest¹² fait le tour de la question de la vieillesse en cernant l'existence de plusieurs points de vue.

« [...] le point de vue « **phénoménologique** » est celui des changements entraînés par l'avancement en âge. Ces changements sont principalement de nature physiologique. Ils peuvent aussi être de nature culturelle ou sociologique, comme la retraite ou toute autre modification du statut de la personne vieillissante dans son groupe d'appartenance¹². »

Quand on considère l'effet des changements apportés par le vieillissement, tels qu'ils sont expérimentés par la personne qui vieillit, « c'est l'autre dimension de la vieillesse, celle justement qu'on appelle la dimension **expérientielle**. Le vieillissement phénoménologique et le vieillissement expérientiel sont comme les deux faces d'une même réalité¹². » [...] « Lorsqu'une personne vieillissante dit qu'elle ne se sent pas vieille, elle se réfère à ce qu'elle sent, donc à la vieillesse expérientielle¹². »

La différence entre ces deux notions est importante. D'une part, la gérontologie est basée sur la réalité du vieillissement et, d'autre part, il se peut que les personnes expérimentent autre chose, qu'elles ne se sentent pas vieilles. L'entourage, les professionnels peuvent considérer une personne comme vieille mais, si elle ne se sent pas vieille, elle peut trouver la situation profondément injuste.

« L'individu est bien conscient qu'en étant classé parmi les vieux, il fait désormais partie d'un groupe social profondément dévalorisé. Il y a toutes sortes de signes de cela. Qui désire être vieux ? [...] Si la vieillesse était parmi nous un âge valorisé, les mots qui la disent ne seraient pas dévalorisants.

« Nos attitudes et nos pratiques collectives au sujet de la vieillesse ont sur les personnes âgées un effet débilisant et démoralisant, d'autant plus que ces dernières, le plus souvent, les ont intégrées personnellement avant de parvenir à leur propre vieillesse. Elles ont grandi et vécu dans une société qui véhicule une image négative de la vieillesse [...]»¹² »

C'est la société qui décide si nous sommes vieux ou pas. Même si une personne ne ressent pas la vieillesse intérieurement, les autres lui renvoient l'image qu'elle est vieille. Pour donner du sens à leur vie, les personnes âgées modifient souvent profondément leur système de valeurs.

« [...] leurs valeurs sont de plus en plus fondées sur la qualité de l'être et de moins en moins sur le faire et sur l'avoir. Une telle évolution peut être perçue comme une expérience de libération intérieure. Libérée de la tyrannie de l'éthique fonctionnaliste, une personne âgée peut enfin vivre avec son moi sans âge : derrière les masques de la vieillesse et de la maladie, il y a toujours le même moi intime qu'au temps de l'enfance, qui a grandi mais qui n'a pas vieilli.

« C'était d'ailleurs ce même moi tout à fait intime qui, dans les étapes précédentes de la vie, était dissimulé derrière le masque de l'étudiant, puis du professionnel, du travailleur ou du citoyen plus ou moins performant. C'était ce moi intime qui, déjà à ce moment-là, aspirait à être reconnu et aimé pour lui-même, plutôt que pour l'activité qui émanait de lui¹². »

Ce qui importe, c'est que l'évolution des personnes âgées se fasse vers la redécouverte de soi, vers une nouvelle estime de soi. Selon l'auteur, les aînés doivent franchir des étapes de purification, de dépouillement. Ils n'y arriveront pas tous.

1.2.5 La motivation

Les écrits traitant précisément de la motivation des personnes âgées sont rares¹³. Il est plus facile de trouver des sources sur la perte d'autonomie, la dépression et l'apathie.

Thomas et Hazif ont adopté la définition suivante de la motivation : « [...] le goût et le sens du mouvement. » [...] « La motivation est l'association d'un désir et d'un comportement en vue d'élaborer et de faire aboutir un projet [...] » La motivation fait partie des mécanismes de renforcement de l'apprentissage et de consolidation des choix : le succès la renforce, les échecs la diminuent. Des mécanismes de défense se développent pour compenser un désir impossible ou dangereux à satisfaire. Ils

aboutissent à l'extinction de la motivation, comme pour éliminer la souffrance découlant de la frustration.

Un processus passif remplace donc une attitude active. La démotivation a un caractère acquis et un caractère appris. Il n'est donc pas rare d'entendre la personne âgée confier ce qui l'enferme en elle-même : « Ce que je fais ne compte pas. »

« La motivation est liée aux choix et la force de la personnalité reflète aussi la liberté de faire vivre le choix. Selon que ce choix porte sur un objet interne ou un objet externe – satisfaire un besoin, obtenir quelque chose, être récompensé –, on parlera de motivation interne, intrinsèque ou de motivation externe, extrinsèque. La motivation, tant externe qu'interne, est soit autodéterminée – la personne décide pour elle –, soit dépendante d'une contrainte sociale ou relationnelle – la personne décide en accord avec l'opinion d'autrui¹³. »

Selon la personnalité, la motivation tend à être extrinsèque ou intrinsèque. La motivation intrinsèque a des caractéristiques précises : elle est autodéterminée, elle s'appuie sur la perception d'entreprendre pour soi-même l'action et est liée à la dignité et à la compétence de l'individu. Elle passe par l'autonomie et elle est source de bien-être.

« [La motivation] peut être piégée par des choix préalables qui ont pu être coûteux pour la personne. Ils deviennent alors difficiles à remettre en cause, quand bien même ils ne sont plus ajustés à la réalité quotidienne, peut-être parce que cela supposerait de reprendre des souvenirs douloureux. En quelque sorte, le refus de changer de perspective est armé par la difficulté à faire un premier choix [...] Elle implique de pouvoir utiliser la mémoire du passé pour vivre le présent et préparer l'avenir. La mémoire du passé est nécessaire à la motivation¹³. »

La motivation peut donc être touchée par certains problèmes de santé des personnes âgées, qui impliquent des déficiences de la mémoire. Cependant :

« [...] dans un contexte plus général d'attitudes démissionnaires, la démotivation a été décrite comme la passion de l'immobilisme, ce qui indique l'aspect actif du trouble motivationnel lorsque la personne âgée ne souhaite plus se réinvestir dans de nouvelles activités, refusant de perdre sa tranquillité. Au plan clinique, le désinvestissement a été décrit par Pélicier : "Petit à petit, la personne âgée, par manque d'intérêt ou parce que ses déplacements sont devenus difficiles, va limiter le champ de son action pour, dans les cas les plus caricaturaux, aller du lit au fauteuil et du fauteuil au lit¹³." »

« **Au total, la démotivation est un mécanisme actif, acquis et appris.** C'est un mécanisme de défense, face à ses désirs devenus douloureux car impossibles à satisfaire. C'est un refus de lâcher prise et de se réinvestir dans les réalités encore accessibles. Elle comporte trois versants : le refus de s'engager dans la satisfaction de désirs encore possibles, le renoncement à l'engagement relationnel et le repli sur soi, le refus de la vision de soi dans l'avenir et la perte de

l'anticipation. L'apathie est une démotivation associée à un émoussement affectif¹³. »

Les auteurs associent plusieurs problèmes de santé à la démotivation chez la personne âgée. La diminution de l'activité ne dépend pas toujours d'un ralentissement locomoteur ; cependant, elle est souvent causée par la médication et des facteurs environnementaux tels que :

- l'entrée non acceptée dans un établissement de soins ;
- l'abandon familial ;
- les périodes de transition et de deuil ;
- le maternage et l'infantilisation, etc.

La souffrance en silence entraîne la somatisation et la régression, qui s'accompagne d'une perte du sens de sa propre histoire ou d'une grande nostalgie de sa jeunesse. De plus, le maternage ou la dévalorisation morale et symbolique de la personne âgée, particulièrement au cours d'interventions professionnelles, aggrave la régression. Il est donc fort important de savoir que des attitudes axées sur la promotion et sur la prévention peuvent soutenir les personnes âgées et les aider à réaliser certains projets.

1.3 Une société qui reconnaît ses aînés

Humaniser la vieillesse¹⁴, c'est espérer transformer des attitudes, changer des regards, rapprocher des personnes, libérer des peurs. Les connaissances en psychologie gériatrique se développent au Québec et ailleurs ; elles s'inscrivent dans une perspective de santé publique, dans les champs d'action de la promotion de la santé mentale des personnes âgées.

L'écart entre la réalité des aînés et la perception qu'en a la société est de plus en plus confirmé par l'examen des stéréotypes et de leurs effets sur la santé. Les écrits démontrent également les tentatives de certains auteurs pour arriver à distinguer les besoins des aînés de leurs problèmes^{15, 16}. Les besoins ne doivent pas être appelés des problèmes et être traités comme tels uniquement parce que les moyens de les satisfaire sont partagés entre des proches, des professionnels et des acteurs de la collectivité. Il est sain et légitime de vouloir satisfaire ses besoins dans la mesure où ils sont humains et habituels dans la société. Malheureusement, certains besoins fondamentaux des aînés sont souvent niés et même réprouvés par l'entourage de ces personnes, à commencer par le besoin d'exprimer ses désirs, ses préférences et même sa sexualité. Il semble qu'il soit difficile pour des personnes plus jeunes de concevoir que les aînés ont une sexualité et qu'ils ont besoin de la vivre.

Par ailleurs, le Conseil des aînés souligne un fait important : « [...] il y a déjà au Québec mille et une expériences de groupes d'aînés qui s'impliquent dans la société, favorisant ainsi de nouvelles solidarités intergénérationnelles¹⁷. »

Il existe là une force collective agissant sur les plans familial, social, économique et culturel. Les aînés ont besoin de s'engager dans des activités significatives et d'alimenter de leur contribution la communauté qui est la leur, au moins tout autant que les personnes des autres groupes d'âge.

Jacques Roy¹⁸ a rédigé un essai titré *Les personnes âgées et les solidarités, la fin des mythes*. Il y écrit :

« [...] dans la réalité, l'action des aînés déborde la frontière de leur génération. Cette dernière ne constitue pas un lieu clos à l'intérieur duquel évoluerait leur vie associative, bien au contraire. Des signes tangibles laissent entrevoir un potentiel certain d'ouverture des personnes âgées à l'égard des autres générations et des autres groupes sociaux sur le plan communautaire. À l'échelle individuelle, on a pu constater l'existence de mécanismes d'entraide très présents entre la personne âgée et sa famille, entraide qui opère sur le mode de la réciprocité¹⁸. »

1.4 Le développement continu

Une impressionnante recherche¹⁹ met en évidence le fait que plusieurs changements normaux font vivre des bouleversements profonds aux personnes âgées, des moments de crise qui font douter des choix passés et à venir, qui perturbent l'identité. Ce sont des étapes de croissance vécues par la plupart des personnes âgées lorsque se présentent certaines circonstances comme :

- le départ du dernier enfant de la maison ;
- la retraite, choisie ou imposée ;
- la perte du conjoint, à cause d'une rupture ou d'un décès ;
- le déracinement ;
- la perte de capacités physiques ;
- l'anticipation de sa propre mort.

Ces crises sont vécues de façon individuelle et différente aussi selon l'âge, le sexe, la personnalité, la maturité, l'éducation, l'entourage et l'environnement. « On peut penser que de la résolution saine de chacune de ces crises dépendra un certain bien-être quand on ne peut pas parler de santé²⁰. »

1.5 Vivre des changements volontaires

Il semble clair que les hommes et les femmes perçoivent et vivent leur avancement en âge différemment et que la capacité de s'adapter au changement est très variable d'une personne à l'autre. La capacité de vivre les changements est cependant vue comme une grande force pour ceux et celles qui l'ont développée. En effet, il devient alors plus facile de s'adapter et d'intégrer de nouveaux rôles :

« [...] le principal obstacle à ce changement se trouve dans la tendance à s'accrocher aux paramètres juvéniles de l'amour, du travail, du pouvoir, ou de se juger par rapport à eux. Voilà ce qui nous rend aveugles aux forces et possibilités nouvelles émergeant en nous et autour de nous, et qui permet au déclin annoncé de s'accomplir²¹. »

Trop d'aînés se réfugient dans le passé et dans les regrets. D'autres cherchent dans le présent et dans l'avenir des moyens de développer leurs capacités et de choisir attentivement ce qui leur convient.

1.6 Une question de projet social

Avons-nous les moyens de respecter le processus de vieillissement de la population au Québec ? L'assainissement de l'environnement social contribuerait certainement à améliorer la qualité de vie et, par conséquent, l'état de santé des aînés. L'âgisme (préjugés négatifs associés à l'âge) prend de multiples formes et atteint la santé des aînés. Les sections précédentes l'ont clairement démontré.

La vieillesse est un état naturel et certaines conditions environnementales des aînés doivent être améliorées pour que cette étape de la vie soit ainsi perçue et vécue. Il est inacceptable que le potentiel de ces personnes ne puisse être utilisé. Rappelons-nous que nous aurons la vieillesse que nous voulons collectivement.

La rentabilité des projets concernant la promotion de la santé et du bien-être et la prévention des problèmes de santé chez les personnes âgées a été démontrée dans ses dimensions qualitatives et quantitatives, particulièrement à propos de certains problèmes de santé physiques. La démonstration du mieux-être lié à des programmes ayant trait à la santé mentale est rarement faite. Bien qu'ils soient difficiles à évaluer, les résultats de ces programmes sont réels. La personne âgée dont on respecte les besoins d'épanouissement personnel contribue au développement de sa communauté et elle peut le faire longtemps. Les interventions psychosociales pertinentes ont une rentabilité certaine par rapport aux besoins qui exigent des soins et des services.

1.7 L'espérance de vie en bonne santé

La notion d'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est importante pour mieux comprendre et poser la question de la santé des personnes âgées. « Cet indice repose sur la moyenne des années restant à vivre lorsqu'on a atteint l'âge de 65 ans dont on retranche les années vécues en état d'incapacités fonctionnelles²². »

La question est de savoir si l'espérance de vie sans incapacité va augmenter ou si les gains obtenus sur la mortalité vont plutôt se traduire par des années supplémentaires vécues avec une forme d'incapacité. Autrement dit, quelle sera la qualité de vie pendant la période qui s'ajoute avec l'augmentation de l'espérance de vie ? Plusieurs arguments permettent de croire que la baisse de la mortalité à tous les âges de la vie continuera, particulièrement chez les personnes très âgées. Les conditions de vie des aînés se sont grandement améliorées au cours des dernières décennies et on peut s'attendre à ce que d'autres améliorations s'ajoutent, entraînant une meilleure santé chez ces personnes. On peut aussi prévoir que la santé des personnes des autres groupes d'âge aura une influence positive sur l'état de santé des aînés en les amenant à adopter une meilleure hygiène de vie. « [...] la santé est aussi la résultante de toute une vie d'interactions entre l'organisme et son environnement²³. »

Cependant, la prudence s'impose dans l'interprétation des données, car l'étude des tendances américaines sur les incapacités incluent des limitations d'activités, c'est-à-dire les incapacités les moins graves ou les interruptions d'activités pour cause de maladies qui se guérissent avec des soins. Une chose semble plus claire, c'est que les gens prennent mieux soin d'eux-mêmes et ce comportement influence la vie en bonne santé mais aussi la période où ces gens sont en moins bonne santé.

À ce sujet, Brunelle, Rochon et Saucier, de la Direction générale de la planification et de l'évaluation du MSSS, formulent des mises en garde quant à l'absence de nuance dans les processus de prise de décision à l'intérieur des systèmes de soins actuels au Canada et au Québec. « En effet, plutôt que de parler de santé en termes de non-mort ou de non-morbidité, on se déplace vers des mesures tentant de mettre en lumière une capacité de fonctionner et idéalement une "qualité de vie"²⁴. »

Ils affirment que la relation entre l'individu et son environnement est souvent mise en cause quand on aborde les capacités de fonctionner ou les limitations d'activités. Les perceptions de l'entourage, les méthodes d'évaluation des capacités, la façon de poser les questions, le moment où se déroule l'enquête sont quelques-uns des éléments qui peuvent modifier sensiblement les résultats, notamment ceux qui concernent l'espérance de vie sans incapacité (EVSI).

Il leur semble que, plus les exigences de l'environnement sont élevées, plus brève est l'EVSI. Les variations dans les exigences de l'environnement seraient les plus susceptibles

de modifier sensiblement le niveau de restriction d'activités. L'entourage peut, lui aussi, faire varier sensiblement ce qui sera finalement retenu comme résultat de l'état de santé.

Selon ces auteurs, on doit inévitablement apporter des nuances à la compréhension du concept d'espérance de vie sans incapacité. D'après eux, l'incapacité n'est pas nécessairement permanente et cela est vrai chez les personnes âgées aussi.

1.8 Le bien-être économique et la santé des personnes âgées

Éric Hurtubise, Jacques Légaré et Yves Carrière²⁵, dans une recherche subventionnée par le MSSS, ont produit un article qui correspond tout à fait à nos préoccupations. Avant de transposer les problèmes de santé des aînés actuels aux aînés de demain, les auteurs, voulant éviter les visions alarmistes, ont poursuivi deux objectifs : « [...] montrer que les personnes âgées ne forment pas un groupe homogène de gens en mauvaise santé, et examiner la corrélation entre le bien-être économique et l'état de santé des personnes âgées au Québec²⁵. »

Tout en rappelant que les gains en espérance de vie s'ajoutent surtout aux âges avancés, les auteurs signalent les débats passionnés des experts concernant un éventuel plafonnement ou la progression de ces gains. De plus, le débat sur la question relative à l'état de santé associé à ces années ajoutées, surtout chez les femmes, est tout aussi passionné.

« Une chose est certaine : les personnes âgées de demain seront fort différentes de celles d'aujourd'hui par leurs caractéristiques à la fois démographiques et économiques. Elles auront bénéficié d'une meilleure éducation et auront été conscientes qu'il leur fallait compter en partie sur leurs propres ressources pour planifier adéquatement leur retraite. Pour ce qui est des femmes, l'accès à l'éducation supérieure, la diminution de leur descendance et leur participation accrue au marché du travail contribueront à modifier leurs caractéristiques socio-démographiques²⁵. »

Selon Marcil-Gratton (1990), les caractéristiques actuelles des femmes âgées contribuent à la dépendance économique de ces femmes et entretiennent une image négative du vieillissement.

Il est toujours question de la même étude²⁵ qui considère qu'il se produira un changement très important, associé aux capacités financières des aînés de demain : une amélioration de la santé de ces personnes. « Peu importe l'enquête utilisée, la région étudiée et les indicateurs employés, cette relation est sans équivoque : les personnes âgées des groupes économiques les plus pauvres sont les plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé²⁵. »

En se référant au recensement canadien, les auteurs ont retenu le « revenu de la famille de recensement » puisqu'il permet de connaître les revenus réels des personnes âgées.

C'est ainsi qu'ils analysent la situation générale des personnes âgées du Québec. « Le poids du groupe économique inférieur augmente avec l'âge et celui du groupe supérieur diminue ; l'effet de l'âge se fait sentir à 85 ans chez les hommes et à 75 ans chez les femmes²⁵. »

L'analyse différenciée démontre la situation désavantageuse des femmes : la proportion des individus ayant moins de 10 000 \$ de revenus est trois fois plus forte chez les femmes.

Les auteurs ont mis les handicaps en rapport avec les revenus ; ils ont constaté un nombre plus élevé de handicaps chez les personnes à plus faibles revenus.

L'étude fait cependant ressortir que les personnes âgées ayant de faibles revenus ne forment pas un groupe homogène de personnes en mauvaise santé. « Nos résultats montrent seulement que, pour toutes les variables étudiées, une plus forte proportion de ces personnes souffrent d'incapacité²⁵. »

Cela signifie que les aînés qui jouissent de meilleurs revenus jouissent également d'une meilleure santé et, donc, d'un état de mieux-être qui fait diminuer les coûts sociaux et médicaux.

1.8.1 Des aînés qui contrôlent leur pouvoir économique

Sur le plan de la consommation, le marché formé par les gens d'âge mûr est en progression constante, les personnes de 50 ans ou plus représentant environ 30 % de la population canadienne en l'an 2000.

En dépit du stéréotype persistant concernant toutes les personnes de 65 ans ou plus – ce sont des pauvres qui représentent un fardeau pour la société –, il faut savoir que ces personnes paient 5,8 milliards de dollars en impôt chaque année, qu'elles sont 12 % de la population et qu'elles contrôlent 20 % de tout le revenu discrétionnaire du pays^{26, 27}.

De plus, on estime que les personnes de 65 ans ou plus achètent pour plus de 20 milliards de dollars de biens et services, au Canada seulement. Ce marché continuera d'augmenter au-delà de 2011. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) rappelle cependant que « les consommateurs mûrs ne forment pas un groupe homogène ; ils diffèrent grandement par l'âge, le revenu, l'éducation, la région, le bagage culturel, etc.²⁸. »

Il existe plusieurs « teintes de gris » dans la population. Il y a d'abord les *préretraités*, qui ont entre 50 et 64 ans, dont la situation financière est bonne puisqu'ils ont investi en se préparant à la retraite. Viennent ensuite les *nouveaux retraités*, âgés entre 65 et 74 ans, avec un rapport des sexes de 83 hommes pour 100 femmes, qui ont un revenu inférieur aux préretraités. Généralement actifs et en santé, ils ont tendance à s'offrir des nouvelles expériences plutôt que des objets. Finalement, les *très âgés*, qui ont plus de 75 ans, forment une catégorie qui a connu une forte croissance entre 1986 et 1991 : elle est de l'ordre de 22 %, comparativement à 17,5 % pour les personnes de 65 ans ou plus. Ce

groupe est moins actif et met l'accent sur sa santé. Le besoin d'aide pour le quotidien augmente beaucoup chez les personnes ayant plus de 80 ans. Les femmes prédominent de plus en plus dans cette catégorie puisque le rapport des sexes se situe à 44 hommes pour 100 femmes chez les personnes de 85 ans ou plus.

Les consommateurs et les consommatrices réclament que les produits et services répondent à leurs besoins et leur facilitent la vie. Des changements se produisent déjà sur le marché : caractères d'imprimerie plus gros et symboles plus visibles sur les emballages, ustensiles facilitant la préhension et la vie quotidienne, etc.^{29,30}.

1. Émile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1967, p. 51-57.

2. Alain COLVEZ, « L'état des personnes âgées : situation aujourd'hui, interrogations pour demain », *Futuribles*, n° 88, mai 1985.

-
3. Jacques LAFOREST, *Gérontologie appliquée : les professionnels de la vieillesse*, Éditions Hurtubise HMH ltée, 1997, 286 p.
 4. *Ibid.*
 5. Jacques ROUSSEAU et Micheline DUBÉ, « Déterminants personnels, relationnels et environnementaux du bien-être psychologique des personnes âgées », *Psychologie*, vol. 14, n° 3, 1993.
 6. *Ibid.*
 7. COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Publications du Québec, 1994, 60 p.
 8. R. CHAMPAGNE et autres, *La vieillesse : voie d'évitement... ou voie d'avenir, le vieillissement et la santé mentale*, Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1992, 138 p.
 9. Gilbert LECLERC, Richard LEFRANÇOIS et Normand POULIN, *Vieillesse actualisée et santé*, Groupe de travail de recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées (GRASPA), Université de Sherbrooke, 1992, 267 p.
 10. Lucie MÉNARD et Maxime Gagnon, « Les modèles d'intervention axés sur l'actualisation du potentiel des personnes âgées : les programmes de réminiscence, de counselling et d'intervention sur la perspective future », *Le Gérontophile*, vol. 20, n° 3.
 11. *Ibid.*
 12. LAFOREST, *op. cit.*
 13. P. THOMAS et Thomas P. HAZIF, « Étiologie des troubles de la motivation chez les personnes âgées », *Gériatrie*, janvier 1999, tome 24, p. 7-22.
 14. Denise DUBÉ, *Humaniser la vieillesse*, Québec, Éditions Multimondes, 1996, 180 p.
 15. Denise BADEAU et André BERGERON, *La santé sexuelle après 60 ans : pour une approche globale de la sexualité des adultes âgés*, Québec, Éditions du Méridien, 1991.
 16. MÉNARD, *op. cit.*
 17. CONSEIL DES AÎNÉS, *La réalité des aînés québécois*, Gouvernement du Québec, 1997, 107 p.
 18. Jacques ROY, *Les personnes âgées et les solidarités, la fin des mythes*.
 19. BADEAU, *op. cit.*
 20. BADEAU, *op. cit.*
 21. Betty FRIEDAN, *La révolte du 3^e âge : pour en finir avec le tabou de la vieillesse*, Paris, Éditions Albin Michel, 1995, 494 p.
 22. COLVEZ, *op. cit.*
 23. COLVEZ, *op. cit.*
 24. Yvon BRUNELLE, Madeleine ROCHON et Alain SAUCIER, *Obstacles politiques et méthodologiques à une utilisation administrative accrue de l'espérance de vie sans incapacité*, Québec, MSSS, DGPE, 1995, 22 p.

-
25. Éric HURTUBISE, Jacques LÉGARÉ et Yves CARRIÈRE, « Le bien-être économique et la santé des personnes âgées au Québec », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 26, n° 1, printemps 1997, p. 69-90.
26. Pauline CÔTÉ, « Les aînés et la consommation », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 3.
27. Catherine GEOFFROY, « Les aînés, des consommateurs avertis ? » *Le Gérontophile*, vol. 16, n° 3.
28. CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE 3^e ÂGE, « Le taux de dépendance : un mythe âgiste », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 4.
29. Jeff HILL, « La vague grise », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 3.
30. FRIEDAN, *op. cit.*

LE PROFIL DES PROBLÈMES DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

LES PROBLÈMES

L'enquête Santé Québec a mis en évidence le lien étroit qui existe entre les problèmes de santé et les difficultés d'adaptation sociale, en particulier chez les personnes âgées.

Les problèmes chroniques les plus fréquents sont :

- l'arthrite et le rhumatisme ;
- l'hypertension artérielle ;
- les troubles mentaux ;
- les troubles digestifs.

Les principales causes d'incapacité sont :

- les problèmes ostéo-articulaires (26 %) ;
- les maladies cardiovasculaires (16 %) ;
- les accidents (11 %) ;
- les maladies respiratoires (7 %) ;
- les troubles mentaux (5 %).

Le rapport du Groupe des experts sur les personnes âgées, intitulé *Vers un nouvel équilibre des âges* et publié en 1991, a dégagé sept problèmes à effets psychosociaux qui affectent particulièrement ce groupe :

- la dépression et ses conséquences ;
- le suicide ;
- la consommation de médicaments, particulièrement des psychotropes ;
- les problèmes d'alcoolisme et leurs conséquences ;
- les abus et la négligence ;
- les problèmes cognitifs réversibles et leurs conséquences ;
- les handicaps liés aux pertes auditives et visuelles.

Même si le vieillissement est un processus naturel et sain, il est généralement perçu comme une source de maladies et d'incapacités. Pourtant, la majorité des personnes âgées sont en bonne santé et, en dépit des problèmes temporaires ou permanents de santé, plus de 70 % d'entre elles demeurent autonomes et n'ont besoin d'aucun service en particulier.

La retraite hâtive peut constituer un problème particulier chez les travailleuses et les travailleurs vieillissants, particulièrement dans les milieux où les conditions de travail sont difficiles. La main-d'œuvre vieillit et, depuis les dernières décennies, les employeurs, prenant modèle sur la gestion publique, ont appliqué des politiques visant à hâter la retraite, se privant parfois radicalement de compétences essentielles. Contrairement à ce qui s'est produit dans le reste de la population québécoise, le taux

d'activité des personnes de 50 ans ou plus a diminué au cours des dernières décennies, parfois même au détriment de leur sécurité financière à long terme. Les mises à pied dans divers secteurs d'activité économique ont également provoqué des situations de crise dans la vie des travailleuses et des travailleurs ainsi que dans plusieurs communautés.

Certains pays ont développé des pratiques de gestion qui tiennent compte de leurs ressources humaines vieillissantes : gestion des postes (Renault en France), gestion de la mobilité (Japon), gestion de la formation en cours d'emploi (Allemagne).

LES FACTEURS EXPLICATIFS

Ce n'est pas le vieillissement en soi mais plutôt le vieillissement mal préparé, sur le plan individuel comme à l'échelle de la collectivité, qui peut transformer la vieillesse en fardeau. Le problème majeur provient en réalité de l'attitude de la société à l'endroit des personnes vieillissantes et du manque d'adaptation du milieu aux besoins particuliers des aînés.

Les facteurs de vulnérabilité tels que l'isolement, la dépendance sous toutes ses formes et l'insatisfaction causée par la perte de tout rôle social sont étroitement liés à l'exclusion sociale des personnes âgées. Dans cette perspective, la retraite occupe une place fondamentale : une retraite forcée, mal préparée ou à laquelle l'individu ne s'adapte pas peut jouer un rôle déclencheur ou accélérateur dans l'apparition des problèmes de santé physiques et psychiques menant à la perte d'autonomie.

Les femmes deviennent particulièrement vulnérables aux problèmes associés à la santé mentale et à la consommation de psychotropes, qu'on leur prescrit en grande quantité. Sans doute parce qu'elles vivent plus longtemps, elles se retrouvent souvent seules, isolées et elles ont à subir plus de deuils et de pertes de toutes sortes. Elles sont également plus pauvres et l'écart semble se creuser de plus en plus si on compare leur situation à celle des hommes du même groupe d'âge. Les personnes très âgées, dont la majeure partie sont des femmes, voient leurs risques d'éprouver des problèmes de santé chroniques augmenter considérablement*.

* Les éléments de ce texte sont extraits de la *Politique de la santé et du bien-être*, Québec, MSSS, 1992, p. 112-114.

UN EXEMPLE DE MÉDICALISATION DES PROBLÈMES SOCIAUX CHEZ LES AÎNÉES

Les femmes semblent vivre plus de détresse psychologique que les hommes, et cela, à tous les âges. Cependant, entre 1987 et 1993, l'enquête Santé Québec a démontré une baisse de l'indice de cette détresse chez les aînés des deux sexes. Elle a également démontré le lien direct entre la détresse psychologique et l'insuffisance du revenu ainsi qu'une augmentation des idées suicidaires chez les femmes âgées et une diminution de ces mêmes idées chez les hommes âgés. Chez les aînés, comme dans les autres groupes d'âge, les femmes consomment plus de médicaments, particulièrement des tranquillisants, mais ce sont surtout les femmes âgées pauvres ou très pauvres qui vivent cette situation**.

** Les éléments relatifs à la médicalisation des problèmes sociaux chez les aînés sont tirés des données de l'annexe 21 du livre *Derrière les apparences*, de Louise Guyon, Québec, MSSS, 1996.

2 Le vieillissement normal ne peut pas être considéré comme pathologique

La question de la normalité du vieillissement se pose, même si elle peut paraître simpliste. Elle est posée par les aînés eux-mêmes mais aussi par les personnes qui font la promotion de la qualité de vie à partir de la conviction qu'il s'agit là d'un processus normal intimement lié au développement de l'espèce humaine.

« Un vieillissement réussi serait celui où l'individu se maintient constamment en état d'expérimenter, continue de faire des choix et d'avoir une place dans la collectivité, et où, dans la mesure du possible, il est permis d'espérer des conditions de vie favorables au maintien d'une santé physique, psychologique et sociale optimale¹. »

2.1 Un message ambigu

Pourtant, vieillir longtemps comporte bien des contradictions en cette fin de xx^e siècle. Le monde du xxi^e siècle sera peut-être considéré comme la « planète des vieux ». La littérature démontre que les attitudes actuelles à l'égard du vieillissement et les comportements envers les aînés « [...] sont les fruits d'ambivalences psychologiques, collectives et individuelles. Elles oscillent entre la négation, la répression ou l'idéalisation, la survalorisation [...] avec une intensité variable². »

Selon Badeau et Bergeron (1991), le discours sur le vieillissement se situe souvent entre le dénigrement et la vénération, manifestant ainsi la complexité de l'identité du vieillard. Cette ambiguïté par rapport à la vieillesse est d'ailleurs présente chez le vieillard lui-même, lequel se plaint parfois de son grand âge mais en tire aussi fierté et honneur.

Pourtant, la gérontologie, qui est la science du vieillissement, est née vers 1901 et la gériatrie, ou médecine de la vieillesse, vers 1912. Il était depuis lors possible de ne plus envisager la vieillesse elle-même comme une maladie. Vieillir en santé était considéré comme une préoccupation légitime.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est fixé comme objectif une vieillesse en santé d'ici l'an 2000. Cet objectif se situe cependant dans un contexte médico-social difficile au Québec, puisque les valeurs collectives, les structures organisationnelles des soins et des services et les conditions économiques sont en pleine mutation. « Notre société dénonce l'obsolescence. On ne garde plus, on ne répare plus ; ce qui est usé est destiné à être jeté dès lors qu'on peut le remplacer³. » Ce comportement à l'égard des objets aurait des répercussions sur les relations interpersonnelles et intergénérationnelles. Plus d'un se pose la question : « À quoi servent les personnes très âgées dont il faut prendre soin à grands frais ? »

2.2 Des femmes âgées particulièrement négligées et médicalisées

Certains auteurs^{4,5,6} cernent des difficultés particulières pour un grand nombre d'aînées québécoises : « À elles seules, elles cumulent les deux principales conditions préalables à un mauvais état de santé : le vieillissement et la pauvreté. Elles sont plus nombreuses que les hommes à être plus vieilles et à être plus pauvres⁷. »

Une femme âgée sur trois vit dans une grande pauvreté et plusieurs connaissent l'isolement à l'aube du XXI^e siècle. Si on se rapporte au passé de ces femmes, on constate qu'elles ont vécu selon les valeurs de leur temps : elles ont pris soin de leur famille, elles ont contribué à l'entraide collective traditionnelle des communautés québécoises de la première moitié du XX^e siècle. Elles ont travaillé fort toute leur vie, souvent sans être rémunérées. Elles avaient « trop d'ouvrage pour travailler » et le travail domestique relevait de l'identité féminine ; c'est-à-dire qu'il était obligatoire mais non reconnu financièrement. Quand on sait la force des pressions sociales qui s'exerçaient sur elles afin qu'elles se conforment à ces attentes, on comprend aussi pourquoi si peu de femmes ont vécu d'autres expériences que celles qui étaient traditionnellement acceptées. Un grand nombre d'entre elles ont peu d'années de scolarité à cause des besoins de main-d'œuvre dans la famille de leurs parents.

Parmi les femmes qui vivent dans la pauvreté, plusieurs subissent toute leur vie les conséquences de leur adaptation aux croyances de leur époque. Elles sont devenues défavorisées dans un système social en évolution rapide qui sait faire des constats sans les corriger. Dans ces conditions, les problèmes de détresse et de déséquilibre, de somatisation et de perte d'autonomie pourraient-ils être le reflet de conditions de vie passées et présentes qui ne peuvent avoir de sens pour un bon nombre de femmes âgées ? Il reste encore des traces de ce passé dans nos normes, règlements et politiques. Quant au discours, il a évolué plus rapidement.

La consommation de psychotropes est souvent perçue, par ces femmes, comme le seul moyen qui leur permette de tolérer l'intolérable ou d'accepter l'inacceptable. Le problème de la consommation des médicaments a d'ailleurs été démontré de façon évidente : « Les femmes âgées constituent toujours le groupe de femmes à qui l'on prescrit le plus de tranquillisants [...] »⁸

De plus, la qualité de vie de nombreuses femmes âgées peut être sérieusement compromise dans le contexte de la restriction des soins et des services de maintien à domicile ou dans celui de la désinstitutionnalisation touchant ces femmes elles-mêmes ou un membre de leur famille. Elles seront injustement isolées, réduites à vivre sous le seuil de la pauvreté, tout en étant fortement médicalisées et en courant certainement plus de risques de perdre leur autonomie physique, psychologique et sociale.

2.3 Des pratiques conflictuelles qui font mal

Certaines pratiques et certains traitements médicaux ont pour effet de précipiter les femmes et les hommes âgés dans la perte d'autonomie précoce et, par conséquent, dans la consommation plus grande de soins et de services. Le questionnement sur les causes de la détresse particulière des femmes âgées et sur la qualité des interventions qu'elles demandent et reçoivent est à considérer sérieusement. La résolution saine des crises normales liées au vieillissement et aux divers changements de rôles ne peut être confondue avec la détresse chronique et la prise de psychotropes. Un système qui prétend accorder de l'importance à la promotion de la santé et à la prévention des maladies doit corriger ces pratiques malheureuses envers ceux et celles qui ont besoin d'aide.

Selon Betty Friedan, dans *La révolte du 3^e âge*⁹, la médicalisation de cette étape de vie a transformé la perception d'un grand nombre de personnes âgées. Elles se voient elles-mêmes comme vivant un phénomène biomédical, voire pathologique, alors qu'il s'agit de caractéristiques normales.

2.4 Un mouvement d'abandon

« Malgré le fait que les recherches sur le vieillissement indiquent que, sur les plans physique et biologique, psychologique, émotif et social, les changements associés au vieillissement sont généralement graduels, les politiques et pratiques sociales ont tendance à spécifier des seuils d'âge ou à établir des normes qui ne respectent pas cette réalité. Toute politique destinée aux personnes âgées devrait pourtant encourager une certaine continuité dans la vie des individus et leur assurer la possibilité de maintenir une vie active dans la société pendant leur vieillesse¹⁰. »

Les politiques ne vont pas en ce sens. L'âge de la retraite est de plus en plus avancé et presque toujours lié aux seules dimensions économiques. Cela peut même se faire au détriment de la sécurité financière des individus à plus long terme. L'invitation se fait pressante dans les milieux de travail afin d'inciter les travailleuses et les travailleurs à choisir, dès le début de la cinquantaine, de terminer leur carrière.

Selon Guillemard, le pire des risques pour nos sociétés vieillissantes est de considérer la vieillesse et le fait de vieillir comme inutiles. Le fait que la vie des aînés soit rendue vide de sens engendrerait des conséquences importantes au XXI^e siècle¹¹.

2.5 Des soins et des services encore inadaptés

Sans nier les réalités inhérentes aux personnes qui avancent en âge, une majorité de documents traitent de l'inadaptation persistante des soins et des services qui sont offerts à ces personnes. Ils montrent que quand les malaises sont associés à l'âge, ils sont traités avec une certaine négligence. L'âgisme bat son plein. Par exemple, le fait que certains malaises inquiètent moins (ou intéressent moins) les professionnels de la santé, parce que la personne qui les vit est âgée, démontre que la perception de ces professionnels a été déviée. Les causes réelles des problèmes de santé vécus par les aînés ne sont pas toujours prises en considération, explorées ou clairement définies.

Pour imaginer ce phénomène, rappelons l'histoire du vieillard qui se plaignait d'une douleur persistante au genou gauche. Il se présente chez son médecin qui lui dit qu'il s'agit d'un problème dû à l'âge (qu'il n'y a pas grand chose à faire, autrement dit). Le vieillard, étonné, lui rappelle bien respectueusement que son genou gauche a exactement le même âge que son genou droit qui, lui, ne souffre d'aucun malaise.

Betty Friedan pose les questions suivantes :

« Au-delà du diagnostic et du "traitement" de la maladie mortelle, avec le concours des machines destinées à maintenir la vie, ou de la réclusion dans un établissement spécialisé, est-il possible de concevoir des soins visant à permettre aux fonctions humaines de se poursuivre malgré ces infirmités ? Est-il possible d'utiliser les nouvelles technologies non seulement pour prolonger la vie, mais pour promouvoir les fins humaines ? Est-ce uniquement la mort qui sous-tend le refus de l'âge, ou la crainte obsessionnelle de la vieillesse constitue-t-elle l'essentiel de notre peur vis-à-vis de la mort¹² ? »

Colvez (1985), Badeau et Bergeron (1991) et Friedan (1995) soulignent que le « déracinement » et la « transplantation » dans un environnement plus ou moins accueillant est en soi une expérience pénible pour qui que ce soit, peu importe son âge :

« Les capacités d'adaptation des personnes âgées ne sont pas les mêmes que celles des adultes. En France, la mort est consécutive au placement dans les maisons de vieillesse, pour plus du quart des vieillards les premiers six mois et la moitié dans la première année de leur admission¹³. »

Quel que soit l'âge, plus la personne est l'artisan de ses propres changements de vie, plus elle les vit sereinement. Les personnes âgées semblent souvent perturbées par l'expérience du « déracinement ». Ressenti comme une brisure majeure par rapport à leurs références habituelles, il peut les précipiter dans l'univers de la confusion¹⁴.

« Pourquoi le troisième âge reste-t-il confiné à ces innombrables services de soins qui ne cherchent qu'à accroître la dépendance et la ségrégation des personnes

âgées au lieu de les intégrer dans la société en leur attribuant des rôles qui leur permettraient de conserver leur indépendance et d'opérer leur propre choix¹⁵ ? »

Voici encore d'autres questions :

« Pourquoi les spécialistes du troisième âge, les médias, avec l'approbation tacite de la population, s'accordent-ils à voir de plus en plus dans les maisons de retraite le lieu où doivent se regrouper les personnes âgées, alors que 95 % d'entre elles continuent à vivre au sein de la société ? Pourquoi laisser planer cette image de la vieillesse malade, impotente qui est un fardeau pour les hôpitaux et les systèmes de santé, alors qu'en réalité les plus de 75 ans n'encomrent pas davantage les hôpitaux que d'autres plus jeunes souffrant de maladies graves ? Pourquoi répandre cette idée de peur récurrente de déficience mentale, de perte de mémoire et d'intelligence, alors qu'il s'est avéré que des octogénaires bien portants ne présentent aucune détérioration intellectuelle s'ils continuent à se servir de leur intellect ? Pourquoi ne diffuse-t-on pas plus largement les résultats de recherches actuelles montrant que des changements positifs peuvent survenir tant sur le plan intellectuel que physique, sexuel ou immunitaire, et compenser les déficiences consécutives à l'âge¹⁶ ? »

Que sommes-nous en train de faire à nos aînés, à nous-mêmes et à toute la société en niant jusqu'à la notion de vieillesse, étape de vie qui vaut la peine d'être vécue – comme toutes les autres –, le plus sainement possible ?

Devrons-nous de plus en plus constater que la vieillesse n'a rien de positif ? Les défenseurs des droits humains affronteront-ils de plus en plus les problèmes affectifs, éthiques et moraux issus de la tendance à refuser la vieillesse et à rejeter les personnes âgées ? Les préoccupations économiques du néolibéralisme, avec sa pensée unique, feront-elles en sorte qu'il deviendra banal de négliger de veiller sur l'intégrité de tous, y compris celle des aînés ? Jusqu'où irons-nous comme société dans la soumission à la primauté des décisions étrangères aux intérêts humains ?

En 1996, le professeur Jacques Laforest, gérontologue, déclarait : « Ce n'est pas à cause du grand nombre de personnes âgées que la société n'a plus les moyens de les supporter, c'est parce que les gouvernants ont fait une mauvaise gestion des ressources publiques¹⁷. »

Le professeur Laforest explique que les personnes âgées de plus de 65 ans et de moins de 18 ans forment, aux deux extrêmes de la pyramide des âges, un groupe de dépendants soutenus par ceux qui travaillent. Ce taux, appelé taux de dépendance, diminue sans cesse depuis trente-cinq ans. Il correspond au nombre de personnes âgées et de jeunes que cent travailleurs font vivre. Ce taux était de 87 % en 1961, ce qui signifie que 87 enfants et vieillards « vivaient aux crochets » de 100 personnes qui avaient un emploi. Le nombre d'aînés commençait à augmenter, mais la dénatalité n'avait pas encore fait son travail de sappe. En 1996, ce taux est tombé à 57 % et, selon les prévisions, il va continuer de baisser pour se situer à 52 % en l'an 2011. Il montera ensuite, sans dépasser 67 %. Les

chiffres permettant de calculer ce taux sont collectés depuis 1980 et sont tirés du *Rapport du comité spécial du Sénat canadien sur les politiques relatives à l'âge de la retraite*.

Selon Jacques Laforest, ce sont d'autres facteurs que le nombre qui entrent en jeu pour expliquer la difficulté de soutenir les aînés, dans la société québécoise particulièrement. En 1975, les Anglais ont constaté que la santé des personnes âgées s'était améliorée, les détériorations qui survenaient à 65 ans en 1950 n'apparaissaient plus qu'à 75 ans. Il est évident que, pour lui, la médecine doit se concentrer sur les maladies liées au vieillissement, pas sur le vieillissement lui-même.

À sa connaissance, même si les deux principales causes de mortalité – soit les maladies cardiaques et le cancer –, étaient éliminées miraculeusement, peu d'aînés vivraient au-delà de 85 ans, emportés avant par des problèmes de santé passagers liés à des épidémies mettant à l'épreuve leurs défenses fragiles.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge pense pour sa part que le concept du taux de dépendance devrait disparaître des analyses qui se prétendent scientifiques car il nuit à la prise de conscience qui s'impose à notre société pour pouvoir relever avec succès et sérénité le défi que représente l'augmentation en nombre de la population âgée au Canada¹⁸.

2.6 Le silence des aînés

Plusieurs chercheurs ont vérifié dans leurs études que très peu d'aînés transgressent l'interdit tacite voulant que « [...] ça ne se fait pas de parler de son propre vieillissement¹⁹. »

Voilà ce qu'il faudrait changer en premier lieu : « entendre les personnes âgées et cesser de voir le vieillissement comme une réalité qui fait peur, que les experts seuls peuvent affronter et expliquer²⁰. »

Souvent, les experts affrontent le vieillissement en accentuant les aspects biomédicaux, en marquant cette étape de vie du sceau de la perte et du deuil alors qu'elle est pleine de potentiel.

La normalité du vieillissement n'est pas intégrée dans nos sociétés modernes, selon de nombreux écrits – particulièrement ceux des aînés. La gérontologie n'a pas fait tellement de place aux personnes les plus touchées par le vieillissement : celles-là même qui le vivent.

« [...] cette emprise médicale a des conséquences tant sur la nature des soins et des services dispensés que sur la recherche, la formation professionnelle en gérontologie, les politiques publiques et les conceptions courantes sur le vieillissement²¹. »

La médicalisation du vieillissement est une réalité qui persiste malgré les orientations multiples qui se succèdent afin de rendre les soins et les services moins onéreux et de mieux les adapter aux besoins des aînés. Pourtant, les conséquences de cette médicalisation, peu efficace, sont déterminantes pour les personnes âgées et regrettables, surtout quand on prend le parti de promouvoir la santé et le bien-être des aînés.

Une revue de littérature portant sur les préjugés et les stéréotypes à l'endroit des aînés a été réalisée récemment dans la région de Rimouski. Elle met en évidence quatre éléments qui interagissent et influencent l'intégration sociale des personnes âgées. Ce sont :

- les stéréotypes âgistes concernant les aînés ;
- les différences dans les stéréotypes à l'égard des hommes et des femmes ;
- les stéréotypes âgistes dans les médias ;
- les stéréotypes âgistes chez les intervenantes et les intervenants.

Les auteurs citent la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1987) :

« On parle d'intégration à la société lorsque les individus et les groupes qui forment le milieu social incorporent un certain nombre de modèles, de comportements, de normes et de valeurs qui leur permettent de participer de manière autonome à la vie en société. En ce sens, l'intégration, tout en supposant l'adaptation sociale, la dépasse et ne se limite plus à la relation de l'individu avec son milieu et avec la société. Elle exige une interaction des individus et des groupes avec leur milieu et la société²². »

2.7 Ceux qui vivent mieux, malgré les préjugés

Même si la notion d'intégration sociale varie selon les auteurs et qu'elle se retrouve souvent liée aux capacités physiques des personnes âgées et aux politiques conçues pour ces personnes, cette notion a un sens plus global pour d'autres auteurs.

Ainsi, selon Morel (1994), une personne est socialement intégrée quand elle est en mesure :

- d'exercer les rôles sociaux normalement dévolus aux êtres humains vivant en société ;
- d'entretenir avec son entourage des contacts sociaux significatifs et gratifiants ;
- de développer un sentiment d'appartenance aux structures de la société ;
- de participer aux activités habituelles de la vie sociale et communautaire²³.

Pendant ce temps, ce que réalisent de nombreuses personnes âgées dépasse ce que nous en savons. Pour Friedan, pendant que certains auteurs distinguent le normal du pathologique, d'autres parlent de distinguer la vérité du mensonge, la réalité du mythe, à propos des personnes et de leur vieillissement.

« J'ai également découvert qu'il y avait des choix que nous pouvions faire tout au long du voyage que nous tous, tôt ou tard, devons entreprendre, choix qui ouvrent d'étonnantes et nouvelles perspectives [...] Erik Erikson, qui a très vite compris qu'il fallait donner un sens à la vieillesse, a créé le concept d'"intégrité", qui s'oppose au désespoir, et celui de générativité qui s'oppose à la stagnation²⁴. »

Les gérontologues eux-mêmes en sont étonnés : des aînés de plus de 70 ans partent en affaires, d'autres réalisent des exploits sportifs, d'autres se remarient et vivent de nombreuses années une intimité amoureuse bienfaisante, d'autres encore se consacrent aux arts et produisent des œuvres depuis longtemps « mijotées ». Malgré des limitations fonctionnelles, certains trouvent le moyen d'aider leur entourage, leur famille, de réaliser des projets longuement mûris. Ce ne sont plus des exceptions. L'actualisation des capacités se continue et va à l'encontre des images négatives et des stéréotypes ; ces capacités naissent de l'individu et atteignent la réalité collective.

« Il est temps de rechercher les moyens pour reconnaître le potentiel à actualiser pour réussir une vieillesse épanouie à la lumière de l'expérience de la croissance, de celle de femmes et d'hommes de soixante ans et plus qui ont dépassé ce refus, vécu des changements et atteint une nouvelle vie²⁵. »

La vieillesse dynamique et réussie ne fait pas souvent l'objet de communications médiatiques. Est-ce à dire que vieillir est irrémédiablement associé à la maladie, à des problèmes, et que cela en constituera dorénavant la règle sociale ?

La vieillesse vaut la peine d'être vécue, et ce sont des aînés qui l'affirment et qui déplorent qu'en Amérique du Nord, on se comporte comme si vieillir était une maladie :

« [...] il faut redécouvrir le sens de la vieillesse [...] l'approche humaniste insiste sur les acquisitions : maturité d'esprit, sagesse et intériorité [...] « On nous brandit le spectre de la dépendance, de la déchéance et de l'improductivité. La peur de vieillir s'ajoute à la peur de la vie et ferait fuir, selon certains médecins, des gens dans la sénescence prématurée. La vieillesse permet d'achever sa croissance et d'assumer le défi de sa transformation intérieure et de sa continuité. Vieillir n'est pas une tragédie, c'est un état normal qui comporte ses apprentissages, son évolution, ses adaptations et ses plaisirs²⁶. »

2.8 Le malaise relatif au lieu de résidence

Respecter le choix des personnes âgées qui souhaitent vivre dans leur cadre de vie habituel malgré le fait que ces personnes aient des limitations ou des incapacités **est une condition fondamentale de la santé**. Cette condition est de plus en plus décrite dans la littérature, où elle est nécessairement mise en relation avec les ressources de l'environnement et de l'entourage, et avec l'organisation de la communauté. Certaines personnes peuvent aussi désirer vivre dans des habitations collectives pour se sentir plus en sécurité sans pour autant vouloir se couper du reste de la communauté²⁷.

Cependant, les milieux très directifs ne conviendront pas plus aux aînés déterminés et autonomes que les milieux permissifs peuvent convenir à des personnes dont la motivation et les capacités sont faibles. Vallerand a démontré, dans le même ordre d'idées, que la motivation chez les personnes âgées et les comportements sous-jacents sont responsables du bien-être psychologique et physique de ces personnes. L'adaptation s'en trouve facilitée, comme chez les personnes des autres groupes d'âge²⁸.

Des lieux de qualité doivent être offerts et être réellement accessibles aux aînés. Il est déplorable que les personnes âgées ayant quelques incapacités ne soient satisfaites des soins et des services ni à la maison ni en institution. Ces personnes manquent de services à leur domicile et la vie peut y être difficile si la maison n'est pas aménagée en fonction de leurs besoins, faute d'argent. En revanche, elles perdent leur intégration sociale si elles doivent vivre en institution²⁹.

Il est important de considérer que les problèmes de santé physique ou les désordres cognitifs peuvent servir de justifications pour arracher les aînés à leur milieu et les replacer en des lieux et d'une façon qui nuisent à leur bien-être et précipitent leur perte d'autonomie. Les décisions prises en ce sens servent souvent à résoudre des problèmes familiaux ou, d'abord et avant tout, des problèmes liés à l'organisation des soins et des services. Les parents, épuisés, peuvent très bien n'avoir aucun autre recours. Les besoins réels des personnes atteintes dans leur autonomie sont pris en considération selon la disponibilité des ressources. Les notions fondamentales de droit et de choix sont ainsi bien souvent négligés.

2.9 De graves problèmes de nutrition et de dentition

La question de la nutrition des personnes âgées est sérieuse. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) en a fait largement état dans ses écrits, particulièrement en 1999³⁰.

La présidente, Micheline Séguin Bernier, a manifesté les inquiétudes de son organisme, car l'état de malnutrition des personnes âgées peut entraîner :

- une perte de poids ;
- des plaies de pression ;
- un affaiblissement du système immunitaire ;
- une morbidité infectieuse.

Le nutritionniste Michel Sanscartier a expliqué que « la malnutrition et ses complications, lorsqu'elles ne sont pas traitées, entraînent des séjours en milieu hospitalier non planifiés et à répétition qui congestionnent les centres de soins³¹. »

Les experts en nutrition rapportent que de nombreuses recherches nord-américaines incluant des données ontariennes et québécoises démontrent que les taux de prévalence de malnutrition sont de l'ordre :

- de 3 à 5 % dans la population âgée vivant dans la communauté ;
- de 5 à 12 % dans la population âgée qui reçoit des services à domicile ;
- de 35 à 65 % chez les personnes âgées admises à l'hôpital pour des soins aigus ;
- de 25 à 60 % chez les patients vivant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Non traitée, la malnutrition s'installe insidieusement et peut entraîner la mort.

L'OPDQ a produit un résumé de la littérature scientifique intitulé *La problématique de la malnutrition chez les personnes âgées*. L'auteur, Stéphanie Ouellet, écrit ceci :

« [...] selon les populations étudiées, de 46 à 100 % des patients présentent une détérioration de leur état nutritionnel au cours de l'hospitalisation et ce, peu importe l'état de santé au départ. Et de 46 à 69 % des patients souffrent de malnutrition au moment de quitter l'hôpital. De 40 à 50 % des personnes âgées vivant à domicile courent un risque allant de modéré à élevé de souffrir de malnutrition, surtout lorsqu'elles vivent seules et qu'elles ont des limitations physiques³². »

Il semble qu'une alimentation qui ne comble pas les besoins en protéines et en sources d'énergie, de façon chronique, peut avoir des conséquences très graves. Les besoins en vitamines et en sels minéraux doivent également être satisfaits. « Les facteurs de risque sont nombreux et variés et certains peuvent être iatrogéniques et associés au milieu de soins³³. »

Les documents de l'OPDQ brossent un tableau complet de la situation et deviennent une source de connaissances très pratique pour élaborer des programmes axés sur la promotion d'une saine alimentation et la prévention de la malnutrition.

« L'alimentation est perçue comme un facteur déterminant de l'état de santé et de la qualité de vie d'une personne. Une alimentation inadéquate, tant en quantité [qu'] en qualité, augmente le risque de malnutrition. L'état nutritionnel est à la fois tributaire et déterminant de l'état de santé physique et mental³⁴. »

Les effets de la malnutrition dépassent le fait de ne pas suffisamment s'alimenter ; ces effets sur les activités et sur les comportements psychosociaux des personnes sont observables au même titre que les infections, les risques de chute, la dysphagie et la peur de s'alimenter et de boire qui en résultent, la confusion, le déséquilibre électrolytique et l'arythmie cardiaque.

Le sens du goût peut diminuer avec l'âge, mais les autres sens peuvent alors en compenser la perte, à moins que la médication ne vienne émousser leur acuité, ce qui n'est pas impossible.

Quant au rapport d'un groupe d'étude de l'OMS intitulé *Évaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post-ménopausique*³⁵, il rappelle l'importance du calcium et de la vitamine D afin de prévenir la fragilité osseuse et les fractures, particulièrement celles de la tête du fémur et de la hanche, qui se produisent surtout chez les femmes.

Les études sur la santé buccodentaire des personnes âgées de 65 ans ou plus au Québec datent des années 80. Certaines, plus récentes, se limitent à des territoires particuliers, comme celle qui a été réalisée dans la région de Trois-Rivières.

La volumineuse étude québécoise³⁶ a fait l'objet d'un article dans le *Journal dentaire du Québec*. Les faits saillants de l'enquête révèlent que la population étudiée compte peu d'années de scolarité et que ses revenus sont limités. Elle ne bénéficie pas d'un programme public de services et ne recourt pas à une assurance privée pour couvrir les soins dentaires.

On constate, chez les Québécois de 65 ans ou plus, que :

- 72 % sont édentés – surtout les femmes, les personnes moins scolarisées, les personnes moins fortunées et celles qui demeurent dans des centres d'hébergement ;
- 64,7 % portent des prothèses complètes (en haut et en bas) ;
- 75 % des prothèses qu'ils portent ont plus de cinq ans ;
- seulement 33,3 % des appareils dentaires qu'ils portent sont adéquats ;

- 28 % sont partiellement édentés – il leur reste entre 3,5 et 13,4 dents, dont 2,3 sont cariées et 2,4, obturées ;
- les personnes vivant dans un centre d'hébergement ont plus de caries que celles qui vivent à domicile ;
- le rapport entre les dents cariées et les dents obturées est plus élevé chez les femmes ;
- 75 % des personnes ayant une dentition partielle ont besoin de soins dentaires ;
- 90 % d'entre elles ont également besoin de traitements périodentaires ;
- 1,6 % des personnes vivant dans un centre d'hébergement ont un urgent besoin de soins.

L'impression d'une bonne santé dentaire est ressentie par une forte proportion d'aînés. Seulement 42 % d'entre eux jugent qu'ils ont besoin de soins dentaires, alors que 92 % en auraient besoin dans les faits. Les écarts les plus marqués entre l'évaluation personnelle et la réalité se retrouvent chez les personnes les plus âgées, celles qui sont les moins scolarisées et celles qui ont les plus faibles revenus.

Les auteurs établissent des liens entre la santé buccodentaire, l'état général et la qualité de vie des aînés. Une anomalie de l'appareil masticatoire entraîne à coup sûr des problèmes digestifs variés tandis qu'une dentition inesthétique engendre souvent des problèmes de comportement.

Les auteurs préconisent des approches axées sur la sensibilisation des aînés dans un premier temps puis sur la diffusion de l'information dans la population pour réduire les problèmes des générations qui suivent. D'autre part, les spécialistes en médecine dentaire sont très peu actifs auprès des aînés. Il faut susciter l'intérêt de ces spécialistes et celui des organismes responsables de la santé communautaire à l'égard des problèmes dentaires des personnes âgées.

Les auteurs recommandent d'abord au MSSS de s'assurer de l'accès aux soins dentaires, prioritairement dans les centres d'hébergement, et aux établissements du réseau de promouvoir la santé dentaire.

Même si cette grande étude n'a pas été reprise, d'« importantes carences dentaires chez les aînés³⁷ » ont été décelées dans les résidences d'accueil de Trois-Rivières et des environs au printemps de 1993 et l'auteure dresse les constats suivants :

- 80 % sont édentées ;
- 50 % portent des prothèses inadéquates ;
- les femmes consultent davantage pour leur santé dentaire ;
- 31 % des personnes ayant leurs dents naturelles ont des caries ou des obturations ;

- 88 % des personnes ayant leurs dents naturelles ont des problèmes au parodonte ;
- 80 % des personnes ont des prothèses vieilles de cinq ans ou plus ;
- 35 % portent les mêmes prothèses depuis plus de vingt ans ;
- 93 % des personnes âgées disent ne pas avoir besoin de soins et avoir une bonne hygiène dentaire.

Les auteurs manifestent leur inquiétude par rapport à une situation économique qui touche les futures générations de personnes âgées. Les adultes vieillissants auraient trop de difficultés financières pour se payer des soins adéquats. Leur priorité est de réussir à manger convenablement. « Il faut revenir à la base [...] une saine alimentation, se brosser les dents quatre fois par jour et visiter le dentiste deux fois par année³⁸. »

Aucune raison ne nous pousse à croire que la santé dentaire s'est vraiment améliorée. Des études récentes nous manquent pour établir des comparaisons. Un plan d'action national avait été proposé en 1983. Donner un suivi à cette proposition nous semble encore pertinent.

2.10 Plus pauvres, plus longtemps

La relation directe entre le revenu et l'état de santé n'est plus à démontrer. Dans le passé, les efforts sociaux relatifs à la sécurité du revenu pour les retraités visaient à maintenir leur niveau de vie. Il est maintenant certain que ces efforts s'orienteront plutôt vers la subsistance des personnes qui seront réduites à s'accrocher aux mesures de sécurité du revenu, faute de capitaux personnels suffisants. D'après l'auteur Lynn McDonald, géographe, on peut dire ce qui suit du projet canadien :

« [...] inspiré du modèle "supplétif", [il] n'augure rien de bon pour les personnes qui n'occupent pas une position avantageuse sur le marché du travail. Il imposerait une responsabilité plus grande aux individus à l'égard de leur sécurité financière au moment de la retraite et, de façon générale, ce sont les femmes qui en souffriraient le plus [...] les changements annoncés pénaliseraient lourdement certains hommes et la plupart des femmes du secteur économique périphérique et élargiraient davantage les écarts de revenus entre les Canadiens³⁹. »

D'après McDonald, il est donc logique de prévoir que la pauvreté gagnera encore du terrain, étant donné les difficultés d'accès à l'emploi, et que les changements permettront à ceux qui dépendront des prestations publiques de subsistance non pas de conserver le même niveau de vie à l'âge de la retraite, mais de survivre.

Les politiques et les orientations interministérielles tardent à s'orchestrer pour répondre aux objectifs en **santé publique** visant à réduire les écarts socioéconomiques et à agir en contrant la pauvreté elle-même. C'est pourtant là le déterminant majeur à considérer pour

effectuer un virage vers la **promotion de la santé** au Québec. Ces difficultés de coordination sont particulièrement ressorties lors du dépôt des rapports effectués dans le cadre de la restructuration des programmes concernant la sécurité du revenu au Québec^{40,41}.

« Il n'existe pas de définition officielle de la pauvreté au Canada, tout comme il n'y a pas de consensus quant à la façon de mesurer les niveaux de faible revenu. La plupart des chercheurs qui s'intéressent aux politiques sociales utilisent indifféremment les termes "pauvreté" et "faible revenu". Les taux de "faible revenu" de Statistique Canada indiquent les niveaux de revenu en deçà desquels une personne ou une famille ne peut convenablement subvenir à ses trois besoins fondamentaux, soit se nourrir, se loger et s'habiller, et sous lesquels les personnes vivent dans des conditions précaires⁴². »

D'après le Conseil des aînés du Québec, 50 % des personnes âgées reçoivent le supplément de revenu garanti ; les deux tiers d'entre elles vivent seules. En 1995, pour une personne vivant seule, le total de la pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) et du maximum de la sécurité du revenu garanti (SRG) s'élevait à 10 264 \$. Pour vivre dans les secteurs urbains de plus de 500 000 habitants, il lui aurait fallu un revenu de 16 874 \$. Pour les couples, les prestations maximales étaient de 16 642 \$ alors qu'il leur aurait fallu un revenu de 21 442 \$ pour vivre décemment dans le même secteur.

La population âgée vit indéniablement une marginalisation sociale selon les auteurs, particulièrement Colvez et Betty Friedan. Ils affirment que les problèmes de retraite renforcent cette ségrégation. Autrefois, la pauvreté était la principale cause de la marginalisation des personnes âgées ; maintenant, on les marginalise en les retirant de façon de plus en plus prématurée du monde des actifs tout en les considérant comme privilégiées. Il est à craindre que des tensions intergénérationnelles surgiront quand les aînés, en réaction à la marginalisation, voudront protéger leurs acquis. Il est prévisible également que les personnes âgées vivant seules et sans soutien social dit naturel seront sensiblement plus nombreuses dans les prochaines décennies.

Colvez n'hésite plus à parler de *mamie-boum*, compte tenu de la surmortalité masculine qui ne tend qu'à s'accroître en France et ailleurs dans les pays développés. Si rien ne vient entre-temps modifier les comportements en matière de consommation dans le domaine médical ni le niveau des incapacités chroniques graves aux âges avancés, la situation s'aggraverait.

« La population âgée a davantage augmenté que la population jeune [...] La population âgée est une population fragile, très facilement affectée par des changements soudains, qu'ils soient épidémiques (grippe) ou climatiques (canicules) mais sans doute aussi économiques. Au cours des dernières décennies, la situation de cette population s'est améliorée et la persistance des différences entre les groupes sociaux montre qu'il reste encore des progrès à faire. Cependant, la voie reste étroite : d'une part, on ne pourra sans doute pas continuer longtemps à améliorer de façon indistincte la situation de l'ensemble des personnes âgées mais, d'autre part, il faut être conscient du risque qu'il y aurait à revenir sur les acquis. On

mettrait alors en cause les progrès réalisés ces dernières années et on risquerait de faire stagner, voire régresser jusqu'à l'espérance de vie. Seules des actions spécifiques envers les personnes effectivement désavantagées sont susceptibles d'éviter ces écueils⁴³. »

2.11 Des problèmes troublants

Les **troubles mentaux**, avec une prévalence de 15 à 20 %, se manifestent largement chez les aînés qui vivent seuls et qui ont une mauvaise qualité de vie.

« L'Enquête Santé Québec dégage l'importance des problèmes de santé chroniques, qualifiés graves : dépression, confusion et pertes importantes et fréquentes de mémoire, troubles psychotiques de longue durée. Pour l'ensemble de ces troubles mentaux, il existe peu de différence entre les groupes d'âge : les personnes aînées (4,9 %), principalement les femmes (6,2 %), ont des taux légèrement plus élevés que l'ensemble de la population (4 %). On fait remarquer qu'à tout âge, approximativement deux fois plus de femmes que d'hommes ont des troubles mentaux chroniques⁴⁴. »

La **consommation de médicaments** fait l'objet d'une intéressante analyse dans les écrits en ce qui concerne les réalités de la triade consommateurs-informateurs-prescriveurs. Malgré l'objectif de la *Politique de la santé et du bien-être* de réduire de 10 % la consommation de psychotropes chez les personnes âgées, il continue d'y avoir des abus de consommation de la part des aînés, des abus de prescription de la part des médecins et des manques d'information relativement à la consommation des produits pharmaceutiques. L'explication n'est certainement pas unique, mais on constate que les conséquences de cette surconsommation sont désastreuses sur la santé physique et mentale des aînés quand on observe le taux d'hospitalisation lié à ces effets négatifs. Selon l'OMS, ce phénomène est responsable de 10 à 20 % des hospitalisations⁴⁵.

Les **problèmes de sommeil** sont réels et dérangent un grand nombre de personnes âgées. Charles Morin, psychologue et chercheur à l'Université Laval, déclarait dans un communiqué de presse diffusé en mars 1999 :

« L'insomnie est un problème de santé sous-traité, même si elle a des répercussions importantes sur la santé physique et mentale ainsi que sur les rapports sociaux des individus qui en souffrent. Les problèmes d'insomnie chronique touchent entre 12 et 25 % des personnes âgées en bonne santé. Pourtant, moins de 15 % des insomniaques chroniques ont déjà été traités et à peine 5 % des personnes souffrant de problèmes de sommeil ont déjà consulté un médecin spécifiquement à ce sujet. La majorité des insomniaques préfèrent se soigner eux-mêmes alors qu'il serait important qu'ils aillent rapidement chercher de l'aide pour régler ce problème⁴⁶. »

Cependant, la meilleure thérapie n'est pas de prendre des somnifères, qui sont efficaces seulement à court terme. D'après les résultats d'études qu'il a menées en collaboration avec une équipe de chercheurs de Virginie, Charles Morin préconise un traitement psychologique visant autant à faire disparaître certaines croyances qui contribuent à amplifier les problèmes d'insomnie qu'à corriger certaines mauvaises habitudes. Ce traitement a été comparé avec celui qui consistait à prendre seulement des somnifères et avec celui qui combinait somnifères et psychothérapie. Quand les somnifères sont utilisés, les bénéfices cessent avec l'arrêt de la médication alors qu'après deux ans, les avantages sont maintenus chez ceux qui ont profité de la psychothérapie⁴⁷.

Le recours aux médicaments ne traite pas les problèmes de sommeil et le risque de devoir régler deux problèmes de santé après un certain temps existe : l'insomnie n'est pas traitée et la dépendance aux somnifères exigera elle aussi une solution.

Tout en reconnaissant qu'il est souhaitable de responsabiliser les individus par rapport à leur santé et à leur bien-être, il faut aussi considérer l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer ces deux domaines pour comprendre dans sa globalité la réalité telle qu'elle est vécue par ces mêmes individus. En ce qui concerne les personnes âgées, il est relativement facile de les stigmatiser, de les culpabiliser et de mettre l'accent sur des comportements individuels qu'il leur faudrait corriger au regard de leur consommation de médicaments, de soins et de services. Certains écrits laissent entendre qu'elles exagèrent et privent possiblement d'autres personnes d'un accès légitime aux services. Il a pourtant été démontré que les aînés ne recourent pas davantage aux soins de santé et aux services sociaux que les citoyens des autres groupes d'âge qui ont des problèmes de santé sérieux.

2.12 La vieillesse maltraitée

Les maltraitances exercées à l'endroit des personnes âgées ont fait l'objet de plusieurs travaux depuis la fin des années 80 au Québec. On se souviendra du rapport *Veillir... en toute liberté*⁴⁸ produit par le Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées. Sans surestimer ses effets, qui n'ont d'ailleurs donné lieu à aucune évaluation, on peut quand même dire que ce rapport a inspiré plusieurs interventions et amené des organisations vers la nécessaire concertation pour agir efficacement dans certaines situations difficiles. Bien que certains milieux aient progressé, les stratégies de sensibilisation, de dépistage et d'intervention sont toujours de mise. Le problème des abus envers ce groupe de la population, considéré comme vulnérable, n'est pas réglé. Il n'est même pas permis de croire qu'il est en régression. Au contraire, avec la fatigue accrue des personnes – professionnelles ou non –, qui prennent soins des aînés, les facteurs de risque augmentent. Par ailleurs, les conditions économiques difficiles pour tous font craindre une multiplication des tentatives de fraude et des fraudes réussies dont sont souvent victimes les aînés, et dont on n'entend pratiquement jamais parler.

Il est important de mentionner l'initiative du CLSC René-Cassin⁴⁹ d'ouvrir un centre d'appels téléphoniques pour ceux et celles qui sont maltraités. Les personnes témoignent, portent plainte ou livrent le poids de leurs expériences traumatisantes, elles s'en libèrent et évaluent leurs capacités de s'en sortir avec de l'aide. Ce service est offert à toute la population du Québec et on y oriente la personne vers des services adaptés à ses besoins en fonction de son lieu de résidence.

Robert Hugonot, médecin et gérontologue, est reconnu pour avoir mis en lumière le problème de la maltraitance des personnes âgées en France. Son récent ouvrage, titré *La vieillesse maltraitée*⁵⁰, a passé en revue les connaissances acquises sur ce phénomène qui constitue « un véritable problème de société ». Il s'est inspiré des expériences d'intervention et des travaux du groupe ALMA pour étoffer une grande partie de son livre. On y retrouve des témoignages tous plus éloquents les uns que les autres. Ses constats sont rigoureux et ses avis plaident en faveur d'actions concrètes et efficaces. Ce livre « fournit donc toutes les pièces d'un dossier si important qu'il dépasse le seul champ gérontologique et médical et s'adresse à tous, professionnels ou non, pour les sensibiliser à la découverte de cette maltraitance invisible⁵¹. »

L'extrême vulnérabilité de certaines personnes âgées est indéniable dans plusieurs situations, à l'intérieur de la famille ou de la communauté. « Tous les auteurs confirment la complexité du problème et s'entendent pour dire que la négligence et les sévices physiques sont les indicateurs d'abus les plus faciles à observer et à détecter, contrairement à ceux d'ordre psychologique⁵². »

Le Conseil des aînés précise que l'exploitation financière serait plus fréquente que les mauvais traitements physiques à l'endroit des aînés. Un ensemble de facteurs interviennent dans le phénomène de la violence à l'endroit des aînés :

- les facteurs liés à la personne, à son état de santé et à son niveau de dépendance ;
- les facteurs liés à la violence familiale, considérée comme un comportement normal se transmettant souvent de génération en génération ;
- les facteurs liés à l'environnement et aux conditions de vie, comme le revenu insuffisant, l'exiguïté du logement, l'isolement ou la promiscuité ;
- les facteurs liés au comportement des aînés qui ne se plaignent pas, qui ne dénoncent rien ni personne, qui vivent un sentiment d'échec ou de culpabilité à l'occasion de conflits ;
- les facteurs liés aux stéréotypes et aux attitudes discriminatoires envers les aînés dans la société.

Le Conseil préconise la concertation dans les milieux de vie et dans la communauté comme une approche à privilégier pour lutter contre ce fléau qui perturbe la vie des aînés à différents degrés.

La promotion de la santé par l'action sur les déterminants de la santé des aînés et sur les conditions qui la favorisent aurait un effet incontestable de sensibilisation en ce qui a trait aux comportements respectueux, pacifiques envers les aînés. D'autre part, il est à prévoir qu'une autre réalité verra le jour avec l'arrivée des autres générations, possiblement mieux préparées à s'affirmer et à se protéger.

2.13 Et les aidantes... dites naturelles

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre s'est franchement posé la question : « Que représentent les aidantes pour l'État ? » Un rapport, intitulé *Les modèles de relations entre les services formels et les aidantes naturelles, une analyse des politiques de soutien à domicile du Québec*, a été préparé par une équipe de chercheurs de la Direction de la santé publique⁵³. Cet ouvrage nous confirme que de 70 à 80 % des soins requis par l'état de santé des personnes âgées fragilisées sont offerts par les aidantes. Leur importance est majeure, car ce sont elles qui maintiennent l'intégration sociale d'un grand nombre de personnes âgées fragilisées. Leur propre état de santé devient donc une question essentielle. Les auteurs ont précisé à ce sujet que :

« De nombreuses recherches ont permis d'établir que le soutien à un parent âgé avec des incapacités augmente le risque de connaître certains problèmes de santé, surtout la dépression et l'anxiété, tout en aggravant les symptômes de problèmes de santé physique. Ce soutien a également de nombreuses répercussions sur la vie des aidantes : le temps de loisir est réduit, les nombreuses responsabilités se cumulent et s'entrechoquent, l'intégration au marché du travail devient de plus en plus difficile, au point que plusieurs aidantes abandonnent le travail avec les répercussions économiques que l'on devine. Avec le vieillissement de la population qui s'accélère, le prolongement de l'espérance de vie avec incapacité et la réduction de la taille de la famille, le rôle des aidantes et l'impact de l'aide sur leur vie risquent nettement de s'accroître. Pourtant, on assiste simultanément à une réduction du rôle de l'État dans les soins de longue durée (SLD) aux personnes âgées et handicapées, à une responsabilisation accrue des communautés et des familles, c'est-à-dire des femmes⁵⁴. »

L'analyse repose sur les documents d'orientation qui ont été collectés auprès du MSSS, des régies régionales, des CLSC et des associations et qui ont été produits entre 1992 et 1998 au Québec. Les auteurs en ont dégagé quatre modèles d'orientation pour soutenir les aidantes et ils ont recensé les services auxquels elles ont accès. Il semble bien que, généralement, les personnes qui apportent leur aide aux aînés le font au détriment de leur propre santé. Les mesures qu'on offre aux aidantes sont souvent ponctuelles et répondent à des situations extrêmes. Pourtant, la désinstitutionnalisation nécessite un transfert de ressources vers le maintien à domicile. « Personne n'a intérêt à ce que les aidantes souffrent de la prise en charge de parents fragilisés⁵⁵. »

Par ailleurs, un autre ouvrage, intitulé *Les personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*⁵⁶, a été publié en 1993, sous la direction de Frédéric Lesemann et de Claude Martin. L'ouvrage présente une réflexion importante sur les systèmes de protection sociale et la reconnaissance des familles par les pouvoirs publics concernant les personnes âgées qui ont besoin d'aide. Il est question de complémentarité entre solidarité familiale et solidarité publique. Les auteurs rappellent « la permanence des solidarités familiales ou l'intensité des liens de parenté, dont la vie urbaine n'a pas provoqué le relâchement⁵⁷. »

Dans la conclusion, les auteurs font état d'un phénomène qui ne nous étonne plus :

« [...] la pratique du soutien familial implique un nombre très limité de personnes : le plus souvent une seule, deux tout au plus. Le contraste entre le rôle central du réseau familial élargi pendant la vie active et sa réduction dans l'exercice des soins à l'égard des personnes dépendantes est très frappant. Cette réduction aboutit généralement à l'identification d'un aidant principal ou plutôt d'une aidante principale, puisque ce sont en très grande majorité des femmes qui exercent la fonction d'aide et de soin, selon un modèle de hiérarchie des rôles mis à jour dans la plupart des pays. L'épouse est la première à assumer le soutien, à défaut ce sera la fille, puis une belle-fille. Puis viendront les conjoints (s'il en existe), les fils, les amies et amis⁵⁷. »

Les auteurs appellent cette pratique du soutien familial le *caring*. Ils ne lui reconnaissent ni limite ni seuil, sauf dans des situations d'insécurité créées par des comportements aberrants qui entraînent souvent l'arrêt des soins à domicile.

« Le *caring* est un véritable travail, continu, extrêmement diversifié, non seulement matériel mais aussi affectif, un mélange de travail et d'amour. C'est aussi un travail de quête de services, de démarches institutionnelles multiples, de négociation avec les institutions, de coordination d'offres de services divers⁵⁸. »

L'ouvrage, en même temps qu'il soulève le fait qu'on sait faire preuve de solidarité familiale envers les personnes âgées qui ont besoin d'aide, met en évidence les « conséquences dramatiques de [son] absence pour les personnes isolées ». Ces inégalités dans les réseaux sont amplifiées par des ruptures familiales, des départs liés au travail ou à la migration, etc.

Les chercheurs s'accordent cependant sur un point :

« [...] on connaît peu le phénomène de l'aide familiale, pour lui-même et dans ses rapports avec l'activité de soins offerts par les services formels. On connaît également les processus sociaux et culturels de construction social du soin. Ces champs de recherche ont surtout été explorés à partir du système de services, dans une logique de quête de besoins, de clientèles, consommatrices ou bénéficiaires⁵⁹. »

Cet ouvrage, des plus pertinents, aborde également les distinctions qui se précisent entre les soins formels et les soins associés à la dépendance des personnes âgées. La diversité des services offerts dans les différents pays est grande, mais le contrôle des coûts semble être une préoccupation partout. La décentralisation est un mouvement répandu et les municipalités jouent un rôle plus ou moins important en matière d'organisation des services selon les pays.

Le rapport entre les soins familiaux et les soins formels est ainsi décrit : « [...] à la fois interdépendants et irréductibles les uns les autres. Ils constituent deux systèmes autonomes, ce qui les rend non substituables⁶⁰. »

Ils obéissent à des logiques fort différentes et s'exercent selon des modèles qui leur sont propres :

- les soins familiaux sont adaptés, diversifiés, permanents ;
- les soins formels sont normés, universels, définis ;
- les uns relèvent du lien social, de l'échange, du don, de la dette symbolique ;
- les autres relèvent du critère de l'utilité et de l'efficacité économique.

Martine Bungener est citée pour son expression concernant l'appréciation de la solidarité familiale qui n'est faite qu'en fonction de la solidarité publique, dans une logique fonctionnelle et évaluative, sans tenir compte de l'organisation des familles modernes et de la réciprocité :

« Les interventions familiales méconnues, lorsqu'elles sont défailtantes, entraînent fréquemment une hospitalisation ou un hébergement institutionnel. Elles prennent alors, par défaut, une visibilité économique et financière massive qui contribue tout autant à masquer leur réalité, en mobilisant les décideurs et l'opinion sur leurs seules carences [...]»⁶¹

2.14 Des constats pour mieux comprendre

Le Conseil des aînés a formulé certains constats généraux sur la santé et le bien-être des aînés au Québec :

- les aînés jouissent d'une bonne santé mais ils déclarent plus de problèmes de santé que les autres groupes d'âge ;
- certains aînés, particulièrement les femmes de 75 ans ou plus, souffrent de maladies chroniques ou d'incapacités ;

- la perte d'autonomie touche 19,7 % du groupe des 65-74 ans et 26,1 % des personnes de 75 ans ou plus, et ce, à des degrés plus ou moins élevés ;
- près de 70 % des aînés n'ont besoin d'aucun service particulier ;
- la détresse psychologique affecte moins les aînés que l'ensemble de la population ;
- le problème de consommation de médicaments chez les aînés ne relève généralement pas d'une surconsommation mais bien d'une utilisation inadéquate due au manque d'information ;
- l'abus et la négligence dirigés contre les aînés ne sont pas des mythes mais une cruelle réalité qui affecte certains aînés à des degrés divers⁶².

Deux autres éléments sont à ajouter à ces constats concernant la santé des aînés :

- la pauvreté chronique, caractérisant particulièrement les femmes âgées, et son influence sur l'état de santé (nous avons suffisamment documenté cette question) ;
- l'analphabétisme fonctionnel (sujet que nous n'avons pas encore abordé).

Paul Roberts et Gail Fawcett, du Centre de statistiques internationales, ont contribué à une enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes. Ils ont produit un document intitulé *Personnes à risques : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*⁶³.

Cet ouvrage présente la notion suivante en citant l'Association canadienne de santé publique : « [...] l'environnement socioéconomique constitue un facteur déterminant de la santé sur lequel il est possible d'agir et [...] la politique publique est l'instrument permettant de modifier cet environnement⁶⁴. »

Il rappelle les résultats obtenus par des recherches et des travaux sur l'importance des liens entre certains déterminants et l'état de santé d'une population. Le revenu et la scolarité sont les deux variables socioéconomiques qui fluctuent avec les groupes d'âge et qui ont une influence majeure. Les capacités de lecture et les habitudes d'acquisition d'informations diverses peuvent exposer les personnes âgées à des risques plus élevés en matière de santé.

« L'alphabétisme peut donc être vu comme un enjeu d'importance en matière de promotion de la santé. En effet, l'amélioration du niveau d'alphabétisme peut contribuer à l'atteinte des objectifs visés en ce domaine, et la compréhension des applications des capacités de lecture et des tendances de l'alphabétisme constitue un premier pas vers une communication plus efficace des messages adressés aux populations cibles à l'égard de la santé⁶⁴. »

Les variations entre les capacités de lecture et leurs applications ainsi que les habitudes d'acquisition de l'information chez les aînés sont aussi examinées dans cette étude. Les

résultats obtenus corroborent le point de vue selon lequel les personnes âgées ayant de faibles capacités de lecture sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé que les personnes âgées ayant des capacités élevées.

« L'incapacité de comprendre et d'observer la posologie des médicaments délivrés sur ordonnance constitue l'un des problèmes les plus évidents et les plus critiques découlant de faibles capacités de lecture et ayant un effet direct sur la santé d'une personne⁶⁴. »

Ce problème touche particulièrement les personnes âgées. L'analyse explore la sécurité des personnes et de l'environnement, la capacité de prendre des décisions en matière de santé, le sentiment de ne pas comprendre les explications qu'on leur donne, le stress et le manque de confiance.

Cependant, l'étude souligne qu'alphabétisme et scolarité ne sont pas synonymes :

« [...] la scolarité [...] ne "fige" pas l'alphabétisme pour toujours. Après la fin de ses études, on peut voir ses capacités se dégrader faute d'utilisation, mais on peut aussi accroître ses capacités par la pratique et une formation supplémentaire, même si on n'a reçu qu'un minimum d'éducation formelle. Le fait que l'alphabétisme ne se résume pas à des capacités acquises dans le cadre du système d'éducation est important pour la politique du Canada en matière d'alphabétisme : cela signifie nettement que les capacités de lecture sont fonction de ce que les personnes décident de faire après leurs études⁶⁴. »

« Statistique Canada (1991) signale, dans son étude pan-canadienne, un niveau important (65 %) d'analphabétisme de base et fonctionnel chez les personnes âgées entre 55 et 69 ans. Nous pouvons déduire que dans leur vie quotidienne ces personnes "éprouvent" plus que tout autre groupe d'âge des difficultés plus ou moins prononcées dans l'utilisation du matériel écrit⁶⁵. »

En parlant de la communication et de l'éducation de base en santé, la responsable du Groupe de recherche et d'intervention en santé et en alphabétisation (GRISA, 1999), Myriam Drolet, affirme ceci :

« La qualité de la communication, pour ce qui concerne l'oral et l'écrit, est relative à l'éducation de base. Le vocabulaire, les expressions, le contexte, le sens et la densité du discours, mais aussi les référents au milieu d'appartenance qui permettent l'interprétation du message peuvent nuire à la communication. Dans ce sens, les niveaux d'alphabétisation et d'instruction influencent l'échange entre les personnes en cause. **Il s'agit parfois d'un problème de relation entre l'alphabétisation et la santé, des secteurs parfois en interférence ; une question qui affecte de manière particulière l'évaluation de la santé mentale des personnes âgées⁶⁶.** »

En fait, cette question est étudiée depuis peu au Québec. Beaucoup d'intervenants peuvent se rendre compte que l'information verbale ou imagée est beaucoup plus efficace

que l'information écrite auprès de certains groupes d'aînés, sans savoir pourquoi. Les personnes âgées dont l'alphabétisation est limitée ont développé une foule de moyens pour camoufler ce problème et le premier, c'est de le taire. Seule une relation de confiance permet à l'intervenante ou l'intervenant de le déceler, à l'aide d'une méthode proposée par le GRISA, car les aînés n'en parlent pas. L'approche de cette méthode est différente de celle des programmes en alphabétisation offerts par certaines commissions scolaires du Québec. Le lien avec la santé est si important que le GRISA propose l'utilisation d'un questionnaire visuel appelé « AlphaSanté », portant sur les habitudes d'hygiène corporelle, de sommeil et de médication, afin d'aider les intervenantes et les intervenants à identifier les analphabètes fonctionnels.

2.15 Des constats pour mieux agir

La pratique médicale traditionnelle a morcelé l'approche des personnes et de leurs problèmes de santé ainsi que la façon de traiter ces problèmes. Il est opportun de remettre en question cette manière d'agir. La promotion de la santé incite à la conception d'une approche multidisciplinaire, multifactorielle et multisectorielle. Le fait que différents problèmes touchent un même groupe dans la population doit nous porter vers un partenariat dans le domaine de l'intervention, comme ce fut le cas pour les jeunes et la famille au Québec. La santé des personnes âgées n'est pas bien considérée, c'est le moins qu'on puisse dire, et cela est peut-être dû au fait que ces personnes se jugent individuellement et majoritairement en bonne santé. Les différents problèmes vécus par les aînés s'imbriquent, interagissent et affectent la qualité de vie de ces personnes.

La plupart des études utilisées dans le présent document pour décrire les différents problèmes proposaient des solutions sectorielles. L'approche axée sur la population permet l'intervention intersectorielle, l'exige même. Les mesures relatives à la promotion et à la prévention indiquées pour le groupe des aînés dépassent le domaine de la santé et des services sociaux. Sans prétendre les nommer toutes, on peut citer différentes dimensions qui entrent en interaction : la vie municipale, l'agriculture et l'alimentation, la culture, les affaires et l'économie, l'éducation, l'environnement, l'habitation, la justice et le respect des droits, les revenus, le travail et le transport.

Plusieurs solutions restent à inventer par l'action concertée de toutes les ressources visées.

1. Denise BADEAU et André BERGERON, *La santé sexuelle après 60 ans : pour une approche globale de la sexualité des adultes âgés*, Québec, Éditions du Méridien, 1991.

2. *Ibid.*

-
3. *Ibid.*
 4. *Ibid.*
 5. Betty FRIEDAN, *La révolte du 3^e âge : pour en finir avec le tabou de la vieillesse*, Paris, Éditions Albin Michel, 1995, 494 p.
 6. Louise GUYON, *Derrière les apparences, santé et conditions de vie des femmes*, Gouvernement du Québec, MSSS, 1996, 385 p.
 7. *Ibid.*
 8. *Ibid.*
 9. FRIEDAN, *op. cit.*
 10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Vers un nouvel équilibre des âges*, rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées, 1991, p. 12.
 11. A. M. GUILLEMARD, *Le vieillissement : un processus socialement défini*, Congrès de l'Association canadienne de gérontologie, compte-rendu, octobre 1993.
 12. FRIEDAN, *op. cit.*
 13. Alain COLVEZ, « L'état des personnes âgées : situation aujourd'hui, interrogations pour demain », *Futuribles*, n° 88, mai 1985.
 14. BADEAU et BERGERON, *op. cit.*
 15. FRIEDAN, *op. cit.*
 16. FRIEDAN, *op. cit.*
 17. Marie CAOUETTE, « *Ce n'est pas à cause des personnes âgées que la société n'a pas les moyens de les supporter* », entrevue avec le professeur Jacques Laforest, gérontologue attaché à l'Université Laval à Québec, *Le Soleil*, 13 novembre 1996.
 18. CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE, « Le taux de dépendance : un mythe âgiste », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 4.
 19. FRIEDAN, *op. cit.*
 20. BADEAU et BERGERON, *op. cit.*
 - 21 Marie-Josée TREMBLAY, « Vieillir en région : au village ou à la ville », *Le Gérontophile*, vol. 16, n° 4.
 22. CONSEIL CONSULTATIF DES AÎNÉS ET AÎNÉES DE L'EST DU QUÉBEC, *Les préjugés et les stéréotypes à l'endroit des aînés*, Rimouski, 1997, 114 p.
 23. *Ibid.*
 24. FRIEDAN, *op. cit.*
 25. FRIEDAN, *op. cit.*

-
26. F. CHRÉTIEN, « Redécouvrir le sens de la vieillesse », *Frontières*, automne 1993.
 27. Monique VILLEMAIRE, « Les aînés : mythes et réalités », *Changements*, automne 1996
 28. R. J. VALLERAND, *Motivation chez les personnes âgées. Conséquences pour la santé physique et mentale*, Montréal, Université du Québec à Montréal, Laboratoire de psychologie sociale, 1990.
 29. COLVEZ, *op. cit.*
 30. Stéphanie OUELLET, *La problématique de la malnutrition chez les personnes âgées*, résumé de littérature, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1999.
 31. *Ibid.*
 32. *Ibid.*
 33. *Ibid.*
 34. *Ibid.*
 35. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Évaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post-ménopausique*, rapport dans le cahier n° 54-843.
 36. Paul L. SIMARD et autres, « Conclusion de l'étude sur la santé bucco-dentaire des Québécois de 65 ans et plus », *Journal dentaire du Québec*, mars 1983.
 37. Linda CORBO, « Importantes carences dentaires chez les aînés, enquête dans des centres d'accueil du Trois-Rivières métropolitain », *Le Nouvelliste* (Trois-Rivières), 31 mars 1993, p. 14.
 38. *Ibid.*
 39. Lynn MCDONALD, *Les pensions de retraite au Canada : les inégalités d'un système dualiste*, International Sociological Association Research on Ageing Intercongress Meeting, Melbourne (Australie), avril 1995.
 40. Camil BOUCHARD, Vivian LABRIE et Alain NOËL, *Chacun sa part*, rapport du Comité externe de réforme de la sécurité du revenu, 1996, 236 p.
 41. Pierre FORTIN, et Francine SÉGUIN. *Pour un régime équitable axé sur l'emploi*, Comité externe de réforme de la sécurité du revenu, 1996, 137 p.
 42. CONSEIL DES ÂINÉS, *La réalité des aînés québécois*, Gouvernement du Québec, 1997, 107 p.
 43. COLVEZ, *op. cit.*
 44. CONSEIL DES ÂINÉS, *op. cit.*
 45. *Ibid.*
 46. Charles MORIN, « Le traitement psychologique de l'insomnie produit des effets bénéfiques durables chez les personnes âgées », communiqué de presse, 16 mars 1999, émis à 16h00.
 47. *Ibid.*

-
48. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Vieillir... en toute liberté*, rapport du comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 1989, 131 p.
49. CLSC RENÉ-CASSIN, *Rompre le silence, Programme de prévention des abus envers les personnes âgées*,
50. Robert HUGUENOT, *La vieillesse maltraitée*, Paris, Éditions Dunod, 1998, 236 p.
51. *Ibid.*
52. CONSEIL DES AÎNÉS, *op. cit.*
53. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Les aidantes naturelles, que représentent-elles pour l'État ?*, rapport synthèse, 1998, 4 p.
54. *Ibid.*
55. *Ibid.*
56. Frédéric LESEMANN et Claude MARTIN, *Les personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris, La Documentation Française, 1993, 215 p.
57. *Ibid.*
58. *Ibid.*
59. *Ibid.*
60. *Ibid.*
61. *Ibid.*
62. CONSEIL DES AÎNÉS, *op. cit.*
63. Paul ROBERTS et Gail FAWCET, *Personnes à risques : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*, rapport du Centre de statistiques internationales au Conseil canadien de développement social, n° 5, novembre 1998.
64. *Ibid.*
65. Myriam DROLET, *Alphasanté : un instrument de communication et d'éducation*, Groupe de recherche et d'intervention en santé et en alphabétisation (GRISA), 1999.
66. *Ibid.*

3 La santé publique : une question de partenariat

3.1 Des priorités internationales

Un délégué de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le professeur Jean-Pierre Michel¹, présentait lors du Colloque francophone de Genève, tenu en 1989, une allocution sur les aînés du monde. Il y parlait de démographie, de gérontologie clinique et de quelques programmes de recherche de l'OMS, notamment ceux portant sur le vieillissement des populations, sur le vieillissement psychologique et la démence, sur la nutrition et l'ostéoporose, et sur l'immunologie et la vaccination. Il a été catégorique : « Vieillir ne doit pas être considéré comme une tare mais comme une chance. On oublie trop souvent cette notion... On vieillit comme on a vécu² », a-t-il ajouté pour signifier que la qualité du vieillissement dépend de ce que l'on a mis dans sa qualité de vie.

Monsieur Michel a ensuite affirmé que les handicaps se préparent tôt dans la vie mais qu'ils peuvent se prévenir durant toute la vie. Il a évoqué Renoir, qui a travaillé jusqu'à sa mort, et particulièrement sa dernière œuvre, *Les baigneuses*, qu'il a peinte avec des mains déformées par une polyarthrite rhumatoïde qui l'obligeait à fixer son pinceau à ses doigts avec des bandelettes. Il a ainsi conclu : « Au-delà du vieillissement, au-delà du handicap, il y a les mentalités et la volonté³. »

Les rapports de plusieurs groupes d'étude ont été publiés depuis et font état de la situation européenne et mondiale en ce qui a trait au vieillissement. Le groupe de travail sur le vieillissement et la capacité de travail a étudié les nombreux facteurs qui influencent à la fois la santé et l'efficacité au travail des travailleurs vieillissants. Un autre groupe s'est penché sur l'évaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post-ménopausique. Ce rapport porte sur les nombreux facteurs qui déterminent ce risque et qui doivent être pris en considération dans la planification d'interventions en santé publique. Il fait état des connaissances actuelles en plus de suggérer des recommandations techniques et pratiques en matière de prévention. D'autres rapports couvrent la consommation de médicaments, les maladies rhumatismales, la démence, etc.⁴.

D'autre part, le rapport du comité d'experts de l'OMS titré *La santé des personnes âgées*, fait le point sur les connaissances en biologie du vieillissement humain, sur les besoins spéciaux des personnes âgées en matière de santé et sur les demandes actuelles et futures relativement aux services de santé. Ce rapport se concentre sur les nombreux changements nécessaires en ce qui concerne la compétence, la formation, les attitudes, les politiques et les services essentiels pour faire face à l'accroissement de la proportion des aînés dans la population mondiale. Les changements recommandés sont inspirés par la nécessité de définir les interventions et les politiques les plus susceptibles de permettre à un plus grand nombre de personnes âgées n'ayant pas d'incapacités d'accroître leur longévité en fonction de leur potentiel génétique.

Par ailleurs, l'OMS propose d'apprécier les conséquences des maladies affectant principalement les personnes âgées en se fondant sur un petit nombre de dimensions fondamentales du comportement humain, appelées « rôles de survie ». Les cinq principaux rôles retenus par l'OMS sont :

- la mobilité ou les déplacements effectifs de la personne ;
- l'indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie quotidienne ;
- les occupations complexes (travail, loisirs, etc.) ;
- l'intégration sociale ;
- l'indépendance financière⁵.

Une dégradation importante des performances relatives à l'une ou plusieurs de ces dimensions entraîne *ipso facto* un désavantage car, en fait, il existe peu de différences de normes entre les groupes sociaux. Ces dimensions offrent donc une base très utile pour définir des indicateurs de santé adaptés aux personnes âgées et plusieurs enquêtes sont fondées sur ces concepts⁶.

3.1.1 La déclaration de Montréal

À l'occasion de la Quatrième conférence mondiale de la Fédération internationale du vieillissement, nous avons pu constater l'ampleur des défis posés aux différents pays par le vieillissement de la population à l'échelle de la planète. Si les défis sont différents à plusieurs égards selon la situation des pays, les préoccupations concernant l'amélioration des conditions de vie des aînés sont partagées par tous.

La déclaration de Montréal trace la voie à cette volonté commune et invite les signataires à se donner un plan national afin de réaliser des gains concrets pour les aînés de toutes conditions.

3.2 Des priorités nationales

3.2.1 La *Politique de la santé et du bien-être* et les aînés

Sur le plan des interventions, la *Politique de la santé et du bien-être* précise que :

« Les réponses offertes par les différents services contribuent souvent à mettre à l'écart les aînés et ne considèrent parfois que les besoins associés aux incapacités physiques. Mais, et c'est sans doute là le plus grand problème, ces réponses ne

prennent généralement pas assez en compte les capacités des aînés, leurs acquis, ceux de toute une vie, et la nécessité de maintenir leur intégration sociale⁷. »

On y déplore également le fait que les personnes âgées, aux prises avec des problèmes de santé chroniques, aient été mises dans des institutions. La marginalisation qui en découle a probablement contribué à accroître leur dépendance. En voulant régler des problèmes médicaux, nous avons négligé les dimensions psychosociales, « qui jouent pourtant un rôle déterminant dans l'apparition et l'évolution des problèmes de santé⁸. »

Les voies d'action prioritaires visent donc à maintenir l'intégration des personnes âgées et à reconnaître la nécessité d'amorcer les virages qui permettront à la société de s'adapter à ce nouvel équilibre des âges qu'implique le vieillissement de la population. Les conditions de vie adéquates sont donc au cœur de ces priorités. De plus, la *Politique de la santé et du bien-être* énonce l'objectif suivant :

« Favoriser la participation des aînés dans les actions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être, tant lors de leur élaboration que de leur implantation, particulièrement pour les sept problèmes qui affectent le plus les personnes âgées⁹. »

Cette politique insiste de plus sur la nécessité d'« agir avec et pour les citoyens de façon à ce que chaque personne devienne le gestionnaire de sa qualité de vie tout en intervenant conjointement auprès des systèmes avec lesquels [elle transige]¹⁰. »

3.2.2 Les Priorités nationales de santé publique et les aînés

Le document intitulé *Priorités nationales de santé publique*, produit par le MSSS, définit l'intervention actuelle de la santé publique au Québec comme « l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui les régissent¹¹. »

Les déterminants de la santé et du bien-être sont, dans les diverses sources consultées, assez bien définis par de grands ensembles ou systèmes touchant toute la population et dont les composantes ou sous-systèmes exercent des influences marquées tant sur la santé et le bien-être des individus que sur la communauté. Ces composantes sont :

- la personne elle-même : les sous-systèmes biologique, psychologique et du bien-être global ;
- la personne en interaction avec l'environnement : les habitudes de vie et les comportements, le travail, les loisirs ;
- l'environnement social, culturel et économique : l'organisation du travail et le marché de l'emploi, les services de santé, les écoles et autres institutions, les conditions socioéconomiques, la culture sociosanitaire, le réseau social ;

- l'environnement naturel et technique : les ressources techniques comme l'approvisionnement et la sécurité alimentaire ; le micro-environnement – le logement, le transport, l'eau potable et le traitement des ordures, par exemple ; le macro-environnement – le climat sain ou encore la préservation de la nature.

Dans la réalité, l'état de santé et de bien-être de la population résulte de la conjonction de ces nombreux déterminants et de leurs multiples relations.

La mission du secteur de la santé publique québécois constitue une contribution au maintien et au développement d'un état de santé optimal dans la population. Les priorités nationales pour la période 1997-2002 visent :

« Des gains substantiels en matière de santé et de bien-être de la population en posant des gestes concrets et en fixant des résultats précis, dans une dynamique de coordination nationale, d'intensification et de concertation des interventions dans toutes les régions du Québec¹¹. »

En ce qui a trait aux aînés, les priorités nationales ont essentiellement misé sur la prévention, dans une volonté :

- de réduire la contagion de l'influenza par la vaccination des personnes âgées ;
- de réduire l'incidence du cancer du sein par le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et de réduire ainsi la mortalité chez les femmes de 55 à 74 ans ;
- de réduire les chutes chez les personnes âgées, notamment par la diffusion du *Guide de prévention des chutes* ;
- de réduire la violence dirigée vers les aînés par des initiatives tant nationales que régionales et par la promotion de comportements pondérés.

Les quatre principes directeurs des priorités nationales en santé publique constituent en soi les fondements de la promotion de la santé. Ce sont :

- agir et comprendre ;
- s'engager davantage auprès des communautés ;
- s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être ;
- intervenir de façon concertée et coordonnée.

Les divers concepts relatifs à la santé publique et à ses interventions, notamment la distinction concernant la promotion de la santé et la prévention des maladies, sont de mieux en mieux définis. Il existe encore chez les auteurs des difficultés à différencier l'un

ou l'autre des champs d'études et les modalités d'intervention : les uns appellent promotion ce que d'autres appellent prévention, et vice versa.

Le premier bilan des priorités nationales démontre que le *Guide de prévention des chutes* est un outil qui a inspiré plusieurs interventions régionales. Plusieurs projets sont en cours de réalisation¹².

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est implanté dans quelques régions. Ce programme touche toutes les femmes qui ont entre 50 et 69 ans.

Quant au Programme de vaccination contre l'influenza pour les personnes âgées, il a permis d'immuniser, selon les régions, entre 63,4 et 86,3 % des aînés qui vivent dans les CHSLD et entre 33,3 et 53,5 % de ceux qui vivent en milieu ouvert.

3.2.3 Des changements souhaités par les aînés et les intervenants

La réflexion des aînés et des intervenants préoccupés par l'amélioration et le maintien de la qualité de vie de toutes les personnes âgées évolue vers la nécessité de se doter, au Québec, d'une politique globale sur la vieillesse, le vieillissement et les personnes aînées.

Marc-André Maranda, du MSSS, a lui aussi réfléchi à cette question et il favorise une politique sur la vieillesse au Québec : « Une politique de la vieillesse au Québec ne doit pas être conçue dans un climat de panique face à la croissance des coûts¹³. »

Il résume ainsi les conditions nécessaires pour en arriver à une véritable politique sur la vieillesse afin d'entrer convenablement dans le XXI^e siècle :

- éviter de considérer le phénomène uniquement en brandissant le spectre d'un accroissement effréné des dépenses ;
- lever les cloisonnements institutionnels ;
- travailler d'urgence à l'harmonisation des politiques publiques ;
- donner le maximum d'oxygène aux communautés locales et aux aidants naturels.

Le Conseil des aînés, quant à lui, manifeste clairement sa volonté de proposer au gouvernement des orientations pour l'élaboration prochaine d'une politique sur le vieillissement. Pour ce conseil, il apparaît essentiel :

«[...] de détruire le mythe "misérabiliste" qui, pendant longtemps, a contribué à l'exclusion des aînés dans les divers secteurs d'activités sociales. Les aînés ne forment pas un bloc monolithique défini par l'unique critère de l'âge chronologique. La situation n'est pas que pauvreté, maladie, vulnérabilité, dépendance, improductivité...¹⁴ »

La distinction entre une politique sur la vieillesse et une autre sur le vieillissement est mince. L'une considère « la vieillesse dans sa globalité et tente de donner une perspective d'ensemble tandis que l'autre, celle [sur le] vieillissement, aborde toutes les dimensions soulevées par le phénomène¹⁵. »

Cependant, elles perpétuent l'une et l'autre l'idée que l'on continue de croire et de transmettre que seules les personnes âgées vieillissent. Cela est faux et le sera toujours. De la naissance à la mort, les gens vieillissent ; leurs besoins changent, leurs conditions de vie évoluent et leur environnement social, économique et culturel influence leur état de santé.

3.3 De la promotion de la santé et du bien-être de tous

La promotion de la santé poursuit un objectif ambitieux en voulant rendre l'individu, les communautés et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Ici, la santé est considérée comme une ressource de la vie quotidienne, non plus comme un état à préserver ou un idéal à atteindre ; elle suppose plutôt un équilibre dynamique entre la compétence individuelle, les ressources fondamentales que sont les revenus, le logement et la nourriture et, enfin, les conditions économiques et sociales¹⁶.

Ce concept met en valeur les ressources sociales et individuelles et, dans la pratique, la promotion de la santé favorise l'apprentissage de modes de vie sains par l'individu, elle encourage les communautés à aménager leur environnement et intègre la santé dans les politiques sociales et les décisions collectives. La promotion de la santé génère des interventions qui ne relèvent pas uniquement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être dans son ensemble.

La promotion de la santé renforce aussi les processus démocratiques ; elle s'appuie sur la participation des citoyens, sur l'égalité et sur l'adaptation des milieux aux besoins. Elle représente un grand défi pour le système des soins de santé et des services sociaux du Québec, qui doit s'ouvrir à d'autres secteurs dont l'action influence la santé et le bien-être de la population.

3.4 La promotion de la santé et les axes d'évaluation

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé offre un cadre de référence pour aborder l'approche en promotion de la santé et analyser les pratiques en matière d'évaluation à travers les cinq axes qui suivent :

- le renforcement de l'action communautaire en vue de favoriser la participation active et effective de la communauté à toutes les étapes de l'élaboration, de la planification et de

la réalisation des programmes de promotion de la santé. Cette participation, notamment celle des aînés, concourt au développement individuel et social ;

- l'acquisition et le perfectionnement par les populations d'aptitudes individuelles favorisant un état de bien-être ;
- l'élaboration de politiques publiques saines ;
- la création de milieux favorables (approche socioécologique de la santé) ;
- la réorientation des services de santé vers des activités de promotion de la santé¹⁷.

Ce concept, par les caractéristiques et par la nécessité d'évaluer les pratiques qu'il engendre, pose des questions sérieuses aux chercheurs. Les critères d'évaluation devront tenir compte des effets de l'action tant sur les déterminants que sur les apprentissages et les modifications de comportements des individus, des communautés et de la population en général. La population devra être sollicitée pour faire part de ses critères d'évaluation. La complexité relative aux processus de changement que ce paradigme propose doit être prise en considération dans l'évaluation, qui ne concerne plus seulement les effets observables.

De nouveaux schémas d'analyse s'imposent donc aux acteurs de la promotion de la santé, qui leur permettront de se distancier du modèle biomédical et épidémiologique. L'approche différenciée de la promotion de la santé aura nécessairement une influence, notamment auprès des aînés – envers lesquels la tendance à médicaliser les manifestations normales du vieillissement est très forte, particulièrement chez les femmes.

De par son approche, la promotion de la santé exige de nouvelles façons d'évaluer les programmes actuels :

« [...] l'autoévaluation, l'approche participative, la conception de l'évaluation comme un facteur potentiel de dynamisation d'un processus social, comme un temps d'apprentissage, de mobilisation des communautés, permettant la clarification des objectifs, l'explicitation des attentes de chacun, de critiquer, enrichir et transformer les actions afin que les personnes soient plus à même de maîtriser les éléments de leur santé. La dimension empirique de la pratique en promotion de la santé se situe à la frontière des espaces de liberté des individus et des groupes¹⁸. »

Les enjeux de la promotion de la santé relatifs au développement individuel et collectif devraient traduire en particulier les liens entre ces deux notions : les inégalités sociales et les comportements qui influencent la santé des individus. Ils devraient également préciser comment une politique publique de promotion de la santé s'inscrit nécessairement dans une politique de développement social, dans la mesure où celui-ci vise la maîtrise par les personnes de leur vie individuelle, familiale et collective.

Le pouvoir des personnes âgées sur leur propre vie est une réalité à respecter et on ne peut qu'encourager ces personnes à le développer. La marginalisation des aînés est une

atteinte à leurs droits et libertés. Les communautés se doivent de reconnaître l'importance du rôle des aînés et elles doivent intégrer les forces de ces personnes dans le processus de développement social. Cela va de soi.

3.5 Un virage qui s'impose

L'importance des aliénations passées est mise en évidence par les connaissances et les réflexions qu'apporte le mouvement de la promotion de la santé et du bien-être. On reconnaît davantage aux individus la responsabilité et les capacités d'utiliser leurs expériences personnelles pour acquérir de meilleures habitudes de vie et influencer leur environnement. On confie maintenant aux personnes elles-mêmes une grande partie de leurs apprentissages. « À partir de là, l'individu en arrive à une prise en main de sa santé, une appropriation qui lui est personnelle, teintée à sa façon, et qui apporte des changements durables [...]»¹⁹. »

Les conditions de réussite sont les mêmes pour les aînés que pour les autres groupes de la population. Les orientations doivent être orchestrées de façon à permettre l'atteinte d'objectifs précis et mesurables. Après avoir déterminé ces orientations, une question se pose : Comment pourraient-elles se concrétiser pour donner les résultats attendus ?

Avant tout, les auteurs Tremblay et Eddy veulent reconnaître les difficultés associées aux changements successifs dans les valeurs individuelles et collectives, dans les us et coutumes, qui se sont produits au cœur même de la société québécoise.

« Naître, grandir, vieillir, être malade et mourir sont des événements privilégiés pour intégrer une personne au sein de son groupe familial et social [...].

« Toutefois, au nom du biologique, la médecine moderne s'est dissociée du fonctionnement des relations sociales et symboliques qui sont en jeu dans ces événements. Les effets d'une telle exclusion, dans la pratique historique de médicalisation, sont aujourd'hui plus facilement repérables. L'appauvrissement socio-symbolique du Québec est intimement lié à sa façon de traiter ces événements de marquage du temps. Le virage ambulatoire nous conduit à la question éthique pour interroger notre usage social des technologies biomédicales performantes [...]. Le virage ambulatoire révèle le déclin de l'institution biomédicale et nous donne la possibilité d'évaluer nos façons de dire et de faire ce changement en rapport avec le mode d'existence qu'elles impliquent [...].

« Le virage ambulatoire pourrait être vécu socialement de façon positive si on s'en servait pour renforcer l'autonomie, le pouvoir et le savoir des familles et revitaliser les échanges lorsque l'un de ses membres naît, est malade, vieillit ou meurt²⁰. »

La réappropriation des événements de la vie par les familles ne peut se faire dans n'importe quelles conditions. Il nous faut réfléchir à ce que nous désirons pour nous-mêmes et pour les nôtres. Il est à noter que le virage ambulatoire engage les femmes de façon tout à fait particulière. Elles doivent s'approprier des connaissances parfois très approfondies. C'est ce qu'on leur demande de faire, souvent sans avoir tout d'abord vérifié leurs capacités et leur disponibilité.

Par ailleurs, le discours de l'État québécois concernant la réalité des personnes âgées et leur « incontournable » prise en charge, tantôt par les institutions, tantôt par les services de soins à domicile, est sévèrement critiqué par certains auteurs^{21,22}.

Jacques Roy, du Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, énumère les éléments qui, dans une perspective historique, se situent en dehors de la réalité des aînés et de leur famille. Il replace les aidants naturels dans une forme de partenariat, ici très contestable puisqu'on impose aux aidants de multiples responsabilités sans se préoccuper de leurs véritables capacités. En même temps, selon cet auteur, l'État se désengage progressivement de ses obligations et tente d'inverser le rapport en rendant les familles responsables des services à donner aux individus.

Dans ces familles, ce sont les femmes qui sont le plus souvent interpellées et chargées du fardeau, malgré le fait que la majorité d'entre elles travaillent à l'extérieur du foyer – tout comme leur conjoint.

Jacques Roy précise que les soins des aînés, souvent des femmes âgées, sont assurés par des femmes professionnelles dans les institutions et par d'autres femmes à domicile. Il cite le livre vert sur les familles québécoises paru en 1984 :

« Quand le livre vert indique que l'État doit cesser de se substituer à d'autres réseaux d'aide, à des réseaux dits plus "naturels", il faut constater que, malheureusement, les appels "à la nature des choses" ont rarement bénéficié aux femmes ; plus souvent qu'autrement, ils ont servi à confiner les femmes dans la sphère domestique. Si l'État se désengage de l'aide aux personnes, quels sont, en fait, les aidants "naturels" qui s'y substitueraient ? Qui d'autre que les femmes²³ ? »

Le discours étatique peut ainsi perpétuer de profondes inégalités sociales entre les citoyens et les citoyennes. Les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes handicapées physiques et les personnes atteintes de troubles mentaux ont, pour la plupart, été confiées aux « aidantes naturelles » après que la désinstitutionnalisation soit devenue incontournable dans le cadre des réformes successives de la santé et des services sociaux.

« Les économies collectives réalisées par la non-institutionnalisation ne doivent pas se traduire par l'appauvrissement des familles et la dégradation du niveau de santé de l'ensemble de la population.

« Dans sa vision partenariale, l'État québécois ne fait nullement la démonstration que les forces et les faiblesses des partenaires du milieu naturel ont été prises en

compte dans les orientations annoncées [...] et l'État ne s'est pas suffisamment préoccupé de la réalité des dynamiques sociales et familiales existantes qui sont au cœur de la problématique de la prise en charge des aînés au sein de la communauté²⁴. »

3.6 Quelques exemples de problèmes d'intégration sociale à venir

Dans une conception élargie de la promotion de la santé et du bien-être des personnes, la question de la retraite hâtive se pose. Elle comporte de nombreuses dimensions qui ont une influence sur la santé et le bien-être des individus et de leur famille. Pour des milliers de retraités au Québec, cette forme de retraite venait à la suite d'offres gouvernementales. Les problèmes économiques ont certes besoin d'être résolus. S'agit-il pour autant ici d'une solution saine ? Des analyses et le recul nous l'apprendront à moyen terme, certainement.

Par ailleurs, la précarité de plus en plus grande du travail ne permet pas aux employés de cotiser régulièrement à une caisse de retraite. Depuis quelque temps, l'augmentation du coût de la vie oblige parfois les cotisants actuels à utiliser leurs économies de retraite pour répondre dans l'immédiat à d'autres besoins prioritaires.

La retraite est une coutume qui change et le motif pour prendre sa retraite change aussi. Il y a quelques années, la retraite servait à intégrer les jeunes sur le marché du travail ; maintenant, non seulement les jeunes entrent-ils de moins en moins sur le marché du travail, mais leurs parents sont mis de plus en plus tôt à la retraite. Le message et la réalité se complexifient et deviennent sujets de nombreuses communications et analyses particulièrement troublantes et parfois même contradictoires. Les avis sur les conditions de vie des *baby-boomers* qui ont déjà ou qui auront progressivement accès à la retraite dans les prochaines décennies comportent en effet de multiples dimensions et traduisent diverses tendances. Ils font cependant tous mention de l'inquiétude concernant l'avenir de ces générations particulières^{(1),25,26,27,28,29,30}.

La motivation des gens à prendre leur retraite plus tôt est un sujet très complexe, dont les multiples dimensions sont soulevées par les auteurs.

Pour ce qui est du milieu du travail, les conditions de plus en plus exigeantes augmentent le stress et les problèmes de santé dans une conjoncture où il faut en outre faire face à des restrictions budgétaires. La fatigue des personnes qui travaillent s'intensifie et elles peuvent facilement éprouver le besoin de laisser leur emploi plus tôt dans la vie quand on leur propose des compensations de départ et qu'elles ont peu ou pas de réductions actuarielles³¹.

⁽¹⁾ Le mot *génération* est utilisé ici dans son sens démographique par l'auteur de cette revue. Il désigne l'ensemble des personnes nées dans la même année. En ce sens, les *baby-boomers* représentent donc plusieurs générations. Les auteurs cités utilisent souvent le mot *génération* pour désigner un ensemble de groupes d'âge.

C'est malgré tout un risque à plus long terme pour les individus et les communautés que celui de cesser des activités professionnelles trop tôt. Les aînés ainsi libérés, qui peuvent envisager une autre carrière à leur mesure, augmentent en nombre. Ils s'associent entre eux et créent leur propre emploi. Leur choix peut aussi être de réintégrer le marché du travail. Ils peuvent alors être considérés comme des personnes qui accaparent les emplois des plus jeunes.

Ce qui paraît assez clair, c'est qu'ils ne seront pas davantage que maintenant jugés en fonction de leurs compétences mais de plus en plus en fonction de leur âge. Certains auront certainement le courage de faire face à cette situation, mais seront-ils majoritaires parmi ceux et celles qui ont le potentiel pour contribuer au développement de leur communauté ? La retraite se transformera-t-elle alors en changement de carrière ? Il semble que ce choix sera de plus en plus restreint. Pourtant, d'aucuns devront travailler pour vivre décemment.

Il est certain que les femmes sont moins nombreuses à pouvoir prendre une retraite précoce quand on compare leur situation moyenne à celle des hommes. Elles sont arrivées plus tard dans certains milieux de travail, elles ont contribué moins longtemps aux divers régimes, souvent elles ont dû démissionner pour cause de grossesse, brisant ainsi les liens avec le milieu du travail, et un départ hâtif les pénaliserait certainement. Celles qui sont à la retraite ont souvent choisi le bénévolat, alors que les hommes ont plus souvent un travail rémunéré.

L'important pour les jeunes retraités serait de planifier à plus long terme et de croire en leurs capacités évidentes en les mettant à profit dans des activités qui leur plaisent. Ils auront à faire un cheminement personnel et à dépasser les opinions négatives sur le vieillissement largement véhiculées par les médias, qui ont adopté des valeurs centrées sur le corps, les apparences et la promotion quasi unique de la jeunesse. Les auteurs cités dans la présente section font largement mention de ce phénomène.

Les recherches québécoises nous font comprendre la réalité des aînés. Pour eux, l'actualisation de soi et la satisfaction de vivre le présent sont des garanties de santé mentale, car ce sont des dispositions qui leur permettent d'avoir des projets et d'envisager l'avenir avec une attitude sereine³².

3.7 Vers un nouveau paradigme de la santé

Bouchard et Renaud soutiennent un point de vue qui tranche et même qui s'oppose à la réalité actuelle :

« Pour produire la santé, une société doit produire autre chose que des soins. Elle doit produire de la richesse, de l'emploi, de l'éducation et ainsi de suite. Tous les marqueurs d'état de santé (espérance de vie, taille, mortalité, etc.) ont augmenté (ou décru) indépendamment du degré de médicalisation d'une société. Il est

également clair que l'amitié, l'entraide, le "caring" auprès des enfants ou des parents âgés sont des soins de santé au moins aussi importants que les soins médicaux. Dans ce contexte, on commence à s'apercevoir que chaque argent placé dans le médico-hospitalier n'est pas disponible pour d'autres secteurs dont on connaît par ailleurs l'importance déterminante pour la santé d'une population, que ce soit le soutien aux enfants et aux parents, l'école, la création d'emplois d'utilité communautaire, le recyclage de la main-d'œuvre, l'amélioration de l'environnement physique ou les programmes de lutte contre la pauvreté et de lutte contre la culture de la dépendance. Les connaissances nouvelles en matière de déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé appellent à une véritable révolution de "paradigme" dans nos manières de penser et de faire sur les questions de santé³³. »

Les auteurs comparent ici les soins médicaux à une industrie au rendement décroissant et en transformation constante, tout comme les dynamiques sociales en cause.

« [...] médicalisation des problèmes sociaux, judiciarisation de la prise en charge, déshumanisation des soins, désinstitutionalisation dans le domaine de la santé mentale, responsabilisation de plus en plus grande des individus, des familles et des communautés.

« Une industrie vaste, complexe, alourdie par la technocratie et qui pose la question fondamentale : ce système contribue-t-il à l'amélioration de la santé de la population en proportion des investissements colossaux qui y sont faits³⁴ ? »

L'article met l'accent sur le fait que ce ne sont pas uniquement les techniques de soins qui ont amélioré la santé ; ce sont les facteurs sociaux qui ont le plus contribué à faire reculer les frontières de l'espérance de vie. L'amélioration de la nutrition, l'espacement des naissances et plusieurs conditions d'hygiène collectives sont des facteurs cités.

Les auteurs rappellent qu'historiquement, on a confié aux médecins le « soin d'assurer la santé de la population³⁵ » et que ceux-ci, dans les faits, s'occupent bien davantage de la maladie. La santé n'est pas qu'une question d'habitudes de vie et ne relève pas uniquement de la responsabilité individuelle. Les individus qui ont de mauvaises habitudes de vie ont souvent un niveau socioéconomique plus faible.

La santé est, pour ces auteurs, liée à la qualité de l'environnement social, économique et culturel. Ils notent par exemple les moyens que trouve un individu pour faire face au stress ; les plus satisfaisants sont les moyens associés à l'estime de soi et au sentiment de contrôle, deux facteurs qui varient selon le statut socioéconomique.

Enfin, la révolution, c'est qu'« une société doit se préoccuper de la qualité de l'environnement social qu'elle crée³⁶. » Cet environnement est aussi fondamental que le bagage génétique.

Ces auteurs se demandent de quoi est fabriquée la santé. Ils se rapportent au modèle de l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA) qui met en évidence le paradoxe

suivant : « à force d'investir dans les soins, on finit par désinvestir la santé³⁷. » Ils mentionnent aussi les nouveaux choix sociaux qui s'imposent dans un contexte d'appauvrissement collectif. On valorise l'investissement dans les innovations sociales à long terme mais on nie que les choix doivent se faire dans le contexte de la lutte classique entre le médical et le social, entre le préventif et le curatif, entre le biomédical et les autres déterminants de la santé, entre une politique de soins et une politique de santé. Le Québec est devant la nécessité de trouver une façon de s'occuper de la santé qui soit efficace et moins coûteuse.

-
1. Jean-Pierre MICHEL, « La personne âgée dépendante et son image, vers son avenir, vers une discrimination ou une intégration », *Informations et recherches*, allocution présentée au Colloque francophone de l'Organisation mondiale de la santé, Genève, numéro spécial, octobre 1990, 158 p.
 2. *Ibid.*
 3. *Ibid.*
 4. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *La santé des personnes âgées*, n° 779, 1989, 112 p.
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Évaluation du risque de fracture et son implication au dépistage de l'ostéoporose post-ménopausique*, n° 843, 1994, 139 p.
 5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « La promotion de la santé, une perspective, une pratique », *Santé et société*, vol. 1, 1989, 32 p.
 6. Alain COLVEZ, « L'état des personnes âgées : situation aujourd'hui, interrogations pour demain », *Futuribles*, n° 88, mai 1985.
 7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de la santé et du bien-être*, 1992, 192 p.
 8. *Ibid.*
 9. *Ibid.*
 10. *Ibid.*
 11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, Gouvernement du Québec, 1997, 103 p.
 12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002, vers l'atteinte des résultats attendus : premier bilan*, Gouvernement du Québec, 1999, 146 p.
 13. Marc-André MARANDA, *Trois pistes pour la compréhension des enjeux sociaux liés au vieillissement*, Québec, MSSS, Service des politiques et des orientations, 1994.
 14. CONSEIL DES AÎNÉS, *La réalité des aînés québécois*, Gouvernement du Québec, 1997, 107 p.
 15. MARANDA, *op. cit.*
 16. MSSS
 17. Hélène DAVID, *L'insoutenable lourdeur de l'autonomie des personnes âgées*, ACFAS, 1994, p. 43-66.
 18. *Ibid.*
 19. Nicole GAUTHIER et Régnald GENDRON, *Perspective en promotion du bien-être et de la santé*, Québec, MSSS, Direction de la promotion de la santé et du bien-être, 1996, p. 4.
 20. Johanne TREMBLAY et Pierre EDDY, « Virage ambulatoire et liens familiaux. Aux petits soins à domicile », *Le Devoir*, 13 janvier 1997.
 21. Marie CAOUILLE, « Ce n'est pas à cause des personnes âgées que la société n'a pas les moyens de les supporter », entrevue avec le professeur Jacques Laforest, gérontologue attaché à l'Université Laval à Québec, *Le Soleil*, 13 novembre 1996.

-
22. Jacques ROY, « La prise en charge des aînés au Québec ou l'errance du discours officiel », *Le Gérontophile*, vol. 18, n° 4, 1996.
23. *Ibid.*
24. *Ibid.*
25. A. M. GUILLEMARD, *Le vieillissement : un processus socialement défini*, Congrès de l'Association canadienne de gérontologie, compte-rendu, octobre 1993.
26. Monique VILLEMAIRE, « Les aînés : mythes et réalités », *Changements*, automne 1996.
27. M. R. SAUVÉ, « Le Québec vieillissant », *Les Diplômés*, automne 1996.
28. M. FOURNIER, *Un Québec vieillissant*, dossier sur le vieillissement, Direction de la recherche et de l'analyse de la Fédération des CLSC.
29. Jeff HILL, « La vague grise ». *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 3.
30. Oscar FIRBANK, « Les “baby-boomers” à la retraite : nouveaux riches ou nouveaux pauvres ? » *Le Gérontophile*, vol. 16, n° 3.
31. Gilles GUÉRIN et autres, *Le malaise professionnel : nature, conséquences et déterminants*, rapport de recherche présenté au Conseil québécois des professionnelles et professionnels et cadres (CQPC), 1993, 351 p.
32. Micheline DUBÉ et autres, *Une intervention de groupe axée sur la perspective future comme moyen d'intervention pour maintenir l'autonomie et la santé mentale des personnes âgées*, rapport de recherche, 1993.
33. Louise BOUCHARD et Marc RENAUD, *Pour un paradigme de la santé*, GRASP, Département de sociologie de l'Université de Montréal, Institut canadien de recherches avancées, *PRÉVENIR*, n° 28, 1995.
34. *Ibid.*
35. *Ibid.*
36. *Ibid.*
37. *Ibid.*

4 Des réalisations

Des efforts très concrets ont été faits dans certaines régions afin d'amorcer le virage dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, esquissé dans la *Politique de la santé et du bien-être*. En voici quelques exemples.

4.1 En Estrie

La région de l'Estrie a réalisé des recherches sur son territoire avant d'orienter ses décisions. Afin de déterminer ses axes d'intervention en promotion de la santé et en prévention des maladies, elle s'est appuyée sur le concept d'autonomie des aînés, pôle central de la planification de ses actions.

La région s'est donné comme objectif principal de limiter l'apparition, le développement et l'aggravation des problèmes de santé. Toutes les dimensions ont été considérées pour arriver à faire augmenter le nombre de personnes qui vieillissent sainement et à donner de la vieillesse une vision plus positive^{1,2}. L'actualisation du potentiel des aînés s'est imposée comme un élément fondamental de la stratégie, qui permettait d'éviter l'augmentation des dépenses pour les aînés au détriment d'autres groupes d'âge et de maintenir la qualité des services actuels.

Les décideurs régionaux ont adopté un plan d'action qui visait à faire diminuer les coûts des soins de santé et des services sociaux tout en maintenant l'accès aux soins et aux services ; ils ont pensé que la prévention pourrait faire baisser le nombre d'événements qui entraînent des demandes de services³.

Voici une illustration de cet effort : en supposant que 500 personnes âgées de l'Estrie font des chutes dans une année et que les coûts moyens pour chaque personne s'élèvent à 15 000 \$ pour les soins en courte durée seulement, il devient évidemment rentable de travailler sur les causes de ces chutes, peu importe où elles se produisent. L'économie se traduit également en avantages pour la santé et le bien-être des personnes âgées. L'équipe de recherche a déterminé quatre facteurs prioritaires sur lesquels intervenir pour améliorer la capacité des personnes âgées de se déplacer en toute sécurité :

- l'alimentation ;
- la médication ;

- l'environnement ;
- l'équilibre et la mobilité de la personne⁽²⁾.

L'approche multifactorielle est une stratégie d'intervention qui se caractérise par ses effets sur l'état général des personnes. Il y a fort à parier qu'en contrôlant davantage la médication de la personne âgée, celle-ci retrouve peu à peu son appétit et ses forces, qu'elle désire sortir ou participer à des activités ; que, mieux alimentée et accompagnée, elle aille plus souvent faire une promenade ou rendre visite à ses voisins et amis ; qu'avec l'aide d'une canne ou d'une marchette, si elle en a besoin, elle puisse parcourir des distances qui lui paraissaient infranchissables auparavant. Avec tous ces éléments combinés, il ne serait pas étonnant qu'elle sente son goût de vivre et sa confiance en elle remonter de plusieurs crans. Ceci est un simple exemple d'approche qui mène à une meilleure qualité de vie.

L'Estrie a dégagé les axes d'intervention suivants en promotion de la santé auprès des personnes âgées :

- l'information et la formation sur le vieillissement (changer les attitudes, les mentalités et les préjugés) ;
- les conditions de vie et l'environnement (revenu, habitat, transport, traumatisme non intentionnel (chutes) ;
- les habitudes de vie et les comportements (activité physique, alimentation, santé buccodentaire, consommation de médicaments, immunisation) ;
- la santé mentale et l'intégration sociale (capacités psychologiques et sociales, abus, négligences et autres formes de violence)⁴.

L'amélioration de la qualité de vie des aînés pourra se mesurer. La région est maintenant en possession d'outils lui permettant d'évaluer ses investissements et de poursuivre ses efforts pour susciter, par son approche globale, une plus grande actualisation des capacités des aînés de son territoire tout en réduisant ses coûts, tant financiers que sociaux. Les objectifs et les moyens utilisés pour promouvoir la santé et pour prévenir la maladie sont intimement liés, car ils relèvent de la même logique à l'intérieur de l'univers des soins de santé et des services offerts dans une région.

L'actualisation du potentiel des aînés est une notion qui englobe un ensemble de conditions de vie touchant les aspects physique, psychologique, spirituel, social et socioéconomique. Elle a préalablement fait l'objet de recherches en Estrie. Le

⁽²⁾ Cette illustration est issue d'une conversation téléphonique qui a eu lieu en novembre 1996 avec Valois Boudreault, responsable du dossier de la santé des personnes âgées à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

« vieillissement actualisé » est devenu un élément fondamental de l'orientation du plan régional, qui vise « le renforcement de la capacité “d’agir” des personnes en prônant, de concert avec d'autres secteurs, des actions sur les déterminants de la santé et du bien-être⁵. »

4.2 En Montérégie

La région de la Montérégie a conçu l'expérience du « Mieux vieillir » après avoir constaté que bien peu de modèles dynamiques s'offraient aux aînés du Québec. La direction de la santé publique de la région a senti la nécessité de planifier, de concert avec les aînés, ses actions au regard de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. La somme de 400 000 \$ est consacrée chaque année à l'intégration des personnes âgées depuis 1994-1995. En 1995-1996, la somme de 1 272 478 \$ a servi à préparer un plan d'action pour améliorer la santé mentale des aînés et faire réaliser à l'État des économies en ce qui a trait aux soins de santé⁶.

Les efforts déployés visent à équilibrer les dépenses de santé en tenant compte du poids démographique des personnes âgées. Le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des aînés au cours des dernières années de leur vie ainsi que leur intégration sociale dans la communauté constituent l'essentiel des préoccupations régionales qui les concernent.

Ces objectifs sont soutenus par une volonté de préserver l'autonomie des aînés :

« Les aînés ont le droit de prendre leurs décisions, de recevoir des services et d'en donner et aussi le droit de “vivre à risque”. Les aînés doivent pouvoir compter sur un revenu adéquat, sur un accès universel aux soins de santé et aux programmes et aux services capables de soutenir leur autonomie, qu'ils habitent la ville ou la campagne⁷. »

Allant de petits gestes d'encouragement à des actions politiques concrètes, en passant par la chasse aux préjugés, le transport et les services de soutien communautaires – y compris ceux qui sont relatifs à la salubrité des logements –, le programme de communication diffuse une image positive des personnes âgées qui participent d'une façon ou d'une autre à la vie communautaire.

Le parrainage a été encouragé pour que les personnes âgées puissent être accompagnées lorsqu'elles traversent des périodes difficiles. Il permet aussi d'organiser des activités pour favoriser les échanges intergénérationnels. La région de la Montérégie croit fermement que la valorisation et l'autonomie des aînés lui apportera des bénéfices. La promotion de l'autonomie dépasse les mots et se traduit par un plus grand pouvoir personnel et social qui diminue les risques d'abus et de négligence et donne la capacité de revendiquer ses droits. La notion du « mieux vieillir » rejoint ici celle de la réussite de la vieillesse développée par certains auteurs.

Le contexte culturel et psycho-socio-économique permet à la promotion de contribuer au développement de conditions individuelles et environnementales permettant d'exercer un meilleur contrôle sur les déterminants de la santé. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie a retenu les actions suivantes :

- stimuler l'apprentissage de connaissances, d'attitudes, d'habiletés et de comportements favorables à la santé ;
- faire des pressions sur les décideurs (actions politiques) ;
- mobiliser les énergies de la communauté (actions communautaires appuyées par la mise en marché d'idées ou *marketing* social) ;
- encourager la transformation des services et des organismes (changement organisationnel) ;
- organiser des rencontres pour échanger de l'information (communications).

4.3 En Outaouais

4.3.1 Les habitations partagées

La région de l'Outaouais, par une initiative due à un groupe communautaire, est maintenant dotée d'un réseau de jumelage appelé « Habitations partagées de l'Outaouais urbain ». Ce jumelage d'adultes est un service gratuit dont profitent largement les personnes âgées voulant demeurer à leur domicile malgré qu'elles soient limitées dans leurs activités ou qu'elles connaissent des pertes d'autonomie. Une personne voulant diminuer ses frais de subsistance accepte de rendre service à une autre qui la reçoit chez elle, chacune trouvant son avantage dans cette formule⁸.

Par conséquent, la qualité de vie et la situation économique de toutes les personnes qui participent à cet échange s'améliorent. Ces personnes ont également une meilleure intégration sociale.

Chez les personnes âgées, les besoins qui ont été évalués concernaient la sécurité, l'aide pour certaines activités quotidiennes, la présence rassurante de quelqu'un et le sentiment d'être utile. Le jumelage favorise les liens de solidarité entre les générations puisque célibataires, couples, étudiants et étudiantes, nouveaux arrivants et familles monoparentales, dans certains cas, y prennent part. Tous cherchent à habiter avec des personnes âgées qui, elles, possèdent une maison qu'elles souhaitent partager. Étant donné que 50 % des personnes âgées de cette région refusent d'aller vivre dans des établissements, le potentiel d'entraide par le jumelage est énorme.

4.3.2 L'utilisation saine des médicaments chez les aînés : un pas vers l'autonomie

Il y a dix ans, la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a mis sur pied un programme de promotion et de prévention sur les médicaments à l'intention des aînés en collaboration avec les organismes du milieu (CLSC, centres de jour, organismes communautaires, etc.). Ce programme avait pour but d'amener les personnes âgées à acquérir de saines habitudes relativement à la consommation de médicaments et à utiliser adéquatement leurs remèdes afin de maintenir leur autonomie. Une intervention éducative a été réalisée simultanément auprès des médecins et des pharmaciens.

Ce programme⁹ privilégie l'éducation des aînés par des personnes appartenant à la même collectivité et au même groupe d'âge (pairs) et qui sont accompagnés d'une infirmière. Il consiste en une série de six rencontres d'information s'adressant à des groupes d'une vingtaine de personnes. Les thèmes retenus sont les suivants :

- l'information générale sur les médicaments (effets secondaires, règles à suivre, etc.) ;
- l'information relative aux somnifères, aux tranquillisants, aux anti-inflammatoires, aux laxatifs et autres substances ;
- les outils pour éviter les erreurs liées à la façon de prendre des médicaments.

La question des médicaments spécifiques, quant à elle, est abordée en même temps que la question touchant les problèmes de santé liés au vieillissement. Par exemple, on répondra aux questions suivantes :

- _ Qu'est-ce qui fait que le sommeil peut changer en vieillissant ?
- _ Quelles sont les autres méthodes et les ressources du milieu que je peux utiliser ?
- _ Quelles sont les questions que je dois poser à mon médecin ?
- _ Quels sont les effets secondaires des somnifères ?

Plus de 300 aînés ont participé au programme intégral. D'autres aînés ont reçu un programme adapté, incluant des conférences ou la présentation de la vidéocassette conçue à cette fin. Le programme intégral a aussi été repris et adapté dans plusieurs régions du Québec.

L'étude réalisée pour évaluer les effets du programme a démontré que des connaissances avaient été acquises et que des nouveaux comportements avaient été adoptés, surtout chez les personnes qui ont entre 55 et 69 ans. Ces dernières consomment moins de somnifères pour résoudre un problème de sommeil. Elles ont davantage recours à d'autres solutions, telles que les tisanes ou la relaxation.

Les promoteurs du programme ont également joint, par les rencontres de formation, les intervenants, les responsables des familles d'accueil d'aînés et les auxiliaires familiales des CLSC. Ces personnes peuvent parfaire les apprentissages et les adapter davantage à la réalité au cours des rencontres avec les aînés. Il a également fallu privilégier les interventions auprès des familles qui s'occupent de leurs aînés. Une telle collaboration a permis d'élaborer des stratégies toujours plus efficaces pour que les aînés apprennent à utiliser les médicaments en toute sécurité.

Il est indispensable de continuer à faire la promotion de la santé auprès des aînés et d'intensifier les efforts en ce qui concerne particulièrement les bonnes habitudes de vie. Celles-ci doivent être maintenues afin de créer les conditions favorables à une bonne santé, de prévenir les problèmes de santé ou de les stabiliser.

Voici la liste des outils disponibles relativement au programme sur les médicaments :

- *Les médicaments : Oui... Non... Mais⁽³⁾ !* ;
- *Quand tout est mêlé...* (document vidéo) ;
- guide d'animation détaillé du document vidéo ;
- description et évaluation du programme d'intervention sur les médicaments à l'intention des personnes de 55 ans ou plus ;
- évaluation du programme visant la réduction de la consommation de médicaments chez les personnes âgées ;
- répertoire de matériel portant sur les thèmes qui concernent la santé des personnes de 50 ans ou plus.

4.4 À Montréal

4.4.1 Les activités de promotion de la santé auprès des aînés

Les projets de promotion de la santé menés par l'équipe « personnes âgées » de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre¹⁰, avec ses partenaires, se concentrent sur deux grands thèmes :

- le renforcement du potentiel des personnes dans une optique de promotion de la santé et du bien-être ;

⁽³⁾ Guide d'animation aussi disponible en anglais auprès de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 1255, rue Beaugard, Longueuil (Québec) J4K 2M3.

- le renforcement des réseaux familiaux et communautaires afin de favoriser l'intégration et la participation sociale malgré les pertes associées au vieillissement, et ce, sans désavantage pour les proches.

Plusieurs stratégies sont utilisées dans divers projets :

- favoriser l'accès à des programmes de promotion et de prévention ;
- améliorer les conditions de vie, soutenir les milieux de vie ;
- aménager des environnements sains et sécuritaires ;
- harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être ;
- agir par la formation, l'éducation, le développement d'outils, le *marketing* social et les communications de toutes sortes.

Nous présentons brièvement les divers projets de Montréal-Centre en promotion de la santé.

A. Pour le renforcement du potentiel des personnes

L'équipe « personnes âgées » de la santé publique a préparé un projet d'alliance pour la promotion de la santé des aînés. Ce projet regroupe cinq partenaires :

- la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ;
- la Direction de la santé publique de Montréal-Centre ;
- la Fédération de l'Âge d'or du Québec (FADOC) ;
- le Forum des citoyens aînés ;
- le Centre Berthiaume-Du-Tremblay.

Cette alliance permettra de concevoir un programme d'activités de recherche, d'éducation et de formation, et d'échanges de connaissances autour du thème « bien vieillir ».

En plus du programme Viactive de Kino-Québec, largement implanté à Montréal, l'équipe « personnes âgées » a préparé un programme d'exercices pour améliorer l'équilibre des aînés. Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) s'adresse aux aînés autonomes vivant à domicile. Il est conçu pour être offert dans des lieux fréquentés par les aînés de la communauté (centres communautaires, centres de loisirs). L'objectif ultime de PIED est de réduire les risques de chute dans la population, un problème qui est très fréquent chez les aînés et qui peut entraîner une perte d'autonomie importante.

B. Éducation pour la santé

La journée thématique pour le grand public qui s'est tenue le 29 septembre 1999 avait pour but de promouvoir, par une approche participative, des outils, des ressources et des actions novatrices en alimentation et en activité physique auprès des aînés. Cette journée s'inscrivait dans un programme d'activités spéciales à l'occasion de l'Année internationale des personnes âgées. Elle a été organisée pour stimuler la pratique de l'activité physique et encourager de saines habitudes alimentaires chez les aînés de la communauté. Une telle activité pourrait éventuellement être répétée.

C. Recherche

Une étude exploratoire sur les dimensions fonctionnelle, psychologique et sociale de l'autonomie a été menée auprès d'un échantillon d'aînés vivant à domicile.

D. Développement d'environnements sains et sécuritaires

Afin de favoriser l'accès à des logements sécuritaires et mieux adaptés aux besoins de la population vieillissante, plusieurs outils d'évaluation des logements ont été conçus et diffusés au cours des dernières années en collaboration avec des partenaires du milieu de l'habitation (SCHL, SHQ).

Ces outils sont :

- *Maintenir l'autonomie des personnes âgées : Guide d'adaptation des domiciles* (1989) ;
- *Mieux vivre à domicile en toute confiance* (1995).

E. Renforcement des réseaux sociaux et communautaires

Développement du potentiel des familles

Les projets consacrés au développement du potentiel des familles visent à :

- favoriser le renforcement du potentiel de tous les membres des familles comptant au moins une personne âgée fragilisée ;
- favoriser l'élaboration de politiques et de services qui tiennent compte de la santé et du bien-être des personnes âgées et de leurs proches.

À l'outil d'animation conçu pour les groupes de soutien aux aidantes informelles avec le programme *Coup de Main* s'ajoutent deux projets concernant le soutien aux membres de l'entourage des personnes âgées fragilisées :

- l'évaluation d'un modèle de groupe psychoéducatif pour les aidantes informelles (*Prévention de l'épuisement chez les aidants*, d'Arcand et Brissette) ;
- la création et l'évaluation d'un modèle de groupe éducatif pour les aidantes qui interviennent auprès de personnes atteintes de démence du type Alzheimer afin de les aider à faire face aux comportements dérangeants engendrés par cette maladie.

Pour améliorer les services à domicile et les programmes de formation des professionnels et des intervenants :

- une étude des politiques et des programmes de soutien à domicile intitulée *Les modèles de relations entre les services formels et les aidantes naturelles* a été menée afin d'évaluer le soutien offert aux aidantes ;
- une enquête auprès de gestionnaires et d'intervenants qui offrent des services de soutien à domicile au Québec est en préparation afin d'étudier la perception qu'ont ceux-ci des besoins des aidantes, les modes d'intervention à privilégier et les contraintes relatives à la mise en œuvre de ces modes d'intervention.

F. Développement du potentiel des communautés

Le programme *Sortir à son goût* a été conçu avec de nombreux partenaires communautaires et expérimenté dans deux quartiers de Montréal. Il vise à promouvoir l'intégration sociale des aînés qui présentent des risques de malnutrition en leur offrant la possibilité de rencontrer d'autres personnes âgées au cours de sorties et de repas au restaurant. Une infrastructure de transport et d'accompagnement bénévole permet aux personnes qui ne peuvent se déplacer sans aide de prendre part à ces activités.

G. Recherche

En partenariat avec le CLSC Ahuntsic, un projet d'évaluation d'un programme d'intervention dans la communauté est en préparation. Ce programme vise à soutenir certains individus qui, en raison de leurs activités (de commerce, de conciergerie, etc.) dans la communauté, sont susceptibles d'apporter un soutien aux personnes isolées ou en difficulté et de créer des liens avec elles.

4.4.2 Au CLSC René-Cassin

L'Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec a pris l'initiative de promouvoir le « bien vieillir¹¹ » auprès de préretraités et de retraités. Cette démarche apparaît nécessaire à l'équipe, qui pense que *nous en sommes à devoir normaliser le processus de vieillissement¹¹*. » Les aînés sont comparés aux jeunes et ils constatent continuellement qu'ils ne peuvent pas les égaler. Ils peuvent finir par se sentir piégés dans un tourbillon de déclin et de perte de facultés, tourbillon attristant et dévalorisant. Pourtant, vieillir est un fait inhérent à la condition humaine et les exemples de vieillesse réussie, dynamique et productive ne font plus exception au Québec. « Bien vieillir » est basé sur les axes d'intervention suivants :

- la planification de l'avenir ;
- l'adoption d'un mode de vie sain ;
- le développement d'attitudes favorisant une meilleure santé mentale ;
- le maintien d'un réseau social actif et diversifié ;
- le renforcement des fonctions cognitives.

Le CLSC René-Cassin offre un programme de formation aux préretraités, aux retraités ou à toute personne de 55 ans ou plus. L'approche y est personnalisée par :

- un suivi professionnel ;
- une participation permanente à un groupe d'autonomie et de valorisation dit « *empowerment* » ;
- un entraîneur personnel.

Le programme s'inscrit dans un processus de recherche avec groupe-témoin de la région de Montréal. Il doit durer cinq ans, après quoi son effet et ses résultats seront évalués. Des recommandations seront ensuite formulées à l'intention du gouvernement.

4.5 En Mauricie et au Centre-du-Québec

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a élaboré un important projet de promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées. Les orientations sont inscrites dans un plan de consolidation (1999-2002)¹² qui se traduiront en services.

L'objectif et les stratégies sont explicites :

« [...] développer une gamme de services en promotion de la santé et en prévention des problèmes de santé, articulés autour du concept de "l'habitat intégré". Ce dernier est un modèle d'intervention gérontologique qui propose certains services en vue de maintenir les aînés le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel, en santé et autonomes. L'originalité du concept vient du fait qu'une approche globale en matière d'intervention est privilégiée au lieu d'une approche morcelée¹³. »

Le Service de prévention des chutes et d'adaptation du domicile est déjà en fonction. Il a permis de former un réseau d'« agents multiplicateurs » qui sensibiliseront leurs pairs sur les avantages d'avoir un mode de vie plus sain et de vivre dans des lieux plus sécuritaires. La mise sur pied de ce service a aussi permis d'aborder certains facteurs de risque qui sont communs à d'autres questions de santé. Ces questions, notamment celles qui touchent les médicaments, l'alimentation et l'activité physique, seront traitées au cours des prochaines années.

Le Service de prévention des chutes et d'adaptation du domicile propose un ensemble d'interventions dans un contexte de partenariat regroupant les aînés, les organismes communautaires et les CLSC de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Les « agents multiplicateurs » interviennent auprès de leurs pairs qui ont plus de 55 ans, qui sont autonomes et en bonne santé. Ils utilisent le matériel didactique qui a été conçu pour sensibiliser les aînés aux chutes, à l'occasion de rencontres de groupes qui se déroulent dans une atmosphère agréable et détendue.

Pour ce qui est de l'adaptation de ce projet, un CLSC réalise présentement des expérimentations sur son territoire.

Par ailleurs, certains services sont implantés pour favoriser une bonne alimentation et prévenir la malnutrition chez les aînés qui vivent seuls ou qui ont de faibles revenus :

- cuisines collectives ;
- cours de cuisine ;
- accompagnement à l'épicerie.

Les résultats obtenus jusqu'à maintenant sont très prometteurs. D'autres interventions sont programmées pour les années qui viennent.

4.6 Dans d'autres régions

D'autres recherches ont donné lieu à des questionnements sur les besoins des aînés. Plusieurs personnes âgées qui vivent en région n'ont plus de famille à proximité et elles

sont à la recherche d'un réseau d'entraide plus solide pour les aider à conserver leur autonomie. D'après la sociologue Marie-Josée Tremblay, de Rimouski, qui étudie le phénomène des pouvoirs décentralisés vers les régions et son lien avec la situation des aînés du Québec, l'inquiétude des aînés moins nantis est très importante et répandue. Ils s'inquiètent notamment pour leurs besoins de base : le logement, la nourriture, les vêtements et les médicaments.

L'influence des réseaux psychosociaux est, semble-t-il, un phénomène encore très peu étudié en gérontologie sociale :

« La participation de tous les acteurs s'avère indispensable dans un processus de développement local. Les gens âgés nous apparaissent des acteurs importants. Cependant, dans les faits, les personnes âgées sont exclues des stratégies de développement local. Les réseaux sociaux s'en trouvent nécessairement limités. Ceci peut influencer leur sentiment d'appartenance à une communauté rurale¹⁴. »

Cependant, vieillir en ville soulève la question des activités adaptées. Quant à celle de la sécurité, elle se pose avec une acuité proportionnelle à l'importance de la ville. Plusieurs municipalités ont des programmes adaptés aux aînés pour faciliter la coexistence de tous les groupes d'âge et favoriser ainsi l'intégration quotidienne des aînés.

Selon Satya Brink, chercheuse au Centre canadien de gestion :

« [...] la proportion de personnes âgées vivant en ville s'est accrue parce que les familles avec enfants ont quitté la ville centrale pour les banlieues. Les aînés représentent donc une partie de plus en plus importante des administrations municipales.

« [...] au Canada, trois aînés sur quatre vivent en milieu urbain et la plupart d'entre eux sont propriétaires de leur logement. Malgré quelques variations entre les provinces, nous remarquons que le taux de propriété est légèrement plus bas chez les personnes de 75 ans et plus que celui des 65-74 ans¹⁵. »

C'est le Québec qui se retrouve avec le plus faible taux d'aînés propriétaires quand on le compare à toutes les autres provinces canadiennes. Les aînés représentent des contribuables municipaux importants et leurs besoins doivent être pris en considération par les municipalités.

Les électeurs âgés augmenteront en nombre. Il est opportun de s'interroger sur le rôle social des personnes âgées et sur la façon dont elles peuvent exercer leurs droits et leurs pouvoirs, et remplir leurs obligations. La santé devrait devenir une préoccupation constante pour les citoyens afin de préserver et de valoriser les aspects individuels et collectifs de l'environnement¹⁶.

-
1. Gilbert LECLERC, Richard LEFRANÇOIS et Normand POULIN, *Vieillesse actualisé et santé*, rapport synthèse, Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées, 1992, 267 p.
 2. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, *Plan régional d'organisation des services aux personnes âgées*, 1996.
 3. *Ibid.*
 4. *Ibid.*
 5. *Ibid.*
 6. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE, *Guide des projets ou interventions en promotion de la santé ou en prévention des problèmes de la santé et de bien-être*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, 1995.
 7. Denise DUBÉ, *Humaniser la vieillesse*, Québec, Éditions multimondes, 1996, 180 p.
 8. LES HABITATIONS PARTAGÉES DE L'OUTAOUAIIS URBAIN INC., organisme communautaire, document de candidature au prix Persillier-Lachapelle, 1996.
 9. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIIS, *L'utilisation saine des médicaments chez les aînés : un pas vers l'autonomie*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique.
 10. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Les activités de promotion pour les aînés*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 1999.
 11. CLSC RENÉ-CASSIN, *Bien vieillir*, programme expérimental de prévention et de promotion de la santé, Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec, 1996.
 12. Serge NADEAU, *Le plan de consolidation 1999-2002*, Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Direction régionale de la santé publique.
 13. *Ibid.*
 14. Marie-Josée TREMBLAY, « Vieillir en région : au village ou à la ville », *Le Gérontophile*, vol. 16, n° 4.
 15. Satya BRINK, « Vieillir en ville, ici et ailleurs ». *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 2, 1993.
 16. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de la santé et du bien-être*, 1992, 192 p.

CONCLUSION

Une société qui ne reconnaît aucun rôle nécessaire et signifiant à ses aînés peut difficilement développer une dynamique d'intégration, de conscience historique, de développement durable. Il faut arrêter de jouer l'un contre l'autre l'expérience historique, le présent et l'avenir.

Jacques GrandMaison

Les paroles de monsieur Jacques Grand'Maison nous indiquent qu'il est temps d'agir. Une réflexion innovatrice s'impose et il est apparu à la Direction de la promotion de la santé et du bien-être du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qu'il valait mieux agir maintenant pour tenir compte des aînés. L'intention très claire de cette direction est de réaliser des gains sur la qualité de vie, sur les années en bonne santé et sur la valorisation du rôle social des personnes âgées dans nos communautés.

Dans une approche basée sur les soins et les services, la tendance est souvent de confondre le groupe des aînés avec les problèmes à résoudre et les besoins à combler. La place qui revient aux aînés doit leur convenir, peu importe leur âge et leur état de santé. Leurs activités doivent s'inscrire dans des perspectives d'avenir, dans des projets issus de leurs désirs.

La prochaine étape consistera à cibler des axes d'intervention et des stratégies adaptées à l'ensemble du territoire québécois pour que se développe une vision positive de l'âge avancé. L'exemple de « Villes et villages en santé », qui fait la promotion de la santé des citoyens en les consultant d'abord pour s'assurer de la participation de tous, y compris les aînés, est stimulante pour les intervenants qui ont besoin d'inspiration. Les villes du Québec adhèrent de plus en plus à ce mouvement prometteur.

Par ailleurs, il nous apparaît pertinent que le ministère de la Santé et des Services sociaux conçoive, à plus ou moins brève échéance, des instruments de surveillance de la santé des aînés du Québec. Déjà, les enquêtes Santé Québec nous ont aidé à analyser certains aspects de la santé des personnes âgées et cela fut fort apprécié. Nous devons de plus compter sur des indicateurs précis afin de bien suivre l'évolution de l'état de santé des aînés en bonne santé mais aussi de ceux qui risquent de développer des problèmes de santé.

Le Québec a la responsabilité d'adopter une approche novatrice, misant sur le partenariat, qui permettrait de considérer l'ensemble du groupe des aînés et non seulement ceux qui, parmi eux, sont les plus touchés par la maladie et la pauvreté. Le développement du potentiel des aînés a besoin d'être stimulé et l'apport de ces personnes au développement de la société québécoise doit être recherché. Nous nous devons de miser sur le dynamisme, la motivation et l'actualisation des capacités des aînés. Ceux-ci pourraient bien surprendre par leur *leadership* et leurs réalisations. La reconnaissance de leurs expériences et de leurs expertises contribuerait certainement à leur bonne santé mais également à celle de l'ensemble de la population.

BIBLIOGRAPHIE

BADEAU, Denise et André BERGERON. *La santé sexuelle après 60 ans : pour une approche globale de la sexualité des adultes âgés*, Québec, Éditions du Méridien, 1991.

BRUNELLE, Yvon, Madeleine ROCHON et Alain SAUCIER. *Obstacles politiques et méthodologiques à une utilisation administrative accrue de l'espérance de vie sans incapacité*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1995, 22 p.

BERGERON, André. « Les aînés dans la ville », éditorial, *Le Gérontophile*, vol.15, n° 2, 1993.

BÉRUBÉ, S., R. BLANCHET et M. HOGUE-CHARLEBOIS. « L'hiver en ville pour les aînés », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 2, 1993.

BLOSSOM WIGDOR, T. et Louise PLOUFFE. *L'autonomie des aînés : à qui la responsabilité ?*, Conseil consultatif canadien national sur le troisième âge, 1992.

BOUCHARD, Louise et Marc RENAUD. *Pour un paradigme de la santé*, GRASP, Département de sociologie de l'Université de Montréal, Institut canadien de recherches avancées, *PRÉVENIR*, n° 28, 1995.

BOUCHARD, Camil, Vivian LABRIE et Alain NOËL. *Chacun sa part*, rapport du Comité externe de réforme de la sécurité du revenu, 1996, 236 p.

BRINK, Satya. « Vieillir en ville, ici et ailleurs », *Le Gérontophile*, vol.15, n° 2, 1993.

BRUNEAU, Serge. « La ville et la sécurité, un enjeu pour les aînés », *Le Gérontophile*, vol.15, n° 2, 1993.

CAOUILLE, Marie. « Ce n'est pas à cause des personnes âgées que la société n'a pas les moyens de les supporter », entrevue avec le professeur Jacques Laforest, gérontologue attaché à l'Université Laval à Québec, *Le Soleil* (Québec), 13 novembre 1996.

CARETTE, Jean. « Fini, le pouvoir gris ? », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 4.

CARIS, Patricia et Brian L. MISHARA. *L'avenir des aînés au Québec après l'an 2000*, rapport sur les recommandations du document *Vers un nouvel équilibre des âges*, Presses de l'Université du Québec, 1994.

CHAMPAGNE, R. et autres. *La vieillesse : voie d'évitement... ou voie d'avenir, le vieillissement et la santé mentale*, Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1992, 138 p.

CHARNESS, Neil et Catherine L. KELLY. « Questions reliées à l'apprentissage de l'utilisation d'un ordinateur par les personnes d'âge mûr », Université de Waterloo (Ontario), *Le Gérontophile*, vol. 16, n° 3.

CHRÉTIEN, F. « Redécouvrir le sens de la vieillesse », *Frontières*, automne 1993.

CLSC RENÉ-CASSIN. *Bien vieillir*, Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec, programme expérimental de prévention et de promotion de la santé, 1996.

COLLIN, Christine. *L'expérience du Québec en promotion de la santé : un aperçu*, Santé de l'homme, France – MSSS, 1996.

COLVEZ, Alain. « L'état des personnes âgées : situation aujourd'hui, interrogations pour demain », *Futuribles*, n° 88, mai 1985.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Publications du Québec, 1994, 60 p.

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE. « Le taux de dépendance : un mythe âgiste », *Le Gérontophile*, vol.15, n° 4.

CONSEIL CONSULTATIF DES AÎNÉS ET AÎNÉES DE L'EST DU QUÉBEC. *Les préjugés et les stéréotypes à l'endroit des aînés*, Rimouski, 1997, 114 p.

CONSEIL DES AÎNÉS. *La réalité des aînés québécois*, Gouvernement du Québec, 1997, 107 p.

CORBO, Linda. « Importantes carences dentaires chez les aînés, enquête dans des centres d'accueil du Trois-Rivières métropolitain », *Le Nouvelliste* (Trois-Rivières), 1993, 31 mars, p.14.

CÔTÉ, Pauline. « Les aînés et la consommation », *Le Gérontophile*, vol.15, n° 3.

DARCHE, Thérèse. « Témoignage : Habiter sa ville : ce que cela implique pour les personnes âgées », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 2, 1993.

DAVID, Hélène. *L'insoutenable lourdeur de l'autonomie des personnes âgées*, ACFAS, 1994, p. 43-66.

DESBOIS, Romain. « Les retraités sont-ils des décrocheurs civiques ? », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 4.

DROLET, Myriam. *Alphasanté : un instrument de communication et d'éducation*, Groupe de recherche et d'intervention en santé et en alphabétisation (GRISA), 1999.

DUBÉ, Denise. *Humaniser la vieillesse*, Québec, Éditions Multimondes, 1996, 180 p.

DUBÉ, Micheline et autres. *Une intervention de groupe axée sur la perspective future comme moyen d'intervention pour maintenir l'autonomie et la santé mentale des personnes âgées*, rapport de recherche, 1993.

DUCHARME, Francine. « Santé et satisfaction maritale, deux dimensions de la qualité de vie des conjoints âgés », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 4.

DURKHEIM, Émile. *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1967.

FIRBANK, Oscar. « Les “baby-boomers” à la retraite : nouveaux riches ou nouveaux pauvres ? », *Le Gérontophile*, vol. 16, n° 3.

FORTIN, Pierre et Francine SÉGUIN. *Pour un régime équitable axé sur l'emploi*, Comité externe de réforme de la sécurité du revenu, mars 1996, 137 p.

FOURNIER, M. *Un Québec vieillissant*, dossier sur le vieillissement, Direction de la recherche et de l'analyse de la Fédération des CLSC.

FRIEDAN, Betty. *La révolte du 3^e âge : pour en finir avec le tabou de la vieillesse*, Paris, Éditions Albin Michel, 1995, 494 p.

FUNG, J, S. MAGGI et K. STEEL. *Pour la santé des personnes âgées*, Forum mondial de la santé, 1993, vol.14.

GAUTHIER, H. « Transformation profonde de la répartition par âge de la population du Québec et des régions », *Bulletin du Bureau de la statistique du Québec*, vol. 1, n° 1, octobre 1996.

GAUTHIER, Nicole et Rénald GENDRON. *Perspective en promotion du bien-être et de la santé*, Direction de la promotion de la santé et du bien-être, MSSS, 1996, p. 4.

GEOFFROY, Catherine. « Les technologies de communication et de l'information et les aînés », *Le Gérontophile*, vol. 16, n° 3.

GUÉRIN, Gilles et autres. *Le malaise professionnel : nature, conséquences et déterminants*, rapport de recherche présenté au Conseil québécois des professionnelles et professionnels et cadres (CQPC), 1993, 351 p.

GUILLEMARD, A. M. *Le vieillissement : un processus socialement défini*, Congrès de l'Association canadienne de gérontologie, compte-rendu, octobre 1993.

GUYON, Louise. *Derrière les apparences, santé et conditions de vie des femme*, Gouvernement du Québec, MSSS, 1996, 385 p.

HILL, Jeff. « La vague grise », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 3.

HUDON, J.L. « Le parrainage civique au Québec », *Le Gérontophile*, vol. 15, n° 3.

HUGONOT, Robert, *La vieillesse maltraitée*, Éditions Dunod, 1998, 236 p.

HURTUBISE, Éric, Jacques LÉGARÉ et Yves CARRIÈRE. « Le bien-être économique et la santé des personnes âgées au Québec », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 26, n° 1, printemps 1997, p. 69-90.

LAFOREST, Jacques. *Gérontologie appliquée : les professionnels de la vieillesse*, Éditions Hurtubise HMH Ltée, 1997, 286 p.

LECLERC, Gilbert, Richard LEFRANÇOIS et Normand POULIN. *Vieillesse actualisée et santé*, rapport synthèse, Université de Sherbrooke, Groupe de recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées, 1992, 267 p.

LES HABITATIONS PARTAGÉES DE L'OUTAOUAIS URBAIN INC. (organisme communautaire). document de candidature au prix Persillier-Lachapelle, 1996.

LESEMANN, Frédéric et Claude MARTIN. *Les personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales, Comparaisons internationales*, Paris, La Documentation Française, 1993, 215 p.

MARANDA, Marc-André. *Trois pistes pour la compréhension des enjeux sociaux liés au vieillissement*, MSSS, Service des politiques et des orientations, 1994.

MCDONALD, Lynn. *Les pensions de retraite au Canada : les inégalités d'un système dualiste*, International Sociological Association Research on Ageing Intercongress Meeting, Melbourne (Australie), avril 1995.

MÉNARD, Lucie et Maxime GAGNON. « Les modèles d'interventions axés sur l'actualisation du potentiel des personnes âgées : les programmes de réminiscence, de counselling et d'intervention sur la perspective future », *Le Gérontophile*, vol. 20, n° 3.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « La promotion de la santé, une perspective, une pratique », *Santé et société*, vol. 1, 1989, 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, document de travail, 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, Gouvernement du Québec, 1997, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002, vers l'atteinte des résultats attendus : premier bilan*, Gouvernement du Québec, 1999, 146 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vieillir... en toute liberté*, rapport du comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, Direction des communications, 1989, 131 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vers un nouvel équilibre des âges*, rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées, 1991.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Bien vieillir qui s'apprend tôt*, Publications du Québec, 1990, 211 p.

MINISTÈRE DES APPROVISIONNEMENTS ET SERVICES DU CANADA. *Les aînés du Canada : une force dynamique*, 1990.

NADEAU, Serge. *Plan de consolidation 1999-2002*, Direction régionale de la santé publique, Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, juin 1999.

OLIVIER, Christine. *L'utilisation saine des médicaments chez les aînés : un pas vers l'autonomie*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais, Direction de la santé publique.

O'NEIL, Michel et autres. *L'insertion de la promotion de la santé dans la législation et la structure gouvernementale québécoise*, Université Laval, Équipe de recherche sur les aspects sociopolitiques et environnementaux de la promotion de la santé, juillet 1990.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. MICHEL, Jean-Pierre. « La personne âgée dépendante et son image, vers son avenir, vers une discrimination ou une intégration », *Informations et recherches*, allocution présentée au Colloque francophone de l'Organisation mondiale de la santé, Genève, numéro spécial, octobre 1990, 158 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.

- *La santé des personnes âgées*, 1989, n° 779, 112 p.
- *Vieillesse et capacité de travail*, 1993, n° 835, 55 p.
- *Évaluation du risque de fracture et son implication au dépistage de l'ostéoporose post-ménopausique*, 1994, n° 843, 139 p.

OUELLET, Stéphanie, *La problématique de malnutrition chez les personnes âgées*, résumé de littérature, Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1999.

PAME, Patricia. « Évaluation et promotion de la santé : état de la question à travers la littérature internationale », *Promotion et Santé et Éducation*, vol.11, n° 1, 1995.

PRÉCLAIRE, Madeleine. « Décrocher, pourquoi ? S'impliquer, pourquoi pas ? », *Le Gérontophile*, vol.16, n° 3.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE. *Plan régional d'organisation de services aux personnes âgées*, 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Guide des projets ou interventions en promotion de la santé ou en prévention des problèmes de la santé et de bien-être*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, 1995.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE. *La politique de la santé et du bien-être, objectif n° 18 : les obstacles à l'intégration des personnes âgées*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique, 1994.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Les aidantes naturelles, que représentent-elles pour l'État ?*, rapport synthèse, 1998, 4 p.

ROBERT, Huguette. « Un centre communautaire sous le signe de la diversité, le centre Berthiaume-Du-Tremblay (Ahuntsic) », *Frontières*, automne 1993.

ROBERTS, Paul et Gail FAWCET. *Personnes à risques : analyse socioéconomique de la santé et de l'alphabétisme chez les personnes âgées*, rapport du Centre de statistiques internationales au Conseil canadien de développement social, n° 5, novembre 1998.

ROUSSEAU, Jacques et Micheline DUBÉ. « Déterminants personnels, relationnels et environnementaux du bien-être psychologique des personnes âgées », *Psychologie*, vol.14, n° 3, 1993.

ROY, Jacques. « La prise en charge des aînés au Québec ou l'errance du discours officiel », *Le Gérontophile*, vol. 18, n° 4, 1996.

ROY, Jacques, *Les personnes âgées et les solidarités : la fin des mythes*, Éditions de l'IQRC, 1998, 118 p.

SAUVÉ, M.R. « Le Québec vieillissant », *Les Diplômés*, Université de Montréal, automne 1996.

SIMARD, Paul. L. et autres. « Conclusion de l'étude sur la santé bucco-dentaire des Québécois de 65 ans et plus », *Journal dentaire du Québec*, mars 1983.

THOMAS, P. et Thomas P. HAZIF. « Étiologie des troubles de la motivation chez les personnes âgées », *Gériatrie*, tome 24, janvier 1999, p. 7-22.

TREMBLAY, Johanne et Pierre EDDY. « Virage ambulatoire et liens familiaux. Aux petits soins à domicile », *Le Devoir*, 13 janvier 1997.

TREMBLAY, Marie-Josée, « Vieillir en région : au village ou à la ville », *Le Gérontophile*, vol. 16, n° 4.

VALLERAND, R. J. *Motivation chez les personnes âgées. Conséquences pour la santé physique et mentale*, Université de Québec à Montréal, Laboratoire de psychologie sociale, 1990.

VILLEMAIRE, Monique. « Les aînés : mythes et réalités », *Changements*, automne 1996.