11

Cahiers de l'ACFAS

Recherches sur le troisième âge

Compte rendu du colloque

RECHERCHES SUR LE TROISIEME AGE

de l'Association québécoise de gérontologie

organisé dans le cadre du

49e Congrès de l'ACFAS,

Université de Sherbrooke,

14-15 mai 1981

Les Cahiers de l'ACFAS, numéro 11, 1982

Les Cahiers de l'ACFAS

Déjà parus dans la même collection:

1. Les contraintes au développement du Moyen-Nord.
2. La thérapeutique de l'obèse adulte.
3. Le comportement moteur du déficient mental.
4. Dix ans de recherche québécoise sur la littérature française.
5. La recherche gérontologique au Québec (épuisé).
6. L'entrepreneurship et la P.M.E. au Québec.
7. Biologie du vieillissement.
8. Stratégies de conservation de l'eau en Sagamie.
9. Etude et répression des mauvaises herbes.
10. Cahier spécial du 50e Congrès.

Association canadienne-française
pour l'avancement des sciences
C.P. 6060
Montréal, Québec
H3C 3A7
Tél.: (514) 342-1411

Prix: 9.00$

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale du Canada, 1er trimestre 1982
Bibliothèque nationale du Québec, 1er trimestre 1982

SOMMAIRE

Présentation

En mai 1980, l'Association québécoise de gérontologie organisait un premier colloque dans le cadre du 48e Congrès de l'ACFAS tenu à l'Université Laval. Le compte rendu de ce colloque était paru dans le numéro 5 des Cahiers de l'ACFAS. Le succès de cette publication dépassa toutes les prévisions et le tirage fut épuisé en quelques mois.

Devant un tel intérêt, l'ACFAS a décidé de publier également le compte rendu du deuxième colloque de l'Association québécoise de gérontologie, tenu à Sherbrooke en mai 1981, lors du 49e Congrès de l'ACFAS. La gérontologie est désormais reconnue comme un important secteur de recherche; d'ailleurs, à partir de 1982, elle prendra place parmi les sections régulières de l'ACFAS.

Les textes du présent document ont été réunis par M. Nicolas Zay, directeur du Laboratoire de gérontologie sociale de l'Université Laval.

Elaboration d'indicateurs sur la qualité de la vie de la population âgée

Nicolas Zay, Directeur du Laboratoire de Gérontologie sociale, Université Laval.

(Cet exposé est tiré d'une étude en cours sur l'élaboration d'indicateurs sociaux pour l'observation et la mesure de la qualité de la vie de la population âgée. A part la préoccupation concernant la violence, les autres préoccupations abordées sont le maintien en bonne santé, l'épanouissement personnel, la qualité de la vie de travail, la situation économique, l'environnement physique et la participation sociale).

Introduction

Le "mouvement des indicateurs sociaux" visant à la description et à la mesure du bien-être de l'homme s'est tout naturellement étendu à la gérontologie sociale, préoccupée de la qualité de vie (bien-être) de la population vieillissante et âgée. L'OCDE (1976) définit l'indicateur social comme "une mesure statistique qui permet d'observer les niveaux et les variations dans le temps d'une préoccupation sociale fondamentale". Cette définition est centrée sur le bien-être social, c'est-à-dire sur le bien-être des personnes prises individuellement, et sur la façon dont ce bien-être est influencé par la vie en société et l'environnement physique. Il ne s'agit donc pas du bien-être social axé sur les structures sociales.

On n'examine les institutions (système politique, système économique, système d'éducation, etc.) que dans la mesure où elles affectent le bien-être de l'individu et on ne les considère pas comme des domaines d'observation et de mesure à part entière. En outre, aucun indicateur ne peut en lui-même mesurer le niveau et l'évolution d'une préoccupation sociale fondamentale; c'est pourquoi il faut avoir recours à des batteries d'indicateurs agrégatifs bien que la possibilité de construire un indicateur synthétique valide puisse sérieusement être mise en doute.

Parmi les préoccupations fondamentales concernant le bien-être de la population âgée, il y a celle de sa sécurité face à la violence sous toutes ses formes.

La violence

La recrudescence de la violence au sein des sociétés modernes, en butte à des transformations rapides, a fait l'objet de tant d'écrits qu'il n'est plus nécessaire de la justifier comme préoccupation fondamentale; il n'est pas nécessaire non plus de démontrer que la violence est considérée comme une menace à la qualité de la vie dans les sociétés évoluées.

Dans son programme d'élaboration d'indicateurs sociaux, l'OCDE (1976) a retenu, parmi huit préoccupations sociales fondamentales, celles qui concernent la sécurité des personnes et l'administration de la justice. Cette dernière a été subdivisée en quatre "sous-préoccupations": les formes de violence effectivement subies par l'individu, les menaces perçues de violence,

l'administration de la justice et la confiance dans la manière dont la justice est rendue. La façon dont ce modèle conçoit l'administration de la justice est trop restrictive car la violence résultant de l'application des lois existantes dépasse l'application du code pénal et du code civil. La prise en charge par les autorités publiques en vertu de législations spécifiques, de fonctions instrumentales affectant divers domaines de bien-être peut devenir une source de violence pour ceux qu'on veut protéger, et cela d'autant plus que les instances gouvernementales tendent de plus en plus à devenir à la fois distributeurs de services et juges du bon fonctionnement du système de distribution. C'est l'égalité devant la loi qui est, en dernière instance, le concept organisateur de notre batterie d'indicateurs visant à décrire et à mesurer la manière dont l'individu reçoit les services auxquels il a droit en vertu de la législation en vigueur.

La préoccupation de la sécurité et de l'égalité devant la loi est universelle; elle est indépendante de l'âge. Mais les facteurs d'inégalité entre les groupes d'âge justifient l'élaboration d'indicateurs du bien-être de la population âgée. Ils devraient permettre de juger de la qualité de sa vie et de l'évolution de celle-ci dans le temps.

Premièrement, on sait que les personnes âgées sont exposées à des actes d'agression spécifiques (vols de chèques de pension, certains types de mauvais traitements) et qu'elles sont victimes plus souvent que les autres membres de la société de certains actes délic-

tuels (vols à l'arraché du porte-monnaie ou du sac à main).

Deuxièmement, les actes d'agression ont souvent des conséquences plus graves pour elles que pour les jeunes. Qu'il s'agisse de coups et blessures, de vols ou d'intimidation, les traumatismes physiques ou psychologiques qui s'ensuivent durent généralement plus longtemps et ont des effets plus nocifs.

Troisièmement, la peur de la violence est sensiblement plus répandue dans la population âgée. Toutes les études concordent à ce sujet: la peur d'être victimisé est une caractéristique du troisième âge.

Quatrièmement, on peut présumer que la vieillesse provoque des réactions hostiles de la part des jeunes, celles-ci pouvant se manifester par des comportements agressifs, qu'il s'agisse de violence ouverte ou larvée, comme la surprotection. On ne dispose cependant que de peu d'informations à ce sujet, les seules indications étant les stéréotypes négatifs qu'on a pu recueillir et qui peuvent être considérés à la fois comme des manifestations de la peur de vieillir et de la violence.

Enfin, le nombre des agressions contre les personnes âgées s'accroît, mais l'interprétation de ce fait est sujette à caution. S'il est très probable que le nombre des actes de violence contre les personnes âgées augmente, cette augmentation reflète peut-être l'accroissement de la violence en général. La proportion des 65 ans et plus dans l'ensemble de la population tendant à augmenter, la fraction de la violence

totale qui leur "revient" pourrait fort bien augmenter dans la même proportion sans qu'on puisse l'attribuer à un accroissement des agressions contre les personnes âgées proportionnellement aux autres groupes d'âge.

Les préoccupations

Les préoccupations concernant les effets de la violence sur la qualité de la vie de l'individu vieillissant se subdivisent en cinq catégories: 1) la violence subie par l'individu; 2) sa perception de la violence subie; 3) la violence dont il est la source; 4) l'égalité devant la loi; 5) la confiance dans l'application de la loi.

La violence subie

Tout individu est exposé au cours de sa vie à des risques (événements ou situations) dont les effets sont nocifs à sa santé et à son bien-être et qui peuvent abréger son espérance de vie potentielle. L'observation et la mesure des situations à risque présentent cependant des difficultés. Ainsi, les effets de la pollution de l'air ou de l'isolement sont difficiles à interpréter dans un schème causal ou associatif, étant donné qu'il est toujours délicat, quand on en vient à l'explication des résultats, de faire la part des rôles respectifs de la situation et du vieillissement. De plus, pour l'individu, il n'y a pas nécessairement une démarcation nette entre la mort due à un facteur exogène et la mort par vieillesse. Il est donc préférable, dans l'élaboration d'indicateurs, de se limiter aux

risques qui proviennent de sources inattendues ou d'événements imprévisibles.

Ces risques peuvent être classifiés en fonction de la nature des événements, des dommages subis, de l'agent d'agression et du lieu de l'agression.

Les événements peuvent résulter d'actes criminels ou accidentels, délibérés ou non délibérés. Il serait évidemment utile de distinguer entre la violence délibérée et la violence accidentelle, surtout en ce qui concerne les agressions commises par des individus et par des institutions, mais il est pratiquement impossible de faire la différence, pour certains actes tout au moins, entre la violence délibérée, la négligence et l'incompétence. On a essayé, par exemple, de regrouper les actes de violence de la personne appelée à s'occuper d'un parent âgé selon qu'ils étaient attribuables à son incompétence, celle-ci se manifestant sous la forme de négligence active (mauvais traitements) ou de négligence passive (abandon), ou à son refus d'assumer ses responsabilités à l'égard de son protégé et qu'on peut considérer comme une indication de violence intentionnelle. Cette classification est cependant difficile à appliquer car elle implique des jugements devant être validés.

Une autre façon de classifier les actes de violence est de se fonder sur la nature des dommages causés:

1.1 les dommages corporels portant atteinte à l'intégrité physique de la personne;

1.2 les dommages causés aux biens dont on a maintes fois souligné l'importance puisqu'ils constituent souvent un prolongement du moi. Ces dommages sont d'au-

tant plus graves que la situation financière d'un individu est plus précaire. C'est dans cette catégorie que nous faisons entrer, à part le vol, la fraude et autres délits contre la propriété, l'obligation imposée à l'individu âgé de se défaire de ses effets personnels avant d'entrer en établissement d'hébergement, de même que le contrat "soins à vie" (lifecare). Il s'agit d'une forme de police d'assurance, payée globalement, à l'avance, par l'individu ou par sa famille et lui garantissant son entretien aussi longtemps qu'il vivra. Mais qu'il vive ou qu'il meure, l'argent est entre les mains de ceux pour qui le décès prématuré de l'assuré sera tout bénéfice. Il y a donc conflit d'intérêt. C'est aussi dans cette catégorie qu'on peut faire entrer la pratique qui consiste, dans les institutions, à prendre possession des chèques de pension des résidents et à ne leur remettre qu'un peu d'argent de poche;

1.3 les traumatismes psychiques provoqués par la négligence, l'agression verbale ou les mauvais traitements. Ils vont souvent de pair avec les dommages causés aux biens.

Il existe deux sortes de négligence: la négligence passive, caractéristique de situations dans lesquelles la personne âgée est oubliée ou laissée seule et la négligence active consistant à lui retirer des choses nécessaires à la vie quotidienne, telles que nourriture, médicaments, compagnie, assistance dans la salle de bains, etc.

L'agression verbale caractérise des situations dans lesquelles la personne âgée est injuriée, insultée, trai-

tée comme un enfant, terrorisée, humiliée ou menacée. Le mauvais traitement peut être défini comme l'acte de frapper, gifler, agresser dans sa pudeur, couper, brûler ou séquestrer une personne âgée.

Pour ce qui est des agents d'agression, on peut distinguer les individus, les institutions sociales et l'environnement. Cette désagrégation se justifie par le fait que les indicateurs doivent servir la planification et que l'intervention préventive ou curative varie selon la source de la violence.

Les individus sont les principales sources de violence, que les actes commis soient délictuels ou accidentels. On a observé, cependant que la personne âgée est la cible préférée de certains types d'agresseurs. On a observé aussi que les auteurs des agressions connaissent très souvent leurs victimes. La catégorie des agresseurs connus se recrute, par ailleurs, parmi les membres de famille et les amis ou connaissances.

Les institutions sociales, qu'elles soient publiques ou privées, sont considérées comme une source d'agression dans la mesure où elles abusent de leur pouvoir. Dans un récent colloque, tenu à Montréal (Bélanger et al., 1980), on a beaucoup insisté sur les actes de violence commis par le personnel des organismes publics, bien qu'il soit généralement impossible de dire avec certitude s'ils sont délibérés ou non.

Quant à l'environnement, il s'agit du milieu physique dans lequel vit ou se meut l'individu. C'est dans cette catégorie qu'entrent les désastres naturels

(feu, inondation, etc.). Ils représentent un risque pour l'ensemble de la population, mais leurs effets varient suivant l'âge et la vulnérabilité de l'individu.

Enfin, le lieu de la violence est important à connaître étant donné que certains endroits présentent plus de dangers que d'autres. Les accidents domestiques, par exemple, sont particulièrement nombreux et surviennent plus fréquemment dans les escaliers et les salles de bains qu'ailleurs dans la maison. Les accidents de la circulation sont plus fréquents à proximité du domicile de l'individu et il y a des intersections de rues plus dangereuses que d'autres.

Indicateurs

Dommages corporels

1.1.a Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dont le décès est dû à un événement imprévisible (crime ou accident) au cours d'une année, par 1 000 personnes de 65 ans et plus.

1.1.b Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus atteintes d'une incapacité permanente résultant d'un événement imprévisible (crime ou accident) au cours d'une année, par 1 000 personnes de 65 ans et plus.

1.1.c Nombre de jours d'alitement chez les personnes âgées de 65 ans et plus à cause de traumatismes physiques (psychologiques) résultant d'événements imprévisibles, par 1 000 personnes de 65 ans et plus.

Dommages aux biens

1.2.a Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant subi des dommages matériels au cours d'une année, par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

1.2.b Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant été victimes d'une fraude ou d'un vol, par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

Traumatismes psychiques

1.3.a Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant subi de mauvais traitements ou ayant fait l'objet d'un abus, par 1 000 personnes de 65 ans et plus (voir aussi violence perçue).

Ventilation

Dans chacune de ces catégories, la ventilation doit porter sur l'âge et le sexe de la victime, le caractère délibéré ou non de l'acte (pour les catégories 1.1 et 1.2), la nature de l'agression (c'est particulièrement important dans le cas des traumatismes psychiques), la relation entre l'agresseur et l'agressé et le lieu de l'agression.

Sources

Les données sont disponibles, en grande partie, dans les statistiques judiciaires, les statistiques hospitalières, les dossiers de la police et ceux des agences sociales. Il convient, cependant, de normaliser les statistiques et de les compléter par des enquêtes gérontologiques sur un échantillon de la population.

2) La violence perçue

L'importance de cette préoccupation vient du fait que la peur d'être victimisée est très répandue au sein de la population âgée. C'est cette peur qui donne à la

violence contre les personnes âgées un caractère particulier (Clemente et Kleinman, 1976). Alors que l'agression subie est une préoccupation a posteriori, la violence perçue constitue une préoccupation a priori.

Les résultats des travaux sur la peur de l'agression restent cependant contradictoires. Dans une étude américaine, on souligne que les jeunes sont cinq fois plus nombreux à être victimes de délits contre la personne que les vieux. Pourtant, ces derniers sont plus nombreux à craindre la violence (Garofalo, 1977).

De ce genre d'observations, on a conclu que la peur d'être victimisée est une obsession irrationnelle chez la personne âgée. D'autres études, par contre, laissent entendre que cette peur est plus fréquente chez les victimes d'agression et les victimes par "personne interposée", celles qui sans avoir fait l'objet d'une agression connaissent des victimes dans leur entourage (Bishop et Klecka, 1978). On a aussi observé que la peur est moins répandue dans les quartiers à faible taux de délinquance que dans les quartiers à taux de délinquance élevé. On en a conclu que la crainte de la violence est liée aux conditions prévalant dans un milieu. Elle n'est donc jamais irrationnelle (Jaycox, 1978). Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une préoccupation réelle qui a suscité de nombreuses études.

La difficulté de mesurer la violence perçue provient du fait qu'il faudrait pouvoir évaluer l'état psychologique de la victime avant et après la perpétration de l'acte de violence, en ce qui concerne les

deux premières catégories, et qu'il faudrait, en outre, construire des échelles de cet état. Les échelles de moral peuvent être adaptées assez facilement à cette fin.

La violence perçue porte généralement sur l'intimidation et les menaces proférées par des individus ou des institutions et la crainte de l'environnement. En combinant les deux, on arrive aux catégories suivantes:

2.1 assaut verbal: c'est la forme de violence perçue la plus répandue et la mieux étudiée dans la littérature gérontologique. Il reste cependant difficile d'en déterminer la gravité, celle-ci pouvant être partiellement conditionnée par la vulnérabilité du sujet;

2.2 les abus de pouvoir des institutions sociales ou de leurs représentants: la perception de l'abus de pouvoir n'a jamais été mesurée de façon systématique, probablement à cause du biais qu'introduit l'ambivalence de la personne âgée, partagée qu'elle est entre son désir d'autonomie et sa crainte de perdre un avantage;

2.3 la crainte de l'environnement: il s'agit là d'une peur diffuse, difficile à cerner, qui est liée aux conditions physiques et sociales du quartier. Il n'y a pas d'instrument permettant de la mesurer mais on peut utiliser certains des indicateurs existants à cette fin (taux de criminalité, taux de maisons délabrées, taux de promiscuité, etc.).

Indicateurs

Les indicateurs suivants sont proposés:

2.1.a nombre d'intimidations perçues par les personnes âgées de 65 ans et plus au cours d'une année, par 1 000 personnes de 65 ans et plus;

2.2.a nombre d'abus de pouvoir perçus par les personnes âgées de 65 ans et plus au cours d'une année, par 1 000 personnes de 65 ans et plus.

Ventilation

Les données devraient être ventilées par âge et par sexe dans les deux catégories. Pour l'indicateur 2.1.a, il y a lieu de distinguer entre les personnes connues et non connues et, pour les personnes connues, entre parents et autres. Pour l'indicateur 2.2.a, c'est le type d'abus de pouvoir qui doit être retenu.

3) La violence commise

Jusqu'à présent, il n'a été question que des victimes âgées, mais les agresseurs âgés ont droit, eux aussi, à un traitement équitable.

Les études indiquent que le nombre des délits commis diminue proportionnellement avec l'âge mais que le nombre absolu des agressions perpétrées par les 65 ans et plus augmente. De plus, on enregistre, avec l'âge, des changements dans la proportion des différents types de délits commis. Le chiffre noir (rapport numérique entre la délinquance réelle et la délinquance enregistrée par la statistique), variable selon les types de délits, est particulièrement élevé dans leur cas, étant donné que les délits qu'ils commettent le plus fréquemment sont ceux où l'écart entre la délinquance réelle et la délinquance connue ou enregistrée

est le plus grand. En outre, l'enregistrement des actes délictueux est moins fréquent quand il s'agit de personnes âgées, la police se montrant plus tolérante avec elles, surtout quand il n'y a pas de violence flagrante.

Les avis sont partagés quant au nombre des accidents dont l'individu âgé est la source et la différence entre acte délibéré et négligence est difficile à faire.

La même classification s'applique à la violence commise qu'à la violence subie: elle peut causer: 1) des dommages corporels; 2) des dommages matériels; 3) des traumatismes psychiques. A ces trois catégories s'ajoute la violence dirigée contre soi-même: suicide ou tentatives de suicide. Le nombre des actes relevant de cette catégorie tend à croître à travers le monde, surtout parmi les hommes et, plus particulièrement, à l'époque de la présénescence.

Indicateurs

Les indicateurs proposés sont:

3.1.a nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant causé un dommage corporel à autrui au cours d'une année, par 1 000 personnes de 65 ans et plus;

3.2.a nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant causé des dommages aux biens d'autrui, délibérément ou par négligence, au cours d'une année, par 1 000 personnes de 65 ans et plus;

3.3.a nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant causé des traumatismes psychiques à autrui au cours d'une année, par 1 000 personnes de 65 ans et plus;

3.4.a nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui se sont suicidées au cours d'une année, par

1 000 personnes de 65 ans et plus.

3.4.b nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont tenté de se suicider au cours d'une année, par 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

Ventilation

La ventilation devrait porter, à part le sexe et le groupe d'âge quinquennal, sur le type d'agression (criminelle ou accidentelle, délibérée ou non délibérée), la relation entre l'agresseur et l'agressé et le lieu de l'agression (domicile, travail ou endroits publics).

Pour ce qui est des indicateurs 3.4.a et 3.4.b, il y a lieu de prendre en considération les moyens utilisés (intoxication, phlébotomie, gaz, précipitation, noyade, armes à feu et pendaison).

Bien qu'il soit souvent difficile de faire une distinction entre le suicide et l'accident, les statistiques des causes de décès donnent une première approximation du taux de suicide.

Sources

Les sources de ces indicateurs sont les statistiques judiciaires, celles de la police, des hôpitaux et des agences sociales. Pour ce qui est de l'indicateur 3.3.a, il ne peut être recueilli que dans le cadre d'enquêtes sur échantillon.

4) L'égalité devant la loi

La préoccupation concernant le caractère équitable

et humain de l'administration de la justice est universelle, dans le sens qu'elle s'applique à l'ensemble de la population, sans distinction d'âge. Elle met l'accent sur le bon fonctionnement des mécanismes sociaux ayant pour but de résoudre les conflits et sur des pratiques administratives ne portant pas atteinte au bien-être de l'individu. Du point de vue gérontologique, ce sont le degré d'inégalité entre les groupes d'âge en matière d'accessibilité aux services juridiques et la résorption des conflits qui retiennent surtout l'attention.

Les mécanismes sociaux englobent non seulement les tribunaux et organismes appliquant le droit pénal et le droit civil, mais aussi tout le réseau des institutions sociales appliquant les législations sociales. La marge d'appréciation dont dispose la fonction publique est très large et tend à s'élargir de plus en plus, limitant ainsi la marge de manoeuvre laissée à l'individu. Il y a tout lieu de croire que cette marge tend à diminuer avec l'âge au fur et à mesure que la vulnérabilité de l'individu s'accroît.

Bien que la préoccupation "égalité devant la loi" englobe un ensemble de problèmes distincts, on peut les ramener à trois grandes catégories. Ce sont:

4.1 les réparations légales;

4.2 le respect des droits;

4.3 les pratiques administratives.

Par réparation légale, nous entendons une indemnisation en espèces, accordée aux individus victimes de violence. Plusieurs pays ont introduit des mesures

pour dédommager les victimes d'actes criminels, d'accidents de la circulation et même de catastrophes naturelles. Le montant des réparations étant considéré comme un indicateur de maintien du revenu, ce sont l'étendue de la protection et le nombre de bénéficiaires qui acquièrent de l'importance dans notre optique.

Indicateurs

Comme indicateurs du fonctionnement du système, nous suggérons les indicateurs suivants:

4.1.a le nombre de demandes de réparations légales provenant de personnes de 65 ans et plus, par 1 000 de population;

4.1.b la proportion des réparations légales accordées.

Dans la catégorie "respect des droits", nous faisons entrer tous les droits figurant dans des chartes, telles que la Déclaration universelle des droits de l'homme et les déclarations spécifiques aux droits de la personne âgée, comme celles de l'AIPA et de la FEPP. Il s'agit de mesurer jusqu'à quel point ces droits sont respectés.

Bien qu'il soit difficile de construire un indicateur pour mesurer le respect des droits, c'est probablement par le biais des possibilités de recours contre une décision administrative qu'on peut se faire une idée de la situation. Les indicateurs proposés sont:

4.2.a la proportion des personnes de 65 ans et plus ayant interjeté un appel contre un jugement;

4.2.b la proportion des personnes ayant demandé la révision d'une décision administrative les concernant.

C'est probablement dans les pratiques administratives qu'on peut le mieux cerner la place qui est faite à l'individu dans la société. Ces pratiques se subdivisent chronologiquement en trois temps: les procédures précédant une prise de décision, la décision et les procédures d'application de la décision. L'accessibilité aux services est au coeur de la problématique.

Les indicateurs proposés sont les suivants:

4.3.a la proportion des personnes de 65 ans et plus condamnées par rapport au nombre de celles contre lesquelles une action a été intentée;

4.3.b la proportion des personnes ayant eu recours à l'assistance judiciaire par rapport au nombre de celles contre lesquelles une action a été intentée;

4.3.c la proportion des personnes de 65 ans et plus ayant eu recours à l'assistance judiciaire pour régler un conflit de droit civil;

4.3.d la durée moyenne du temps qui s'écoule entre la demande d'un service et la décision administrative y relative;

4.3.e la durée moyenne de l'hébergement en CA.

Ventilation

A part l'âge et le sexe, les données peuvent être ventilées selon la cause des réparations (indicateurs 4.1.a et 4.1.b et selon la nature des demandes originales (indicateurs 4.2.a et 4.2.b).

Sources

Un certain nombre de données sont disponibles mais ne sont pas normalisées. Pour les indicateurs 4.1.a et 4.1.b, les statistiques ont été recueillies

par les organismes responsables de la mise en oeuvre des différents programmes (commissions des accidents du travail, services d'assistance juridique, tribunaux, centres d'accueil, C.S.S., etc.).

5) La confiance dans la manière dont la loi est appliquée

Cette préoccupation se justifie dans la perspective de la tendance à une plus grande humanisation de l'administration de la justice et à l'application du principe de l'égalité devant la loi.

On peut présumer qu'une telle tendance va accroître la confiance de la population, mais l'observation et la mesure de cette tendance posent des problèmes méthodologiques de taille. Le degré de confiance est influencé par l'information qu'on possède et les possibilités qu'on a eues ou qu'on a de juger du fonctionnement du système.

S'il est relativement aisé d'évaluer les attitudes de ceux qui ont eu affaire à l'administration de la justice, soit en tant qu'agresseurs, soit en tant qu'agressés, la validité des données obtenues de ceux qui n'ont été ni agresseurs ni agressés est discutable. De plus, il y a tout lieu de croire que la personne âgée est plus portée que le jeune à adopter une attitude résignée: "A quoi bon...". Si l'on se limite aux sondages auprès de ceux qui se sont trouvés dans l'un ou l'autre cas, on risque de fausser les résultats. Si l'on entreprend des sondages au niveau de l'ensemble de la population, les réactions dépendent d'un certain

nombre de facteurs difficiles à contrôler.

La perception de l'individu peut être étudiée par rapport à:

5.1 l'application du droit pénal;

5.2 l'application du droit civil;

5.3 les pratiques administratives.

Indicateurs

Trois types d'indicateurs sont suggérés:

5.1.a proportion des individus âgés de 65 ans et plus manifestant de la confiance dans l'application du droit pénal, par 1 000 personnes de 65 ans et plus;

5.2.a proportion des individus de 65 ans et plus manifestant de la confiance dans l'application du droit civil, par 1 000 personnes de 65 ans et plus;

5.3.a proportion des individus de 65 ans et plus manifestant de la confiance dans les pratiques administratives, par 1 000 personnes de 65 ans et plus;

5.3.b proportion des individus âgés de 65 ans et plus ayant refusé d'engager une procédure ou ayant renoncé, faute de confiance, à obtenir gain de cause par rapport aux personnes âgées de 65 ans et plus ayant engagé une procédure.

Ventilation

Les données peuvent être ventilées par âge et par sexe.

Sources

Les sources possibles sont les dossiers des services d'assistance judiciaire et les dossiers des agences

sociales s'occupant des problèmes du troisième âge. Cependant, c'est surtout par voie d'enquête que les données devraient pouvoir être recueillies.

En guise de conclusion, je voudrais souligner encore une fois que l'élaboration d'indicateurs sociaux est une condition sine qua non de la mise en application d'une politique rationnelle du vieillissement, dans la mesure où elle peut fournir des indications relativement précises non seulement sur une situation donnée mais aussi sur les effets de certaines politiques.

Travail et prise de retraite

Richard Baillargeon et Lucie Bélanger, Laboratoire de Gérontologie sociale, Université Laval.

1. Introduction

Parler de prise de retraite, et plus particulièrement de décision de prise de retraite, sous-entend que les individus concernés par la question ont certaines possibilités de choix, c'est-à-dire qu'il leur est possible soit de prendre une retraite avant l'âge obligatoire de retraite, soit de continuer à travailler aussi longtemps qu'il leur est possible de le faire.

Si on définit que les individus ont des possibilités effectives de choisir le moment de leur retraite, il convient de se demander quelles sont les conditions effectives pour que s'exercent ce choix. En d'autres mots, qu'est-ce qui permettra ou non aux gens de considérer l'opportunité de quitter le travail? En posant ce genre de question, on ne doit pas cependant oublier le fait que la retraite obligatoire à âge fixe est une pratique courante dans plus de 92% des entreprises du Québec et du Canada.

La réponse à cette question est relativement simple: pour que le fait de quitter le travail soit viable à tous points de vue, il faut d'abord que l'on puisse

bénéficier d'un revenu suffisant une fois à la retraite c'est-à-dire être assuré de pouvoir maintenir à un certain niveau le revenu antérieur. Pour ce faire, plusieurs solutions sont possibles. On peut par exemple, être bénéficiaire du régime universel de pension du Canada, tirer quelques argents d'un fonds de pension public comme la Régie des Rentes du Québec, toucher une pension privée, ou encore pouvoir compter sur des économies personnelles capables de générer un revenu durant la période de retraite.

Comme les deux premiers types de revenu ne deviennent disponibles qu'à âge fixe, c'est-à-dire 65 ans, âge qui est généralement aussi celui de la retraite obligatoire dans la majorité des entreprises, la personne qui choisit de prendre une retraite avant cet âge ne peut donc pas compter sur ces deux types de revenu et doit s'en remettre aux autres sources mentionnées.

Pour ce qui est des économies personnelles, celles-ci sont évidemment disponibles à tout âge et ne sont pas soumises à aucune règle particulière, sauf peut-être les régimes enregistrés d'épargne retraite, lesquels obéissent à des règles relativement complexes. Quant aux régimes privés de retraite et aux prestations qui en découlent, les règles en régissant l'obtention se sont fortement libéralisées ces dernières années. Statistique Canada (Cat. 74-401, 1978) nous apprend à cet égard que plus de 97% des régimes privés de pension permettent à leurs adhérents (moyennant certaines conditions en ce qui a trait à l'âge et aux années de

service) de pouvoir toucher leur pension avant l'âge obligatoire de retraite.

Dépendant des régimes, les retraites prises de façon hâtive ou anticipée s'accompagnent d'une pension complète ou actuariellement réduite afin de compenser pour le temps à écouler jusqu'à l'âge obligatoire de retraite.

Il peut être ici particulièrement pertinent de se demander, combien de travailleurs sont effectivement couverts par des régimes supplémentaires de rentes (RSR), et de ce nombre, combien se prévalent effectivement du droit à la retraite hâtive?

Statistique Canada (74-401, 1978) estime qu'environ 40% des travailleurs rémunérés bénéficient d'un RSR (proportion sensiblement équivalente à la portion syndiquée de la main-d'oeuvre active). Cependant cette proportion passe à un peu plus de 50% si l'on ne tient compte que des travailleurs salariés à temps plein, soit la partie la plus importante de la main-d'oeuvre.

Quant à savoir combien d'individus peuvent se prévaloir d'une retraite anticipée, les statistiques de la Régie des Rentes du Québec nous apprennent que pour 1976, sur 10 000 prises de retraites parmi les cotisants des RSR au Québec, on comptait 64.5% de retraites obligatoires, 3.9% de retraites différées (après l'âge obligatoire), 8.4% de retraites pour cause d'invalidité et enfin 23.4% de retraites anticipées. Ainsi près du quart des retraites au Québec en 1976 était anticipé. C'est une proportion non négli-

geable, constituant un groupe suffisamment nombreux pour qu'on y prête attention. Comme on dit de plus que le phénomène de la retraite hâtive gagne actuellement en popularité, il semble important qu'on s'y intéresse pour tenter d'en connaître et d'en comprendre si ce n'est la signification particulière, du moins les motifs qui peuvent ainsi pousser de plus en plus de gens à prendre une retraite hâtive.

2. Schéma de l'étude

Au Québec, aucune étude à notre connaissance n'a été faite sur le sujet. A part une étude canadienne, la majorité des travaux portant sur la retraite hâtive, a été produite par les Américains.

Le bilan des résultats de ces études, fait apparaître plusieurs lacunes quant à la connaissance générale des principales motivations à la base des décisions favorisant la retraite anticipée. Sauf rare exception, les facteurs influents apparaissent fort réduits, et de nature trop globale pour faire apparaître une quelconque dynamique.

Ces résultats nous montrent que jusqu'aux années soixante, c'était surtout la santé qui était responsable du départ hâtif du travail rémunéré. Puis avec l'inclusion de clauses rendant possible la retraite anticipée, d'autres facteurs seront invoqués pour justifier le choix de ce type de retraite. Même si parmi ceux-ci la santé occupe encore une place importante, d'autres facteurs, comme la situation financière, la famille, le travail ou l'attirance vers le genre de vie

à la retraite sont mentionnés.

L'un des reproches que l'on peut adresser à ces recherches, c'est d'avoir présenté de manière beaucoup trop globale ces facteurs, si bien qu'il est très mal aisé de voir en quoi ceux-ci consistent réellement et de quelle manière ils sont interreliés.

Un autre reproche important, c'est d'avoir paradoxalement négligé d'accorder une attention particulière à tout ce qui touche le travail et ces multiples facettes comme facteur important dans la décision de quitter hâtivement le travail.

Enfin, autre lacune non moins importante, la majorité de ces recherches se faisait auprès de populations très larges manquant manifestement d'homogénéité, soit parce qu'elles incorporaient des personnes de divers groupes d'âge, concernées fort inégalement par la prise de retraite comme telle, ou bien effectuées auprès d'anciens retraités pour qui la décision de prise de retraite avait perdu de son actualité.

Notre étude très nettement exploratoire a été conçue dans le but de pallier à ces diverses lacunes. En conséquence, la recherche a été élaborée de manière à accorder une grande importance au facteur travail, tout en ne négligeant pas de vérifier la part jouée par les facteurs hors travail comme la santé, le revenu et le genre de vie (activités hors travail et attitude face à la retraite).

En outre, nous avons développé au niveau de la population étudiée une stratégie devant permettre que ne soit compris dans l'étude que des sujets pour qui

la retraite était une réalité imminente, c'est-à-dire qui avaient décidé effectivement du style de retraite qu'ils désiraient prendre et du moment où celle-ci débuterait.

De plus, chacun des individus à qui on demandait de répondre à un questionnaire, était couvert par un régime supplémentaire de rente, ceci en vue toujours, d'assurer à l'échantillon son homogénéité.

Les résultats que nous présentons ici sont préliminaires et partiels. Ceux-ci proviennent en effet d'analyses sommaires comparant au sein de l'échantillon, des hommes ayant pris une retraite hâtive à des hommes ayant pris une retraite obligatoire. Il est par conséquent recommandé de traiter ces résultats avec prudence. Du fait qu'une dimension importante, comme l'appartenance au secteur public ou privé, n'apparaît pas ici, on doit considérer que les possibilités de généralisation s'en trouvent quelque peu réduites.

3. Présentation des résultats

L'échantillon sur lequel porte la recherche comprend 211 personnes dont 141 hommes. Il provient de sept régions du Québec et respecte les proportions de travailleurs-cotisants retrouvés dans les secteurs publics et privés de l'économie québécoise. La moitié de notre population a pris une retraite obligatoire, l'autre, une retraite hâtive.

On entend par retraite obligatoire, celle qui a été prise quand le travailleur a atteint l'âge limite

ou le nombre maximum d'années permis par les règlements de l'entreprise. Une retraite hâtive est celle prise avant ce moment et ce, quelle qu'en soit la raison (santé, départ volontaire, etc.).

Les résultats que nous allons rapporter ici sont des résultats préliminaires. Ils proviennent d'une analyse comparative que nous avons menée entre le groupe des retraités hâtifs et celui des retraités obligatoires; ils concernent exclusivement la population masculine et ne tiennent pas compte des différences possibles entre les secteurs publics et privés, différences qui seront explorées dans des analyses ultérieures. Les principaux facteurs auxquels nous nous sommes intéressés sont de quatre ordres: travail, santé, situation financière et style de vie.

Nous allons, dans les pages qui suivent, passer en revue les principales différences que nous avons constatées entre les retraités hâtifs et les retraités obligatoires et tenter de voir quels sont les facteurs qui peuvent être mis en relation avec le fait de prendre une retraite hâtive.

3.1 Facteurs travail

Les aspects retenus concernant le travail sont: la nature du travail lui-même, la satisfaction vis-à-vis le travail, le contexte de travail, les conditions de travail, certaines réactions psychologiques vis-à-vis le travail et enfin les avantages et les inconvénients perçus dans l'emploi.

3.1.1 Nature du travail

Les caractéristiques du travail effectué par les deux types de retraités sont semblables sur la plupart des aspects étudiés. Aucune différence n'est enregistrée sur des points tels la quantité de contacts humains, les risques d'accidents ou de maladie, la monotonie, la possibilité de prendre des initiatives, l'obligation de travailler dehors et la plus ou moins grande possibilité d'établir son propre rythme de travail ou d'organiser soi-même sa journée.

Deux différences apparaissent cependant. Le travail des retraités hâtifs est définitivement plus dur physiquement; en effet, sur un indice de difficultés physiques qui tient compte du fait d'avoir souvent à transporter des charges lourdes, à forcer, à monter des escaliers, à travailler dans des positions inconfortables ainsi qu'à se pencher et s'accroupir, les travailleurs prenant une retraite anticipée donnent un score significativement plus élevé. Il y a donc une relation significative entre le fait de faire un travail exigeant au niveau physique et celui de se retirer plus tôt du marché du travail.

On remarque de plus que ces derniers ont généralement moins de responsabilités, plus précisément qu'ils ont moins souvent à diriger du personnel que ceux prenant une retraite obligatoire.

3.1.2 Satisfaction au travail

Concernant la satisfaction au travail, c'est un fait connu que les travailleurs âgés sont généralement

plus satisfaits de leur travail que les travailleurs plus jeunes. Dans nos deux groupes, en effet, la majorité des individus se déclarent très ou assez satisfaits des diverses facettes de leur travail (salaire, avancement, nature du travail, sécurité d'emploi, collègues, conditions de travail, responsabilités, mise en valeur de leurs capacités, supervision) et sur la plus grande partie de ces items aucune différence entre les groupes n'est constatée. On remarque donc que les retraités hâtifs sont plus insatisfaits de la façon dont leurs capacités sont mises en valeur par leur emploi. Ceci peut être mis en relation avec le fait qu'ils ont moins l'occasion de diriger le travail d'autres personnes que ceux qui prennent leur retraite de façon obligatoire. Ils ne semblent pas retrouver dans le travail la même valorisation personnelle que les gens qui prennent une retraite obligatoire.

Un autre item envers lequel ceux qui se retirent plus tôt manifestent une moins grande satisfaction, est celui des conditions de travail. Si on fait toutefois une comparaison objective des conditions de travail des deux groupes, on s'aperçoit qu'elles sont semblables: les horaires, les bénéfices marginaux sont les mêmes, les vacances sont même plus longues chez les retraités hâtifs. C'est peut-être aux exigences physiques que les gens pensent quand ils se révèlent moins satisfaits de leurs conditions de travail.

Il ne semble cependant pas que ce soit un sujet précis de satisfaction qui fasse que les retraités

obligatoires demeurent au travail plus longtemps, ni u sujet précis d'insatisfaction qui amène les retraités anticipés à en partir plus tôt. Le phénomène semble plutôt relever d'un ensemble de facteurs. Sur l'ensemble des facteurs de satisfaction considérés en effet, les retraités obligatoires se révèlent plus satisfaits que les retraités hâtifs. Il reste cependant que comme dans le cas de la majorité des travailleurs âgés, le nombre d'éléments dont ces derniers sont satisfaits demeure assez élevé.

3.1.3 Stress, tension nerveuse

Un autre fait associé à une prise de retraite prématurée concerne la tension nerveuse, le stress engendré par le travail. Les travailleurs qui prennent une retraite hâtive donnent en effet un résultat plus élevé à un indice regroupant divers signes de tension tels par exemple: l'anxiété due au travail, le fait de trouver qu'on a trop de travail, d'amener à la maison les problèmes du travail, la fatigue reliée au travail et l'impression que les supérieurs ne sont pas satisfaits du travail effectué.

3.1.4 Autres facteurs travail

Le facteur contexte de travail a également une certaine importance en ce sens que les retraites hâtives sont plus fréquentes dans les endroits où la retraite anticipée est répandue. Il est cependant difficile à ce stade de dire si cela est dû à l'influence des collègues, aux politiques de l'entreprise

ou au type de travail qu'on y retrouve.

Le point "éthique de travail" n'a pas directement été exploré. Certains indices laissent croire que les retraités hâtifs entretiennent vis-à-vis leur emploi une attitude plus critique, critique non seulement dans le sens négatif du terme mais également dans le sens positif. Les retraités hâtifs trouvent à leur emploi à la fois plus d'avantages et plus d'inconvénients, ils en relativisent plus les caractéristiques. Précisons aussi que, et ce dans les deux groupes, les avantages et les inconvénients mentionnés concernant le travail sont d'ordre tout à fait différents. Les avantages ont trait au salaire, à la nature de l'emploi, aux avantages sociaux, à la sécurité d'emploi, aux conditions de travail, aux collègues, aux contacts humains; alors que les désavantages touchent l'horaire, la tension nerveuse, la bureaucratie et les difficultés physiques reliées à l'emploi.

3.2 Facteurs hors travail

3.2.1 La situation financière

L'importance de la situation financière dans la décision de prise de retraite est bien connue. Le revenu familial annuel médian des deux groupes se situe entre 20 000$ et 25 000$; celui prévu lors de la première année de la pension entre 12 000$ et 15 500$. Si comme tel il n'y a pas de différence entre les groupes, à la longue ceux qui ont pris une retraite hâtive s'avèrent plus favorisés puisque, plus souvent que les autres, ils bénéficient d'une pension indexée.

3.2.2 La santé

A titre indicatif, précisons tout de suite que la moyenne d'âge des retraités hâtifs se situe à 59.5 ans alors que celle des retraités obligatoires atteint 64.9 ans.

La santé, telle que mesurée par la gamme des maladies déclarées et suffisamment importantes pour nécessiter un traitement, ne différencie pas nos groupes.

Les retraités hâtifs cependant se perçoivent plus souvent en moins bonne santé que les autres personnes de leur âge, ils trouvent plus souvent que leur santé nuit à leur travail. En fait, ils ont été plus nombreux à s'absenter de leur emploi pour cause de maladie durant leur dernière année de travail.

Par contre, quand on parle activités de loisirs, les retraités hâtifs ne disent pas plus souvent que les autres que leur santé constitue une limitation.

Il semblerait donc que, en ce qui concerne la santé, les différences entre les deux groupes ne se définissent pas en termes de maladie mais plutôt en termes des rapports existant entre la santé et la capacité de production dans le cadre précis du milieu du travail.

3.2.3 Le style de vie

En ce qui concerne finalement le style de vie, nous nous sommes particulièrement intéressés à considérer l'influence de la pratique d'activités significatives sur le moment de prise de retraite. On cons-

tate que, avant leur retraite, les travailleurs ayant pris une retraite hâtive avaient généralement un niveau d'activité hors travail supérieur à celui de ceux ayant pris une retraite obligatoire.

Quant aux activités projetées à la retraite, aucune différence n'est constatée. La retraite hâtive se révèle donc en relation avec les habitudes développées antérieurement à la retraite alors qu'elle ne l'est pas en ce qui a trait aux projets envisagés pour le futur. Dans la même optique, les retraités obligatoires manifestent plus souvent la crainte de s'ennuyer et de manquer d'activités quand ils seront à la retraite.

On retrouve ici un autre des indices qui peut nous faire croire à une éthique de travail différente entre les deux groupes en ce sens que chez les retraités hâtifs, l'importance relative du travail est plus fortement pondérée par l'importance accordée aux activités non professionnelles si on les compare aux retraités obligatoires.

Conclusion

Même s'il est difficile et hasardeux de tirer des conclusions à ce stade-ci, étant donné que des analyses plus fines restent à faire, on peut sans grand risque d'erreur mentionner que le facteur travail a plus d'importance qu'on ne le pense dans la décision de prise de retraite. Nous croyons que le travail dans ces multiples facettes constitue un arrière-plan complexe agissant de diverses manières

sur les individus en égard aux caractéristiques de l'emploi ou du poste occupé et des tâches s'y rapportant.

Cependant le facteur travail ne peut à lui seul tout expliquer. La santé ou le style de vie peuvent aussi intervenir, voire même se combiner aux facteurs travail pour influer sur la décision de prise de retraite. Sous ce rapport, la décision de prise de retraite apparaît comme un processus nettement plus complexe que ce que l'on serait tenté de croire à priori.

Projets éducatifs chez des femmes âgées

Pierre Grenier, Centre des services sociaux de Montréal

Au cours de la dernière décennie, nous avons assisté à la création de toute une gamme de services sociaux, de santé, de loisirs, de bénévolat, de recherche concernant les différents aspects de la vie des personnes âgées. Etrangement, les services éducatifs se sont beaucoup moins développés que les autres; quelques projets-pilotes ont pris naissance dans diverses régions du Québec à l'intérieur de C.L.S.C., de clubs d'âge d'or, de cegeps, de commissions scolaires, et le reste, et sont très clairement liés au phénomène de l'apprentissage; mais comparativement à ce que nous savons des clientèles d'enfants, de jeunes ou d'adultes en situation d'apprentissage, nous connaissons peu de choses de la personne âgée en tant qu'apprenant. Nous allons faire état d'une recherche (Grenier, 1980) qui avait pour but d'analyser les projets éducatifs d'un groupe de quarante femmes âgées en répondant principalement aux deux questions suivantes:

- Qu'est-ce que les femmes âgées apprennent, ce que nous appellerons leurs objets d'apprentissage?
- Comment ou quels moyens choisissent-elles pour réaliser leurs apprentissages?

Nous allons commencer par une brève synthèse des divers courants de pensée qui ont inspiré cette recherche; pour en second lieu, donner la définition des principaux concepts retenus. Nous ferons ensuite une description succincte de la méthodologie; enfin, nous terminerons par quelques éléments d'analyse des données recueillies et mentionnerons certaines pistes de réflexion.

A- D'abord une brève synthèse des divers courants de pensée

Au confluent de deux champs de recherches relativement nouveaux, l'éducation des adultes et la gérontologie sociale, nous trouvons selon l'appellation de chercheurs américains l'"Educational Gerontology"; notre recherche se situe à l'intérieur d'un des aspects de l'"Educational Gerontology", soit la personne âgée en tant qu'apprenant.

La première recherche dans ce domaine date de 1955 avec la publication du livre de Donahue: "Education for later Maturity". Dans cette foulée, plusieurs auteurs se sont posés la question: "Est-ce que les personnes âgées sont capables d'apprendre?" S'ils s'inspiraient du modèle biologique (Labouvie-Vief, 1976), ils en arrivaient à la conclusion que le processus de vieillissement s'accompagne, entre autre, d'un déclin des performances intellectuelles et cognitives et que conséquemment, les personnes âgées deviennent de moins en moins capables d'apprendre. Par contre, s'ils se préoccupaient de l'influence de la

structure sociale et de l'environnement sur les composantes physiologiques et psychologiques des personnes âgées, ils en arrivaient à la conclusion, tant dans des études comparatives (Keitz et Gounard 1976) que transversales (Witte et Freund 1976), qu'il n'y avait pas de différence due à l'âge dans la performance intellectuelle à la condition que certaines variables soient contrôlées, telles que l'on permette au sujet âgé de travailler à son rythme, qu'on lui fournisse du matériel ayant une signification pour lui et le reste. Accorder une égale importance tant aux facteurs cognitifs que non-cognitifs, ainsi qu'à l'environnement par rapport aux performances intellectuelles des sujets âgés, nous apparaît comme primordial en abordant ce phénomène.

Au plan de la recherche, l'intérêt que l'on porte aux femmes âgées commence à se manifester; par exemple, des recherches ont examiné le concept de soi des femmes âgées (Dallaire-Austin 1979), d'autres se sont préoccupées d'analyser les conditions socio-économiques (The Gerontologist 1979) des femmes âgées, l'état de santé de celles-ci (Dulude 1978), et ont fait ressortir les effets de certaines inégalités sur le vieillissement des femmes.

B- Les concepts retenus

Pour nous permettre de mieux connaître, ou de mieux "reconnaître" les femmes âgées dans la perspective dynamique de la poursuite de leurs projets éducatifs, nous nous sommes inspirés d'un courant de recher-

che en éducation des adultes à la suite des premiers travaux de Tough (1971), qui définissaient le projet éducatif comme étant un effort délibéré - d'une durée d'au moins sept heures - à l'intérieur de six mois - dont au moins 51% de la motivation totale doit être orientée vers l'apprentissage de connaissances et/ou d'habiletés - celles-ci retenues pour au moins deux jours. Cette définition nous a permis de discriminer entre les activités proprement éducatives des femmes âgées et les autres types d'activités.

Les projets éducatifs se décomposent d'une part en "objets d'apprentissage" qui étaient dans le cadre de cette recherche les connaissances et/ou habiletés que la femme âgée se fixe comme objectifs d'apprentissage, soit dans le but de répondre à des besoins essentiels de la vie (santé, alimentation, budget, affaires légales et le reste), soit dans le but de répondre à des besoins touchant l'amélioration de la qualité de vie et le développement de talents personnels (Hiemstra 1975); ils se décomposent d'autre part en "moyens privilégiés", qui étaient dans le cadre de cette recherche, la formule retenue en terme d'encadrement; quatre catégories pour lesquelles nous avons dû définir un certain nombre de critères de classement, ont été retenues:

- l'institution éducative, c'est-à-dire un organisme dont le premier objectif est d'offrir des services éducatifs intra-muros ou extra-muros;
- le regroupement formel, c'est-à-dire un organisme dont un des objectifs reconnus est d'offrir des services à caractère éducatif;

- le groupe anonyme, c'est-à-dire un couple ou un groupe de trois personnes et plus qui n'est rattaché à aucun organisme et qui se rencontre sur une base volontaire pour poursuivre une activité éducative commune;
- l'apprentissage individuel, c'est-à-dire l'apprenant assume moins de 50% de la planification de son projet éducatif;
- l'apprentissage autodidactique, c'est-à-dire l'apprenant planifie son projet éducatif dans une proportion d'au moins 51%.

C- La méthodologie

Les quarante sujets de cette recherche étaient des femmes âgées de 65 à 74 ans, retirées de la vie active, habitant la ville de Montréal-Nord et ayant conservé un niveau suffisant d'autonomie de vie.

A partir des fichiers du CLSC de Montréal-Nord et du Carrefour des Retraités de Montréal-Nord, nous avons rencontré vingt femmes âgées de 65 à 69 ans et vingt femmes âgées de 70 à 74 ans.

La méthode de collecte de données retenues a été celle de l'entrevue semi-structurée d'une durée d'environ une heure et demie, réalisée pour la plupart au domicile des sujets; cette méthode a présenté le grand avantage de nous mettre en contact de façon personnalisée avec quarante femmes âgées et d'établir avec elles une communication très satisfaisante; au plan scientifique, cette méthode présente cependant la limite que les données sont recueillies sur la base des témoignages des sujets seulement.

Pour faciliter aux sujets le rappel des projets éducatifs entrepris pendant les six derniers mois, nous avons bâti un aide-mémoire constitué de fiches sur lesquelles étaient inscrits des objets d'apprentissage probable pour des femmes âgées; on y trouvait les neuf catégories suivantes: santé, nutrition, consommation, logement, alimentation, culture, arts, activités manuelles, vie sociale.

Avant de passer à l'analyse de quelques résultats obtenus, il convient de présenter les principales caractéristiques des femmes âgées qui ont participé à la recherche:

- 95% de celles âgées de 65 à 69 ans habitaient en milieu naturel; près de 45% de celles-ci vivaient avec leur mari, près de 30% vivaient seules et 25% vivaient avec un tiers.
- 60% de celles âgées de 70 à 74 ans habitaient en résidence à appartements pour personnes âgées; près de 85% de celles-ci habitaient seules et 15% avec leur mari.
- 37.5% des femmes avaient un niveau de scolarité de sept ans et moins; elles avaient toutes travaillé à l'extérieur, à un moment cu l'autre de leur vie.
- 62.5% des femmes avaient un niveau de scolarité de huit ans et plus, et 24% de celles-ci n'avaient jamais travaillé à l'extérieur.

D- <u>Les projets éducatifs</u>

Ces quarante femmes âgées ont réalisé 137 projets éducatifs au cours des six mois précédant les entrevues,

pour une moyenne individuelle de 3.43 projets éducatifs.

- Les objets d'apprentissage:

Tableau 1

Répartition des projets liés à des besoins essentiels de la vie selon la catégorie.

Catégorie	Fréquence	% Pourcentage	
		N: 40	N: 137
Santé	19	47.5	13.9
Alimentation	3	7.5	2.2
Nutrition	8	20	5.8
Consommation	6	15	4.4
Logement	4	10	2.9
Total	40	100%	29.2

Le tableau 1 nous indique qu'elles ont réalisé près de 30% de leurs projets éducatifs pour répondre à des besoins essentiels de la vie; parmi ceux-ci, les deux tiers touchaient les domaines de la santé (conditionnement physique, relaxation, symptômes et traitements de maladies, etc.) et de la nutrition (composition des aliments, diète équilibrée); l'autre tiers des projets se situait par ordre d'importance dans les catégories: consommation, logement et alimentation.

Tableau 2

Répartition des projets liés à l'amélioration de la qualité de vie selon la catégorie.

Catégorie	Fréquence	% Pourcentage	
		N: 97	N: 137
Arts	38	39.2	27.7
Activités manuelles	6	6.2	4.4
Culture	47	48.4	34.3
Vie sociale	6	6.2	4.4
Total	97	100	70.8

De plus, et ce n'est pas sans nous surprendre, le tableau 2 nous montre qu'elles ont réalisé près de 70% de leurs projets éducatifs en vue d'un développement de leurs talents personnels ou d'une amélioration de la qualité de leur vie; parmi ceux-ci, près de 50%, touchaient le domaine de la culture qui comprenait les objets d'apprentissage suivants: cours de langue, psychologie, voyages, actualité, vocabulaire, culture générale; près de 45% des projets de cette catégorie ont été réalisés par le biais des média écrits et électroniques; en ce qui concerne les média écrits, les sujets de notre échantillon qui poursuivaient un projet éducatif dans ce sens, nous ont dit passer en

moyenne, entre une demi-heure et une heure par jour à la lecture d'un quotidien; ils étaient capables d'identifier les rubriques quotidiennes ou hebdomadaires qui les intéressaient particulièrement et de nous parler de ce qu'elles y apprenaient; en ce qui concerne les média électroniques, et plus spécifiquement la télévision, ce sont les émissions d'affaires publiques et d'information liées à la vie féminine et au troisième âge qui ont été les sources d'objets d'apprentissage les plus souvent mentionnées par nos sujets; il nous apparaît donc assez clairement que les femmes âgées savent et peuvent répondre à certains de leurs besoins par le biais de la télévision, et nous pourrions ajouter, y trouvent souvent le palliatif à une présence humaine; reste à savoir maintenant si la télévision fournit à cette clientèle spécifique les informations de base sur tous les aspects essentiels de leur vie?

Arrive au deuxième rang dans ce type de projets éducatifs réalisés en vue d'un développement de leurs talents personnels ou d'une amélioration de la qualité de leur vie, la catégorie "Arts" avec près de 40% des projets éducatifs; elle était composée des objets d'apprentissage suivants:

- Crochet, macramé, couture - Musique, danse - Poterie, peinture, céramique, etc. - Cinéma.

Enfin, les catégories "Activités manuelles" (Jardinage: plante, fleurs) et "Vie Sociale" (Bénévolat, religion, vie politique) ont recueilli plus de 10% des projets éducatifs.

Ainsi, une première hypothèse de recherche voulant que les femmes âgées réalisent davantage de projets éducatifs dans le sens de répondre à des besoins essentiels de la vie que dans le sens d'une amélioration de la qualité de leur vie, n'a pas été vérifiée.

- Les moyens d'apprentissage

Tableau 3

Répartition des projets selon le moyen privilégié.

Moyens privilégiés		Fréquence		Pourcentage
			/137	
Reg. formel				
- Carrefour des retraités		20		14.6%
- Résidence à appartements	48	13	35%	9.5%
- Autre		15		10.9%
Groupe anonyme - 2		6		4.4%
- 3 et plus	9	3	6.5%	2.1%
Apprentissage individuel				
- Oui		49		35.8%
- Non	70	21	51.1%	15.3%
Autre		10	7.3%	7.3%
Total		137	99.9%	

Maintenant que nous connaissons ce que les femmes âgées ont appris, nous pouvons nous demander: "Quels moyens ont-elles choisi pour réaliser leurs apprentissages?" Parmi les quatre catégories déjà mentionnées

(institution éducative, regroupement formel, groupe anonyme et apprentissage individuel ou autodidactique), le tableau 3 nous révèle que les femmes âgées ont choisi l'apprentissage individuel dans 51% de leurs projets éducatifs; cette moyenne est la plus élevée et vérifie la deuxième hypothèse de cette recherche à savoir: "Les moyens privilégiés appartiendront en plus grand nombre aux catégories apprentissage individuel et apprentissage autodidactique qu'aux autres". Nous observons que la sous-catégorie "apprentissage autodidactique" (L'apprenant planifie son projet éducatif dans une proportion d'au moins 51%) recueille 35.8% des choix des sujets, pendant que la sous-catégorie "apprentissage individuel" (L'apprenant assume moins de 50% de la planification de son projet éducatif) recueille 15.3% des choix des sujets. C'est par ce moyen qu'elles ont réalisé plus des deux tiers de leurs projets éducatifs en vue de répondre à des besoins essentiels de la vie et près de 45% de leurs projets éducatifs en vue d'une amélioration de la qualité de leur vie.

Suit de très près la catégorie "Regroupement formel" avec un pourcentage de 35% des choix des sujets; 14.6% des projets éducatifs se sont déroulés au Carrefour des Retraités, un organisme de rencontre pour pré-retraités et retraités à caractère socio-culturel; 9.5% des projets éducatifs ont été réalisés à l'intérieur des résidences à appartements où habitaient les sujets rencontrés. Au cours des entrevues, une grande majorité de ces sujets nous ont dit participer à des activités justement parce qu'elles se dérou-

laient à l'intérieur de la résidence qu'ils habitaient; ils ajoutaient dans la plupart des cas, qu'ils ne pourraient participer si les activités se déroulaient à l'extérieur de la résidence, à cause de problèmes soit au plan de la santé, du climat ou du transport. Enfin, 10.9% des projets éducatifs ont pris place à l'intérieur de regroupements formels du type paroisse, club d'âge d'or, AFEAS, et le reste.

La catégorie "Groupe anonyme", en couple ou en groupe de trois personnes et plus, a recueilli 6.5% des choix des sujets pendant que la catégorie "Institution éducative" n'a recueilli qu'un seul projet éducatif.

A la question: "Est-ce que votre projet éducatif est en cours ou terminé?", la grande majorité des sujets a cru bon de nous préciser dans le premier cas, si le projet éducatif était en cours d'une manière "temporaire" c'est-à-dire qu'ils y prévoyaient une fin dans tant de semaines ou tant de mois, ou si le projet éducatif était en cours d'une manière "permanente" c'est-à-dire qu'ils n'en prévoyaient pas la fin à court ou moyen terme; c'est là une caractéristique spécifique des projets éducatifs des sujets âgés par rapport aux projets éducatifs des diverses autres clientèles sur lesquelles des recherches similaires ont porté; dans cette dynamique du "Permanent", nous pouvons voir cette volonté des femmes âgées de continuer à se développer personnellement, de ne pas finir, de réaliser des changements qui faciliteront l'adaptation nécessaire à l'avance en âge; la preuve en est que les projets éducatifs "permanents" ont été réalisés

dans une proportion de 75% en apprentissage individuel, dans lequel il n'y a pas de contraintes de temps, de lieux ou de personnes-ressources, et les projets éducatifs "temporaires" ont été réalisés dans une proportion de près de 64% en regroupement formel, dans lequel on peut faire face à des contraintes du type de celles mentionnées précédemment.

Quel que soit le moyen privilégié, les sujets ont été dans 95% des projets réalisés, satisfaits ou très satisfaits de celui-ci.

Les quelques difficultés que les femmes âgées nous ont dit avoir rencontrées dans la réalisation de leurs projets éducatifs étaient globalement de deux ordres:

1- les difficultés liées au matériel d'apprentissage (coûts élevés du matériel, caractères d'imprimerie trop petits, manuels de directives en langue étrangère, etc.);

2- les difficultés liées à la santé: les deux éléments corporels les plus utiles pour les femmes âgées dans la réalisation de leurs projets éducatifs sont les yeux et les mains; une détérioration de l'un ou l'autre de ces deux éléments entraîne inévitablement des difficultés au plan de la précision des mouvements, de l'endurance et le reste.

Nous sommes maintenant en mesure d'établir les caractéristiques des sujets ayant les moyennes de projets éducatifs les plus importantes:

- ce sont les femmes âgées de 65 à 69 ans, vivant seules à domicile, qui obtiennent la moyenne de projets éducatifs la plus élevée, soit 3.9;

- chez les femmes âgées de 70 à 74 ans, celles vivant seules ont une moyenne de projets éducatifs nettement supérieure, soit 3.6, à celles vivant avec leur mari ou un tiers, qui ont réalisé en moyenne 1 projet éducatif;

- les femmes âgées de 70 à 74 ans réalisent 10% plus de projets en vue de répondre à des besoins essentiels de la vie et 21% moins de projets en vue d'une amélioration de la qualité de leur vie, que les femmes âgées de 65 à 69 ans;

- la moyenne de projets éducatifs est supérieure pour les sujets ayant un niveau de scolarité plus faible;

- une femme âgée à scolarité plus faible va recourir davantage au "Regroupement formel" comme moyen d'apprentissage, et une femme âgée à scolarité plus élevée va recourir davantage à l'"apprentissage individuel"; dès lors nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un sujet à scolarité plus faible a moins d'habiletés à se donner des moyens pour réaliser des apprentissages et qu'il doit recourir davantage à un encadrement extérieur pour s'inscrire dans une démarche d'apprentissage;

- enfin, par rapport à la variable "Travail à l'extérieur", ce sont les femmes qui ont de fait travaillé à l'extérieur à un moment ou l'autre de leur vie, ou jusqu'à 65 ans, qui obtiennent la moyenne de projets éducatifs la plus élevée.

A la fin de l'entrevue, nous avons demandé à chacune des femmes âgées de se projeter dans l'avenir et

de se demander s'il y avait des "choses" qu'elle aimerait apprendre; de fait, 62.5% des femmes âgées en ont identifié; ces "apprentissages souhaités" ont été rassemblés sous trois catégories:

1- les apprentissages souhaités dans le sens d'un perfectionnement de certaines habiletés acquises à l'intérieur d'un premier projet éducatif; ces habiletés étaient le plus souvent reliées soit à l'artisanat, soit à la santé, soit à l'apprentissage d'une langue seconde;

2- les apprentissages souhaités dans le sens d'un "vieux rêve à réaliser" comme par exemple apprendre à jouer d'un instrument de musique, ou planifier et réaliser un voyage dans des lieux spécifiques;

3- les apprentissages souhaités dans le sens d'une nouveauté, c'est-à-dire apprendre quelque chose qu'on ne connaît pas; tout y a passé, des cours de relations humaines, natation, danse, anglais, etc.

Face à cela, les sujets nous ont exprimé certaines contraintes ou difficultés qui pourraient les empêcher de s'engager pleinement, comme:

- le moment de l'activité: le jour plutôt que le soir;
- le climat: la période d'avril à octobre est la plus propice;
- le lieu de l'activité: à proximité du domicile ou dans la résidence même.

A partir de ces données, nous voulons, avant de conclure, souligner certains aspects qui nous semblent importants de faire ressortir et d'envisager lorsqu'on s'intéresse aux personnes âgées, et plus spécifiquement

aux femmes âgées.

1- Milieu de vie

Il ne fait aucun doute qu'un milieu de vie adéquat est nécessaire à tous les âges de la vie. Mais à partir du moment où l'on y passe 70, 80 et même 90% de son temps, celui-ci doit être pour le moins satisfaisant, sinon comblant.

Dans notre recherche, la majorité des femmes âgées de 70 à 74 ans vivaient en résidence à appartements pour personnes âgées, soit du type privé, soit du type habitation à loyer modique; ce qui ressort d'intéressant pour nous, c'est que la majorité d'entre elles nous ont dit participer à des activités - dont certaines sont éducatives - justement parce qu'elles s'offraient à l'intérieur même de la résidence. Il nous semble donc avoir à l'intérieur de ces grands immeubles (dont on peut contester certes l'architecture, l'emplacement, les coûts d'habitation et le reste) tout un potentiel éducatif à développer. Et c'est justement, parce que dans la plupart des cas, ces femmes ont choisi ce type de milieu qu'il est possible de les mobiliser; étrangement, la majorité d'entre elles ont glissé à un moment ou l'autre de l'entrevue qu'elles n'envisageaient absolument pas la formule hébergement en milieu institutionnel: révélateur tout de même d'une volonté d'autonomie et d'intimité de vie.

Ces types d'habitation sont donc à développer, sous d'autres formes incontestablement, surtout en

divers quartiers pour éviter un déracinement brutal avec toutes ses conséquences, et obligatoirement en fonction des ressources financières des résidents éventuels.

2- Effets de la participation des femmes âgées à des activités éducatives en regroupement formel

Nous croyons fermement, sur la base des témoignages des sujets rencontrés, de certaines personnes-ressources avec qui nous avons échangé, et de notre pratique professionnelle, que le pas le plus difficile à franchir, pour une femme âgée, est de sortir une première fois de chez elle; c'est justement ce désir de briser l'isolement, dans lequel elle se retrouve à un moment donné, qui la pousse à participer à divers types d'activités.

Mais voilà! Des activités de loisirs de type cartes, bingos, sorties, et le reste, peuvent répondre à certains intérêts bien sûr, mais ne comblent certainement pas les besoins de croissance, d'interactions positives et valorisantes, et d'enracinement dans un milieu donné.

Nous avons observé qu'à partir du moment où une femme âgée s'inscrit dans une première démarche d'apprentissage, qu'elle se découvre des habiletés nouvelles, qu'elle apprend des choses qui la concernent, qu'elle rencontre d'autres femmes avec qui elle peut établir des contacts significatifs, que les lieux sont invitants et à taille humaine, elle développe le goût inévitablement de faire une deuxième démarche

d'apprentissage, puis une troisième, et ainsi de suite.

Nous ne saurions trop souhaiter la création d'organismes comme celui avec lequel nous avons travaillé, qui tout en regroupant les personnes âgées, travaillent avec elles dans le sens d'une amélioration de leur qualité de vie.

3- Les ressources humaines et matérielles liées à l'apprentissage individuel et autodidactique

L'accès aux ressources humaines ou matérielles s'avère difficile, à partir du moment où une femme âgée décide d'apprendre de manière autonome, et cela relève, croyons-nous, d'une absence de volonté de rendre les services disponibles à cette clientèle, en faisant les aménagements requis.

A titre d'exemple, plusieurs sujets nous ont mentionné comme difficulté dans la poursuite de leur projet éducatif, le coût très élevé des livres qui traitaient du domaine ou du thème sur lequel ils voulaient réfléchir; pour pallier cette difficulté, quelques sujets nous ont dit: "On est abonné à la bibliothèque de la ville". Mais les autres sujets à qui nous posions la question nous reflétaient un certain embarras; il y avait belle lurette qu'elles n'y avaient pas mis les pieds... "vous comprenez, tout a tellement changé!!"

Il nous paraît qu'il pourrait être tout aussi intéressant, et même peut-être plus valorisant d'offrir des activités de prise de contact, de visites de ce type de ressources, activités intelligentes et adaptées aux besoins et intérêts de ces femmes, que d'offrir des

visites de centres commerciaux...

Nous pourrions bien sûr développer plusieurs autres aspects; mais somme toute, ce que nous tenons à faire ressortir de façon explicite, c'est qu'il ne faudrait pas verser dans un autre extrême et vouloir tout créer pour les personnes âgées (journaux pour elles seulement, revues pour elles seulement, matériel d'artisanat ou autre). Un certain nombre de ressources existe à ce niveau-là et semble répondre de façon positive aux besoins des citoyens âgés. Mais il s'agit surtout, à notre avis, d'avoir le souci de rendre toutes les nombreuses ressources existantes accessibles aux citoyens âgés, et ainsi de créer un type de société dans lequel chacun puisse trouver une réponse à ses besoins, se sentir à sa place en découvrant qu'il n'y est pas seul, et capable d'y apporter une contribution dans sa communauté.

Il nous est permis maintenant de conclure en disant simplement que la soif de connaître demeure longtemps au coeur et dans l'esprit de tout être humain; ces femmes âgées que nous avons rencontrées, nous ont démontré, sans aucun doute, et même parfois à leur insu, qu'à partir du moment où la source de l'apprentissage s'alimente au vécu quotidien dans le but de mieux l'expliciter ou de mieux se l'approprier, cela permet à quiconque apprend d'y évoluer sinon plus librement, du moins plus sereinement.

Références

DALLAIRE-AUSTIN, H. (1979). L'influence d'un programme de conditionnement physique sur la perception de soi des personnes âgées. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.

DULUDE, L. (1978). Vieillir au féminin. Ottawa: Conseil consultatif de la situation de la femme.

GRENIER, P. (1981). Les projets éducatifs de femmes âgées. Montréal, la librairie de l'Université de Montréal.

HIEMSTRA, R.P. (1975). The older adult and learning. Department of Adult and Continuing Education, University of Nebraska.

KEITZ, S.M., GOUNARD, B.R. (1976). Age differences in adults' free recall of pictorial and word stimuli. Educational Gerontology, 1, 237-241.

LABOUVIE-VIEF, G. (1976). Toward optimizing cognitive competence in later life. Educational Gerontology, 1, 75-92.

TOUGH, A. (1971). The adult's learning projects: A fresh approach to theory and practice in adult learning. Toronto, OISE.

WITTE, K.L., FREUND, J.S. (1976). Paired-associate learning in young and old adults as related to stimulus concreteness and presentation method. Journal of Gerontology, 31, 186-192.

WOMEN AND RETIREMENT (1979). The Gerontologist, 19, (no. 3).

L'adaptation de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans

René L'Ecuyer, Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Beaucoup de choses ont été dites jusqu'ici concernant tantôt les difficultés, tantôt les capacités d'adaptation chez les personnes âgées. Les conclusions à ce sujet ne sont pas toutes évidentes ni convaincantes et peuvent être résumées sous la forme de deux prises de position: l'une mettant en évidence les difficultés voire l'incapacité d'adaptation des personnes âgées; l'autre présentant celles-ci comme adaptées et immensément capables d'adaptation. Pour le lecteur même averti, il n'est pas nécessairement facile de départager l'ojbectivité réelle des divers types d'arguments, même scientifiques, à l'origine de l'une ou l'autre des conceptions de l'adaptation chez les personnes âgées.

L'objectif du présent travail n'est certes pas de séparer le vrai du faux et de présenter un point de vue devant être par la suite considéré comme la vérité finale. Ce serait à la fois impossible et pour le moins prétentieux compte tenu de l'état actuel des connaissances dans ce domaine et de celles de l'auteur

de ce texte. L'objectif fixé ici est en réalité tout autre. Nous ne nous demanderons donc pas si les personnes âgées sont adaptées ou non. Nous nous interrogerons plutôt sur les processus d'adaptation qui caractérisent les personnes âgées en tenant compte des différences intersexes et du facteur évolution durant les 40 années de vie qui s'écoulent entre 60 et 100 ans.

Plus précisément, nous analyserons les processus d'adaptation chez les personnes âgées à la lumière des questions suivantes:

1- Existe-t-il une ou plusieurs modalités d'adaptation chez les personnes âgées?

2- Ces modalités d'adaptation sont-elles les mêmes chez les hommes et chez les femmes?

3- Le système adaptatif est-il cristallisé au cours du vieillissement ou se modifie-t-il? S'il se modifie, existe-t-il une direction évolutionnelle spécifique à la vieillesse?

4- Quels sont les contenus expérientiels autour desquels gravitent ces efforts d'adaptation? En d'autres termes, autour de quoi et de quelle manière les personnes âgées vivent-elles ces efforts d'adaptation?

Pour atteindre cet objectif, nous diviserons notre travail comme suit: définition de terme, méthodologie et échantillon, présentation et analyse des résultats quantitatifs et qualitatifs (analyse des contenus) dans le cadre des questions précédemment posées, synthèse et conclusion.

Définition de terme

Dans le titre de notre travail, nous utilisons l'expression "adaptation de soi" et non "adaptation" tout court. Ceci tient au caractère expérientiel de l'analyse menée ici. En effet dans nos travaux sur l'évolution du concept de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans (L'Ecuyer, 1978), nous nous sommes rendu compte de ceci: chaque fois que nous demandons aux personnes de se décrire telles qu'elles se perçoivent, une partie des descriptions obtenues a fréquemment trait à des éléments reliés à la façon de s'adapter par rapport à soi, aux autres et aux événements. Dans cette perspective, adaptation ne réfère donc pas à son caractère positif ou négatif vu de l'extérieur, mais traduit plutôt l'expérience de celui qui vit la situation à laquelle il doit s'adapter, plus spécifiquement l'expérience de celui qui se décrit tel qu'il se voit en situation d'adaptation; ceci, peu importe comment les autres interprètent ses attitudes ou réactions adaptatives, que ces autres soient médecins, psychologues, psychiatres, sociologues, travailleurs sociaux, infirmières, animateurs, etc.

Voilà pourquoi nous utilisons l'expression "adaptation de soi" pour référer à ce caractère éminemment expérientiel de celui qui vit l'expérience et nous la traduit à sa manière.

Méthodologie et échantillons

La méthode GPS (Genèse des Perceptions de Soi)

qui est utilisée ici consiste à demander aux personnes de se décrire telles qu'elles se perçoivent. De l'ensemble du matériel obtenu qui évalue les diverses facettes du concept de soi (L'Ecuyer, 1975, 1978), nous ne retenons pour la présente analyse que les éléments descriptifs qui réfèrent à l'aspect adaptatif, c'est-à-dire aux types d'actions, d'attitudes et de réflexions à caractère adaptatif signalés par les personnes âgées.

Les échantillons sont composés de personnes âgées de 60 à 100 ans en bonne santé physique et mentale. Pour chaque niveau d'âges (60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 ans), il y a entre 15 à 23 hommes et entre 10 à 25 femmes, sauf à 95 ans chez les hommes qui ne sont qu'au nombre de deux et à 100 ans où il n'y a que deux femmes et aucun homme.

Présentation et analyse des résultats

La présentation et l'analyse des résultats permettront de répondre progressivement aux différentes questions initialement posées.

A. Unicité ou polyvalence du système d'adaptation chez les personnes âgées

Tel que déjà signalé dans une publication antérieure (L'Ecuyer, 1978), l'analyse du matériel obtenu permet de dégager six grandes modalités différentes d'adaptation chez les personnes âgées entre 60 et 100 ans. Ces diverses modalités sont les suivantes:

1. Stratégies d'adaptation: cette modalité réfère à diverses façons de prendre la vie et de faire face à la réalité: acceptation, soumission, révolte.

2. Autonomie: à travers cette modalité, les personnes âgées expriment le désir de demeurer autonomes, leurs efforts pour qu'il en soit ainsi, de même que les gestes posés indiquant qu'elles se prennent en main.

3. Ambivalence: cette modalité réfère aux hésitations ou contradictions que la personne âgée éprouve face à elle-même, face à l'action à poser ou aux événements de la vie.

4. Dépendance: par cette modalité, la personne âgée réfère tantôt à l'obligation et tantôt au désir de dépendre des autres, qu'on s'occupe d'elle.

5. Actualisation: cette modalité traduit la sensation d'évolution positive, d'épanouissement personnel.

6. Style de vie: les personnes âgées expriment ici leur mode général de vie passée ou présente, les conditions dans lesquelles elles vivent ou ont vécu.

Le système d'adaptation des personnes âgées est donc polyvalent et comporte plusieurs modalités différentes pour faire face aux diverses situations. L'analyse de contenus mettra en lumière les différentes particularités plus spécifiques caractérisant chacune de ces modalités. Mais avant d'en arriver là, nous allons en considérer les variantes intersexes et l'aspect évolutionnel.

Tableau 1

Pourcentages d'hommes formulant des énoncés aux diverses modalités d'adaptation entre 60 et 95 ans

Ages / Modalités d'adaptation	60	65	70	75	80	85	90	95	% moyen[1]
Activités du Soi	60	68	63	67	61	53	53	100	60.70
Stratégie d'adapt.	53	42	38	33	39	20	20	100	35.00
Autonomie	27	21	38	33	30	27	33	0	29.80
Ambivalence	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Dépendance	7	11	13	7	17	27	13	0	13.57
Actualisation	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
Style de vie	27	21	19	33	4	20	7	0	18.71

1 Les pourcentages à 95 ans n'ont pas été calculés dans cette moyenne parce que ne reposant que sur deux sujets.

Tableau 2

Pourcentages de femmes formulant des énoncés aux diverses modalités d'adaptation entre 60 et 100 ans

Ages / Modalités d'adaptation	60	65	70	75	80	85	90	95	100	% moyen[1]
Activités du Soi	69	80	62	68	68	65	43	90	0	68.00
Stratégies d'adapt.	44	53	33	44	52	59	14	40	0	42.30
Autonomie	38	33	29	24	40	12	19	50	0	30.60
Ambivalence	6	7	5	0	0	0	0	20	0	4.75
Dépendance	0	7	10	12	20	12	14	20	0	11.88
Actualisation	0	7	0	4	0	0	0	0	0	1.38
Style de vie	13	33	19	28	16	12	14	30	0	20.63

1 Les pourcentages à 100 ans n'ont pas été calculés dans cette moyenne parce que ne reposant que sur deux sujets.

B. Système adaptatif général et spécificités intersexes

Un bref examen des résultats présentés aux tableaux 1 et 2 fait ressortir les particularités suivantes:

1. L'item "activités du soi", qui résume la proportion des personnes référant à l'une ou l'autre des six modalités d'adaptation, nous donne l'indication qu'en général hommes et femmes réfèrent globalement à peu près autant aux activités adaptatives entre 60 et 100 ans, à savoir: 60% des hommes et 68% des femmes. C'est la variation des références aux activités adaptatives d'un âge à l'autre qui diffère: les pourcentages d'hommes varient entre 53% et 68% comparativement à 43% et 90% chez les femmes (les pourcentages à 95 ans chez les hommes et à 100 ans chez les femmes ne sont pas considérés puisqu'ils ne reposent que sur deux sujets à chacun de ces échantillons). Les références aux différentes activités adaptatives sont donc globalement plus fluctuantes chez les femmes.

2. Hommes et femmes réfèrent également aux mêmes modalités d'adaptation, principalement à quatre d'entre elles et en des proportions très voisines entre hommes et femmes (cf. % moyens des tableaux 1 et 2): la dimension stratégie d'adaptation est respectivement utilisée par 35% d'hommes et 42.3% de femmes entre 60 et 100 ans, autonomie (H: 29.8%; F: 30.6%), style de vie (H: 18.7%; F: 20.6%) et dépendance (H: 13.6%; F: 11.9%). Quelques rares femmes formulent également quelques énoncés associés

aux dimensions ambivalence et actualisation de soi.

3. La consultation de ces mêmes tableaux 1 et 2 permet de plus de constater que l'ordre d'utilisation des quatre principales modalités d'adaptation est souvent le même chez les hommes et chez les femmes. Ainsi entre 60, 65, 70 et 75 ans, hommes et femmes font d'abord appel aux diverses stratégies d'adaptation, réfèrent ensuite aux aspects reliés à l'autonomie, puis au style de vie et enfin à la dépendance. Noter toutefois qu'à 75 ans les trois premières modalités enregistrent le même degré d'utilisation. A partir de 80 ans et plus, cet ordre commence à être modifié mais de façon légèrement différente selon le sexe. La modalité dépendance devient régulièrement plus utilisée que la modalité style de vie chez les hommes. Et c'est presque le cas chez les femmes où les pourcentages d'utilisation entre dépendance et style de vie deviennent identiques entre 80 et 90 ans. De même, à partir de 85 ans chez les hommes et de 90 ans chez les femmes, les références à l'autonomie deviennent plus nombreuses que celles reliées aux diverses stratégies d'adaptation.

Nous pouvons donc dire en gros que l'ordre initial d'utilisation des quatre principales modalités d'adaptation est stratégie d'adaptation, autonomie, style de vie et dépendance entre 60 et 75 ans tant chez les hommes que chez les femmes et qu'à partir de 80 ans cet ordre devient progressivement autonomie, stratégie d'adaptation, dépendance et style de vie chez l'homme et tend à le devenir chez la femme mais pas de façon aussi nette d'un âge à l'autre.

Ces diverses considérations en réponse aux questions précédentes laissent constamment transparaître la perspective d'évolution du système adaptatif chez les personnes âgées entre 60 et 100 ans. De plus, cette évolution ne serait pas nécessairement identique chez les hommes et les femmes en dépit des nombreuses similitudes. Les analyses qui vont suivre permettront de jeter plus de lumière sur ces aspects.

C. Fixité ou évolution des structures adaptatives

L'analyse plus détaillée des diverses fluctuations quant au degré d'utilisation des différentes modalités d'adaptation de même que le relevé des directions des courbes d'évolution entre 60 et 100 ans écartent toute tentative de réduire l'adaptation des personnes âgées au concept de fixité des structures d'adaptation.

1. Fluctuations d'un âge à l'autre. Nous avons déjà fait par le passé (L'Ecuyer, 1978) une analyse détaillée des variations du degré d'importance d'utilisation de chacune des modalités d'adaptation à chacun des âges entre 60 et 100 ans, comparaison hommes et femmes. Il n'est donc pas nécessaire de revenir là-dessus en détail. Rappelons simplement (en référant aux tableaux 1 et 2) les fluctuations parfois importantes des références aux diverses modalités d'adaptation entre 60 et 100 ans. Ainsi les pourcentages d'hommes et de femmes référant à la modalité stratégie d'adaptation varient beaucoup d'un âge à l'autre entre 60 et 100 ans, à savoir entre 20%

et 53% chez les hommes et entre 14% et 59% chez les femmes. A la modalité autonomie, ces pourcentages varient moins chez les hommes (entre 21% et 38%), mais beaucoup chez les femmes (entre 12% et 50%). Par contre les variations sont à peu près du même ordre à la modalité dépendance (entre 7% et 27% chez les hommes et entre 0% et 20% chez les femmes) ainsi qu'à la modalité stratégie d'adaptation (entre 4% et 33% chez les hommes et entre 12% et 33% chez les femmes). Les pourcentages de femmes référant aux modalités ambivalence et actualisation varient respectivement entre 0% et 20% d'une part et entre 0% et 7% d'autre part. Le lecteur se souvient que les hommes ne réfèrent pas à ces deux dernières modalités.

Ces diverses fluctuations d'un âge à l'autre indiquent clairement que le processus global d'adaptation n'est pas fixe chez les personnes âgées, mais qu'il se transforme, qu'il évolue chez les personnes âgées. Existerait-il donc une direction particulière à cette évolution? Voilà la question à laquelle nous nous arrêterons maintenant.

2. <u>Direction et orientation des courbes d'évolution du processus adaptatif et de ses diverses modalités</u>. Les analyses antérieures faites au point B-3 indiquaient que l'ordre d'utilisation des diverses modalités d'adaptation tendait à changer à partir de 80 ans. Nous y précisions alors le modèle adaptatif qui caractérisait le bloc des 60 à 75 ans et le nouveau modèle adaptatif que tendaient à adopter les personnes âgées de 80 ans et plus.

Ceci nous amène à nous demander si, au-delà de ces deux modèles adaptatifs globaux, il existe une direction particulière caractéristique de chacune de ces modalités adaptatives au cours de ces 40 dernières années de vie. Ce questionnement vient des théories régulièrement opposées et favorisant tantôt le déclin, tantôt le maintien et/ou la fixité, et tantôt enfin l'accroissement des capacités d'adaptation chez les personnes âgées.

Pour ce faire, nous allons diviser la période du vieillissement en deux: la première moitié regroupant les personnes âgées de 60, 65, 70 et 75 ans; et la seconde comprenant les personnes âgées de 80 ans et plus (tableau 3). Il est alors possible de déterminer l'orientation des courbes de développement entre ces deux étapes par comparaison des pourcentages d'utilisation de chacune des modalités d'adaptation d'une étape à l'autre. Nous référerons au besoin aux pourcentages détaillés des tableaux 1 et 2 afin de nuancer le cas échéant. Le lecteur peut également consulter les figures 1 et 2 pour obtenir une perception visualisée de ces directions évolutionnelles.

1- Chez les hommes d'abord, et en ne tenant pas compte des modalités ambivalence et actualisation de soi qui ne sont pas utilisées, les constatations sont les suivantes (cf. tableau 3):

a- Dans l'ensemble, le recours aux diverses modalités d'adaptation enregistre une légère baisse chez les 80 ans et plus. Ceci apparaît à l'item activités du soi qui reflète le recours global à l'une ou

Tableau 3

Pourcentages d'hommes et de femmes répartis aux différentes modalités d'adaptation selon deux groupes d'âges: les 60-75 ans et les 80 +

	H		F	
Activités du Soi	64.50	55.67	69.75	66.50
Stratégie d'adaptation	41.50	26.33	43.50	41.25
Autonomie	29.75	30.00	31.00	30.25
Ambivalence	0.00	0.00	4.50	5.00
Dépendance	9.50	19.00	7.25	16.50
Actualisation	0.00	0.00	2.75	0.00
Style de vie	25.00	10.33	23.25	18.00

l'autre des modalités adaptatives. Il ne s'agit bien sûr que d'une tendance puisque la diminution n'est que de 8.83%.

b- Par contre le recours aux modalités stratégie d'adaptation et style de vie diminue de façon beaucoup plus importante pour passer respectivement de 41.50% à 26.33% et de 25% à 10.33%. Cette orientation décroissante est très nette pour stratégie d'adaptation et plus fluctuante à la modalité style de vie particulièrement à 80 ans et plus (cf. tableau 1). La transposition graphique fait ressortir ce fait avec beaucoup plus d'évidence (Fig. 1).

c- Inversement les références à la modalité dépendance doublent chez les 80 ans et plus pour passer de 9.5% à 19% illustrant ainsi une direction croissante (Fig. 1).

d- Seuls les pourcentages de références à l'autonomie demeurent identiques, à 30%, au cours de ces deux étapes. Cela ne signifie toutefois pas qu'il ne s'y est rien passé. La consultation du tableau 1 de même que de la figure 1 montre effectivement une diminution entre 60 et 65 ans. La perception de soi à ce niveau a donc subi des fluctuations en dépit des apparences.

2- Chez les femmes, la consultation des tableaux 2 et 3 ainsi que de la figure 2 fournit les indications suivantes:

a- Le recours global aux diverses modalités d'adaptation, tel que révélé par l'item activités de soi, est sensiblement le même entre ces deux étapes: 69.75% par rapport à 66.50% (cf. tableau 3). Cette

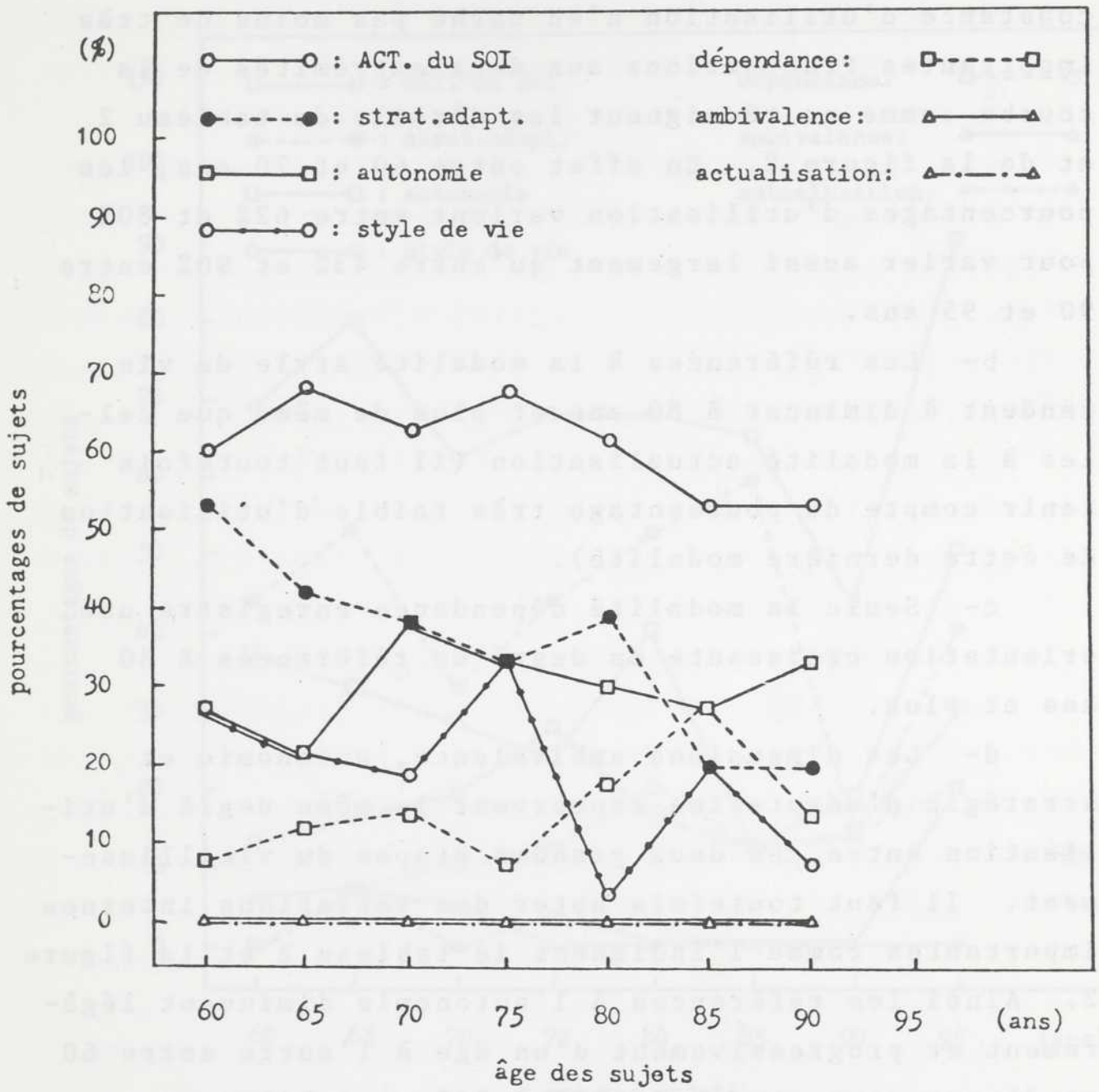


Fig. 1 - Evolution des diverses modalités d'adaptation de soi chez les hommes âgés de 60 à 90 ans.

constance d'utilisation n'en cache pas moins de très importantes fluctuations aux deux extrémités de la courbe comme en témoignent les détails du tableau 2 et de la figure 2. En effet entre 60 et 70 ans, les pourcentages d'utilisation varient entre 62% et 80% pour varier aussi largement qu'entre 43% et 90% entre 90 et 95 ans.

b- Les références à la modalité style de vie tendent à diminuer à 80 ans et plus de même que celles à la modalité actualisation (il faut toutefois tenir compte du pourcentage très faible d'utilisation de cette dernière modalité).

c- Seule la modalité dépendance enregistre une orientation croissante du degré de références à 80 ans et plus.

d- Les dimensions ambivalence, autonomie et stratégie d'adaptation conservent le même degré d'utilisation entre ces deux grandes étapes du vieillissement. Il faut toutefois noter des variations internes importantes comme l'indiquent le tableau 2 et la figure 2. Ainsi les références à l'autonomie diminuent légèrement et progressivement d'un âge à l'autre entre 60 et 75 ans pour passer de 38% à 24% et subit au contraire d'importantes fluctuations chez les 80 ans et plus: 40% à 80 ans, 12% à 85 ans, 19% à 90 ans et 50% à 95 ans. Tout n'est donc pas aussi simple et calme. Il en est également ainsi pour la modalité stratégie d'adaptation dont les variations se situent entre 33% et 53% pour la première étape (de 60 à 75 ans) et s'étalent plutôt entre 14% et 59% durant la période de 80 ans et plus.

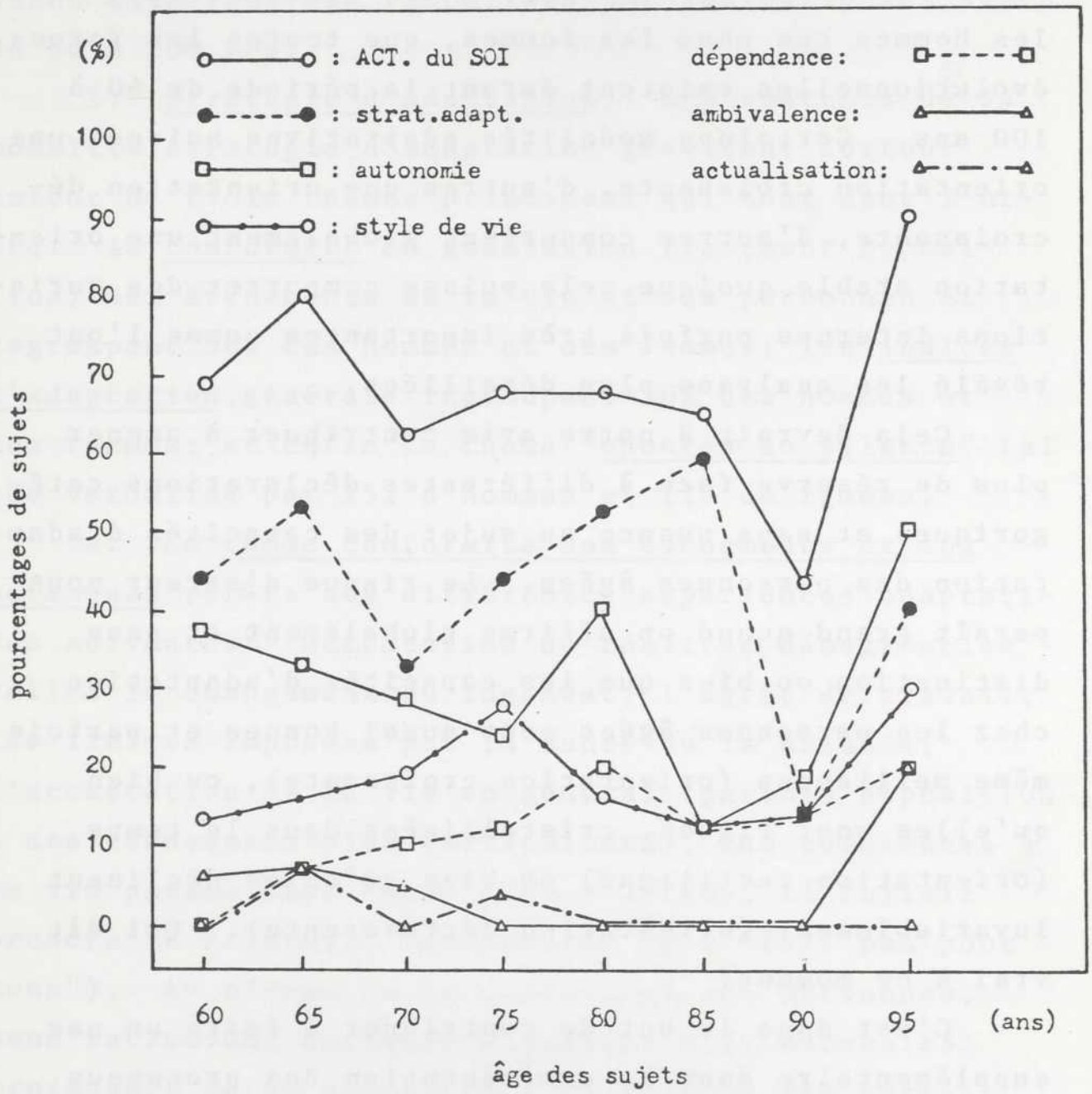


Fig. 2 - Evolution des diverses modalités d'adaptation de soi chez les femmes âgées de 60 à 95 ans.

Cette analyse a donc permis d'établir, tant chez les hommes que chez les femmes, que toutes les formes évolutionnelles existent durant la période de 60 à 100 ans. Certaines modalités adaptatives suivent une orientation croissante, d'autres une orientation décroissante, d'autres conservent globalement une orientation stable quoique cela puisse comporter des variations internes parfois très importantes comme l'ont révélé les analyses plus détaillées.

Cela devrait à notre avis contribuer à amener plus de réserve face à différentes déclarations catégoriques et sans nuance au sujet des capacités d'adaptation des personnes âgées. Le risque d'erreur nous paraît grand quand on affirme globalement et sans distinction ou bien que les capacités d'adaptation chez les personnes âgées sont aussi bonnes et parfois même meilleures (orientation croissante), ou bien qu'elles sont figées, cristallisées dans le temps (orientation rectiligne) ou bien qu'elles déclinent invariablement (orientation décroissante). Qui dit vrai à ce moment?

C'est dans le but de contribuer à faire un pas supplémentaire dans la compréhension des processus adaptatifs qu'il nous semble à ce moment utile de recourir à l'analyse des contenus expérientiels sur lesquels portent les différentes modalités adaptatives.

D. Contenus expérientiels

Dans cette partie nous reprendrons chacune des modalités d'adaptation pour y résumer les principaux

vécus expérientiels verbalisés par les personnes âgées de 60 à 100 ans.

1. Stratégie d'adaptation. Les contenus de la modalité stratégie d'adaptation gravitent surtout autour de trois thèmes principaux qui sont dans l'ordre: la conformité ou soumission (rarement opposition) aux événements de la vie et aux personnes et regroupant 50% des hommes et des femmes; les indices d'adaptation générale regroupant 30% des hommes et des femmes; et enfin le thème "endurer en silence" tel que verbalisé par 15% d'hommes et 11% de femmes.

a. Le thème conformité aux événements et aux personnes réfère aux différentes expériences adaptatives suivantes: acceptation de réalités désagréables telles le changement de logement, l'arrêt de travail, les limites imposées par la santé ou la maladie; l'acceptation de la vie en général (parfois opposition à des événements plus particuliers), les références à la vie passée sans choix ("Nous autres, il fallait prendre la relève; l'instruction ce n'était pas pour nous"). Au niveau de la conformité aux personnes, nous retrouvons quelques allusions à la nécessité croissante de se soumettre à la volonté des autres. Quelques femmes y mentionnent clairement la domination pure et simple, l'obligation de se soumettre entièrement à la volonté du père dans leur jeunesse et à la religion.

b. Le thème indices d'adaptation générale réfère aux différents types suivants d'expériences adaptatives:

- les diverses façons de prendre la vie: en riant, du bon côté, comme elle vient, avec ses hauts et ses bas. Ce sont plutôt les hommes qui s'expriment ainsi et avant 80 ans. Au-delà de cet âge, ils n'en parlent plus;

- les femmes signalent plutôt les différentes situations qu'elles ont dû surmonter pour maintenir leur adaptation et parfois la façon de s'y prendre: difficultés d'adaptation au décès du mari, à divers changements importants dans leur vie (tel le changement de foyer); elles parlent également des différentes façons d'occuper leur temps pour rester adaptées. A 80 ans et plus, nous retrouvons également chez les femmes des allusions liées à l'obligation de s'adapter socialement en foyer: certaines se sentent forcées.

c. Enfin, le thème "endurer en silence" parle de lui-même. Cela s'applique à diverses situations: à la vie en foyer, à la vie conjugale, à la retraite, à la maladie, à l'isolement, à l'ingratitude des enfants, etc.

Il est par ailleurs intéressant de noter que si, globalement, hommes et femmes utilisent le même nombre de stratégies adaptatives entre 60 et 75 ans, il n'en va plus de même à 80 ans et plus: les femmes continuent d'utiliser autant de variétés de stratégies adaptatives, alors que chez les hommes cela diminue de moitié. Il y aurait donc une sorte de diminution, de rétrécissement de la polyvalence adaptative chez l'homme comparativement à la femme au-delà de 80 ans.

2. Autonomie. La modalité autonomie réfère à divers types d'expériences pouvant être ramenés également à trois thèmes principaux: les références à la liberté, les références à diverses initiatives et enfin les efforts personnels.

a. Le thème principal est celui des références à la conservation de la liberté (44% des hommes et 64% des femmes). Chez les hommes cela se vit quotidiennement surtout par le souci de s'"organiser pour ne pas avoir besoin d'aide". Chez les femmes cela est manifesté tantôt par des désirs, tantôt par des gestes posés pour qu'il en soit ainsi par rapport aux aspects suivants: liberté financière, liberté d'action et de pensée, liberté d'organiser personnellement leur vie, liberté dans le choix des amies et enfin liberté antérieure dans le choix de leur carrière et de leur conjoint.

b. Le second thème est celui des initiatives passées, parfois courageuses, pour surmonter les difficultés de la vie. Ce thème est d'égale importance que le précédent pour les hommes (40%), mais d'importance beaucoup moindre pour les femmes (25%). Les expériences relatées ici sont liées à la vie dure, aux "tours de force" réalisés afin d'assurer l'éducation des enfants, à la prise volontaire de la retraite et au changement volontaire de foyer.

c. Le troisième thème peut être qualifié d'efforts personnels pour maintenir ou promouvoir son adaptation et est directement verbalisé par 10% d'hommes et par autant de femmes: efforts pour être heureux,

pour rester en contact avec ce qui se passe autour de soi, pour s'améliorer personnellement et pour être sociable. Une personne seulement fait allusion à la préparation de sa mort.

Encore ici, l'éventail global des activités autonomes, sensiblement égal chez les hommes et les femmes entre 60 et 75 ans, est lui aussi plus grand chez les femmes de 80 ans et plus.

3. Dépendance. La modalité dépendance comporte elle aussi trois thèmes principaux en termes d'expériences de vie: la reconnaissance du fait d'être dépendant, les références au fait de recevoir de l'assistance et des soins et les allusions au fait de n'être plus maître de sa vie.

a. La reconnaissance de dépendance est signalée de diverses façons. C'est d'abord la reconnaissance de dépendance à l'égard de la femme, du mari ou des enfants (verbalisée par 57% des hommes et par 20% seulement des femmes qui formulent des choses au niveau de la dépendance). Il y a également reconnaissance de dépendance vis-à-vis d'autres: Dieu, le médecin, les Clubs de l'Age d'Or et le gouvernement (29% d'hommes et 20% de femmes). Enfin, chez les femmes, nous retrouvons 10% d'entre elles déclarant désirer être dépendantes et un autre 10% précisant avoir besoin des autres face aux difficultés de la vie.

b. Au-delà du sentiment de dépendance tel quel précédemment décrit, il y a aussi le thème des références soit à l'assistance reçue lors de maladies ou aux soins actuellement reçus particulièrement par ceux

qui vivent en foyer. Cela est dit dans le sens d'une autre forme de perception de dépendance mais à un degré moindre que précédemment et est verbalisé chez ces personnes par 14% des hommes et 20% des femmes.

c. Enfin quelques femmes de 85 ans et plus ajoutent un troisième thème à ce sentiment global de dépendance: celui de ne plus se sentir maître de sa vie, de voir sa vie désormais dirigée par les autres.

Nous rappelons ici que ce sentiment de dépendance est deux fois plus élevé chez les personnes âgées de 80 ans et plus que chez celles âgées entre 60 et 75 ans.

4. Style de vie. Les références au style de vie sont verbalisées de quatre manières: les allusions au rythme de vie, les références aux conditions de vie, celles reliées à la façon générale de vivre et les besoins d'action.

a. Le thème rythme de vie est caractérisé par des descriptions faisant état de la manière dont la vie passée ou présente a été ou est vécue: vie calme, tranquille, mouvementée, plate, triste, remplie, personnelle. Ce thème est abordé par 50% des hommes et 59% des femmes qui, dans leur description, font référence au style de vie.

b. Le thème conditions de vie fait plutôt ressortir les conditions dans lesquelles la vie a été vécue: vie difficile ou facile, vie remplie de changements brusques, vie marquée par la transition importante entre deux états différents de vie, à savoir celui de la jeunesse antérieure et celui de la vieillesse ac-

tuelle. Ce sont toutes des circonstances ou situations dans lesquelles on sent que des efforts importants d'adaptation ont dû être faits, sauf dans les circonstances (rares, il va sans dire) où la vie a été décrite comme facile. Ce thème regroupe 36% des hommes et 19% des femmes.

c. Le thème façon de vivre se rapproche fortement de l'un des indices d'adaptation sous la modalité stratégie d'adaptation (prendre la vie du bon côté, etc.). La différence vient de ce qu'ici les personnes concernées peuvent s'arrêter pour décrire assez longuement pourquoi et comment elles s'y prennent pour prendre la vie du bon côté, vivre au jour le jour, etc. Ce thème se retrouve chez 14% d'hommes et 15% de femmes à l'intérieur de cette modalité style de vie.

d. Enfin 7% de femmes ajoutent un quatrième thème, celui du besoin d'action (ou d'activités) pour demeurer alertes et être heureuses.

5. Ambivalence. La modalité ambivalence, verbalisée chez quelques femmes seulement (à 60, 65, 70 et 95 ans), traduit différents types d'hésitation et de doute soit dans des situations globales d'abord (face à l'éducation des enfants, inquiétudes face à la mort ou sur la valeur de ses opinions), soit dans des situations très factuelles à d'autres moments: difficultés à se retrouver et à prendre ses décisions au moment du décès du mari, hésitations entre garder sa maison ou vivre en foyer, etc.

6. Actualisation. Nous ne retrouvons que deux femmes référant à cette forme d'adaptation. L'une (à

65 ans) révèle s'être transformée en travaillant sur ses complexes. L'autre (à 75 ans) dit être heureuse de vieillir.

Parmi les principales constatations qui se dégagent de ces différentes analyses de contenus, nous retenons les suivantes:

a- Dans l'expérience quotidienne de vie, chacune des diverses modalités d'adaptation est vécue par rapport à un ou plusieurs thèmes différents qu'il conviendrait d'appeler les thèmes expérientiels d'adaptation. Ces thèmes expérientiels réfèrent aux diverses sphères de la vie adaptative, aux nombreuses façons de percevoir ces réalités, d'y vibrer, de les vivre et d'y réagir psychologiquement.

b- Ces divers thèmes expérientiels d'adaptation sont très souvent les mêmes chez les hommes et chez les femmes, quoique pas toujours; de plus ces thèmes se situent assez fréquemment à des niveaux différents d'importance.

c- Les différences de niveau d'importance de ces thèmes expérientiels d'adaptation peuvent varier tantôt selon l'âge, tantôt selon le sexe, tantôt selon les deux à la fois.

d- Enfin, au-delà de 80 ans, il y aurait chez l'homme une diminution de la polyvalence adaptative comparativement à la femme et une plus grande capacité d'autonomie chez celle-ci comparativement à l'homme.

Résumé et conclusion

La présente recherche avait pour but d'étudier l'adaptation de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans, comparaison hommes-femmes, en bonne santé physique et mentale.

Les différentes formes d'analyse de résultats permettent de dégager:

1- Qu'il existe plusieurs modalités d'adaptation chez les personnes âgées et qu'en ce sens il faut parler d'un véritable système polyvalent d'adaptation composé d'au moins six modalités distinctes à savoir: stratégies d'adaptation, autonomie, style de vie, dépendance, ambivalence et actualisation.

2- Que ce système adaptatif gravite principalement autour de quatre modalités principales qui sont: stratégie d'adaptation, autonomie, style de vie et dépendance. Les modalités ambivalence et actualisation n'ont été relevées que chez les femmes, mais chez si peu d'entre elles, qu'il n'est pas possible d'affirmer qu'il s'agit là d'une caractéristique qui leur est spécifique.

3- Que ce système adaptatif n'est pas figé dans le temps, mais au contraire qu'il évolue de façon très caractéristique. En effet le système adaptatif tend à évoluer sous la forme de deux modèles distincts selon le degré d'importance d'utilisation des diverses modalités adaptatives.

4- Que le premier modèle adaptatif caractérise les personnes âgées de 60 à 75 ans qui font appel aux diverses modalités adaptatives dans l'ordre suivant:

stratégies d'adaptation, autonomie, style de vie et dépendance.

5- Qu'à partir de 80 et plus, ce modèle adaptatif initial tend à se transformer en un second modèle adaptatif orienté vers les priorités suivantes: autonomie, stratégies d'adaptation, dépendance et style de vie.

6- Que cette évolution du système adaptatif ne peut être interprétée dans les termes des théories se voulant trop souvent mutuellement exclusives: théorie de la croissance des capacités d'adaptation, théorie de la fixité de ces capacités, théorie de la décroissance ou de la régression des capacités d'adaptation. En réalité l'étude des courbes évolutionnelles révèle la présence simultanée des trois types d'orientation (croissance, stabilité, décroissance), dépendamment des modalités adaptatives en cause. Ces faits observés ici mettent de nouveau en évidence la supériorité des modèles multidimensionnels d'analyse par rapport aux modèles unitaires dans l'étude du développement, comme le suggère Schaie (1973).

7- Qu'il est tout aussi hasardeux de parler de systèmes adaptatifs spécifiques au sexe que d'un système général qui soit le même chez les hommes et chez les femmes. Les résultats ne permettent pas d'être affirmatif ni dans un sens ni dans l'autre. La réalité se situe vraisemblablement à mi-chemin entre ces deux extrêmes, à savoir: un tronçon commun aux deux sexes, accompagné de variantes éventuellement spécifiques aux sexes. Les résultats suivants plaident en effet en faveur d'un tronçon commun: les quatre

grandes modalités de base sont les mêmes chez les hommes et chez les femmes, de même que le modèle adaptatif initial entre 60 et 75 ans qui tend à se transformer de la même manière au-delà de 80 ans et plus. De plus les divers thèmes (analyse de contenus) sont souvent les mêmes. Par ailleurs l'existence de variantes spécifiques au sexe est fondée sur les particularités suivantes: les modalités ambivalence et actualisation n'ont pour le moment été retrouvées que chez les femmes; de plus, même si les divers thèmes de chacune des modalités d'adaptation (analyse de contenus) sont souvent les mêmes chez les hommes et les femmes, ils ne le sont pas tous et les proportions de références à ces thèmes expérientiels sont, quant à elles, souvent différentes.

8- Que les résultats font également ressortir quelques autres particularités fort intéressantes. Ainsi, la modalité dépendance double d'importance à partir de 80 ans tant chez les hommes que chez les femmes; le système adaptatif des hommes paraît être beaucoup moins polyvalent que celui des femmes après 80 ans; cinq des six modalités d'adaptation présentent une courbe à orientation nettement croissante entre 90 et 95 ans (cf. fig. 2) et nous n'avons aucune idée pourquoi.

Au terme de cette analyse et conformément à l'objectif initialement fixé, nous nous refusons toujours à nous prononcer quant à savoir si les personnes âgées sont adaptées ou non. La réponse à une telle question restera à notre avis longtemps bien aléatoire

parce que trop souvent soumise à des sytèmes de valeurs inhérents à ceux qui posent le jugement et étrangers aux personnes âgées elles-mêmes. Lorsque amorcée en termes positifs versus négatifs, la question d'adaptation chez les personnes âgées doit alors toujours être suivie d'au moins deux autres questions: adaptation par rapport à qui? adaptation par rapport à quoi? Ainsi, par exemple, devrait-on interpréter négativement le fait ici observé que la modalité dépendance double à 80 ans et plus? La réponse pourrait être "oui" de la part de ceux qui s'occupent des personnes âgées (c'est le "par rapport à qui?"). Si l'on se place du point de vue de la personne âgée, la réponse peut varier: c'est "oui" si la personne âgée, capable d'être autonome, est délibérément dépendante; c'est "non" si la personne âgée, de plus en plus consciente de ses limites au-delà de 80 ans, parvient à faire le point, à accepter de ne plus être aussi autonome, à accepter de percevoir une dépendance grandissante et du même coup à accepter qu'on s'occupe d'elle pour son plus grand bien (c'est le "par rapport à quoi?"). Et alors la personne âgée, en dépit d'une dépendance grandissante, est adaptée. Ces considérations rejoignent à notre avis celles antérieurement formulées par Fiske-Lowenthal et Chiriboga (1973).

Aussi, il nous semble que nous comprendrons mieux l'adaptation des personnes âgées dans la mesure où nous éviterons d'interpréter (sinon de juger) les résultats en termes d'adaptation-mésadaptation pour

étudier plutôt les processus d'adaptation qui caractérisent ces personnes.

Dans l'immédiat les présents résultats nous mettent en présence d'un système adaptatif polyvalent et en évolution entre 60 et 100 ans. Il serait maintenant instructif, et vraisemblablement très utile, de mieux connaître et comprendre les processus à l'origine de l'établissement du modèle adaptatif initial (de 60 à 75 ans) ainsi que les mécanismes régissant la transformation de ce modèle initial en un second à 80 ans et plus.

Références

FISKE LOWENTHAL, Marjorie, CHIRIBOGA, D. (1973). Social stress and adaptation: toward a life-course perspective, in C. Eisdorfer et M. Powell Lawton (Ed.): The psychology of adult development and aging (pp. 281-310). Washington, D.C.: The American Psychological Association, 1973.

L'ECUYER, R. (1975). La genèse du concept de soi: théorie et recherches. Sherbrooke: Naaman.

L'ECUYER, R. (1978). Le concept de soi. Paris: Presses universitaires de France.

SCHAIE, K.W. (1973). Developmental process and aging, in C. Eisdorfer et M. Powell Lawton (Ed.): The psychology of adult developnent and aging (pp. 151-156). Washington, D.C.: The American Psychological Association, 1973.

Vieillissement différentiel et environnement socio-culturel

Normand Laplante et Francis Forest, Département d'anthropologie et Ursula Forest Streit, Département de psychiatrie, Université de Montréal.

Introduction

Les aspects se rattachant au domaine de la santé représentent un centre d'intérêt croissant dans la société moderne. Généralement les niveaux de santé sont estimés à partir de différents évaluateurs de maladies ou de fonctionnement physiologique. Selon les niveaux considérés, l'état de santé des individus peut se situer le long d'un continuum santé - maladie dont la variation représente tous les écarts possibles. Il devient possible d'estimer autant de niveaux de santé qu'il y a de systèmes physiologiques. Par contre, un indicateur global de la santé pourrait fournir des informations supplémentaires au cumul des indices par système.

La majorité des fonctions physiologiques subissent des modifications plus ou moins importantes avec l'augmentation en âge. Un rendement physiologique considéré comme possiblement pathologique pour un âge donné sera jugé tout à fait normal pour un autre âge.

Les taux de changements de ces fonctions physiologiques peuvent varier selon les systèmes considérés et selon les individus. Ainsi au niveau physiologique, les individus ne vieillissent pas tous au même rythme. L'âge physiologique d'un individu peut être estimé à partir des diverses variables physiologiques. L'écart entre l'âge physiologique et l'âge chronologique représente le vieillissement différentiel. Le vieillissement différentiel constitue un processus qui peut être initié dès le jeune âge et ne représente nullement une particularité des personnes âgées. Ce vieillissement différentiel peut servir d'indicateur général de l'état de santé. Les individus les plus survieillis présenteront le bilan le plus négatif au niveau de la santé. Par contre, un excellent état de santé se traduira par un sous-vieillissement ou processus de vieillissement ralenti.

Les différences dans le rythme de vieillissement peuvent s'expliquer par la présence et l'interaction de deux sources importantes de variation: l'hérédité et l'environnement. C'est ce deuxième aspect qui nous intéresse plus particulièrement car notre étude porte sur les influences de divers facteurs de l'environnement comme sources de variation du vieillissement différentiel.

Population étudiée

Les données analysées proviennent de deux enquêtes principales effectuées auprès du milieu industriel. La première est constituée de 1053 employés masculins

de 44 entreprises industrielles du nord-est de la Suisse. Cette étude constitue une banque de données particulièrement riche, autant au niveau des évaluateurs de santé qu'à celui de l'environnement. L'échantillon est représentatif de la population étudiée et a été examiné de 1971 à 1977 (Forest F., 1975).

La deuxième source d'information provient d'une enquête effectuée entre 1977 et 1978 dans une importante usine métallurgique de la région de Sorel. Environ 3000 travailleurs masculins constituent l'ensemble de la population de cette usine. Tous les travailleurs de l'usine ont été examinés pour fournir les informations tant au niveau des composantes de la santé qu'à celui des facteurs de l'environnement (Auger F., Forest F., Bastarache F., 1979). Cependant, cette banque de données ne se veut nullement représentative de la population dans son ensemble, ni même de la population industrielle. Par contre, nous avons pu constituer un sous-échantillon présentant une répartition par classes d'âge et catégories professionnelles proportionnelle à la répartition du Québec dans son ensemble. L'indicateur de vieillissement différentiel sera calculé à partir de ce sous-échantillon.

Il ne saurait être question de comparer directement les deux populations étudiées. Par contre, il est possible de tirer de ces deux études des tendances indicatrices d'orientations générales dans les influences de l'environnement sur la santé.

Le vieillissement différentiel

Pour évaluer la santé, les auteurs utilisent fréquemment toute une multitude d'indicateurs de fonctionnement physiologique ou des indicateurs de pathologies. Il est possible de considérer autant d'indicateurs de santé qu'il y a de systèmes physiologiques. Cependant, cette sommation d'indicateurs ne saurait fournir une image globale de la santé. Pour avoir une représentation adéquate de la santé, il faudrait un indicateur global signifiant plus que cette sommation de fonctionnement par système.

Nous avons utilisé la technique d'analyse en composantes principales qui permet d'étudier la nature des intercorrélations entre un ensemble de variables. Cette méthode d'analyse suppose l'existence de facteurs sous-jacents expliquant la nature des corrélations liant les variables. Il est possible de calculer autant de facteurs qu'il y a de variables analysées. Cependant, les facteurs se présentent dans un ordre décroissant d'importance. Le premier facteur explique la plus forte proportion des corrélations entre les variables étudiées. Le second facteur explique la plus forte proportion de la variation résiduelle, et ainsi de suite. Ainsi, les différents indicateurs physiologiques présentent entre eux des corrélations qui peuvent être plus ou moins importantes. L'analyse en composantes principale permet de dégager un premier facteur expliquant la plus grande partie de la configuration de ces corrélations.

Les résultats obtenus pour l'échantillon suisse

sont représentés au Tableau 1. La première colonne indique les variables soumises à l'analyse. La seconde colonne donne l'importance des liens que présente chaque variable avec ce premier facteur, soit les coefficients factoriels. Ces coefficients factoriels permettent d'identifier la nature de ce premier facteur. Toutes les variables ayant un coefficient positif se rapportent aux variables dont un résultat élevé indique un état moins satisfaisant au niveau de la santé. Inversement, les coefficients factoriels négatifs réfèrent à des variables dont un résultat élevé indique un état satisfaisant au niveau de la santé. Les individus qui obtiennent un score factoriel élevé sont ceux qui obtiennent des résultats moins bons que la moyenne pour une majorité de variables; c'est-à-dire un résultat élevé pour les variables à coefficient factoriel positif et un résultat faible pour les variables à coefficient négatif. Inversement, les individus qui obtiennent un score factoriel faible sont ceux qui présentent pour l'ensemble des systèmes un résultat préférable à la moyenne. Une deuxième constatation concerne les corrélations entre les variables considérées et l'âge chronologique. De façon générale, les variables les plus importantes sur le premier facteur sont les variables les plus fortement correlées avec l'âge. Le signe de ces corrélations va dans le sens des coefficients factoriels. Cette association permet d'identifier ce premier facteur et de l'interpréter en terme de vieillissement physio-pathologique. Ainsi les individus les plus âgés obtiendront en moyenne un

score factoriel plus élevé tandis que les plus jeunes présenteront un score factoriel plus faible. La corrélation entre le score factoriel et l'âge est d'ailleurs de l'ordre de 0,90. Le vieillissement physiologique apparaît donc comme le facteur présentant le maximum d'explications dans ces associations entre systèmes physiologiques. Par la prise en considération simultanée d'un grand nombre d'indicateurs physiologiques et de leurs interactions, il devient possible de dépasser la simple addition d'indicateurs par système.

Pour être complet, un indice de vieillissement physiologique doit être calculé à partir du plus grand nombre de systèmes physiologiques possibles. De plus, il convient de choisir des variables corrélées avec l'âge chronologique et représentant des éléments d'informations supplémentaires aux autres variables considérées. Le Tableau 2 représente la liste des variables ayant servi au calcul du vieillissement physiologique pour l'échantillon de Sorel. On observe des résultats comparables à l'analyse précédente effectuée sur l'échantillon suisse.

Le calcul de l'âge physiologique des individus devient particulièrement intéressant lorsqu'il est comparé à l'âge chronologique de ces mêmes sujets. L'écart entre l'âge physiologique et l'âge chronologique représente le vieillissement différentiel. Un écart positif représente un sur-vieillissement physiologique, tandis que dans le cas d'un écart négatif on peut parler de sous-vieillissement physiologique. Cet indicateur global, le vieillissement différentiel, peut

servir d'indicateur global de l'état de santé. Dans nos deux échantillons, les catégories extrêmes de la stratification sociale présentent des différences importantes en matière de vieillissement. Ainsi, les travailleurs manuels présentent un sur-vieillissement par rapport au personnel cadre. Cet écart est de l'ordre de 5,5 ans dans l'échantillon suisse, tandis qu'il est un peu moindre dans l'échantillon de Sorel, soit environ 4 années. Les différents indicateurs environnementaux peuvent, du moins en partie, expliquer cette différence. C'est ainsi qu'il devient possible d'associer les facteurs de l'environnement aux diverses variations du vieillissement différentiel et à l'aspect de la santé qu'il représente.

Facteurs de l'environnement

Notre principal objectif demeure la recherche des sources environnementales pouvant affecter la variation de la santé, représentée par l'indice de vieillissement différentiel. Il n'est pas facile de définir et de mesurer cet environnement. Un modèle global de l'environnement doit tenir compte de l'origine et de l'histoire vécue des individus, de l'histoire présente, de l'environnement matériel et socio-culturel. Le choix des variables opératoires servant à décrire l'environnement peut se faire sur la base des connaissances actuelles dans le domaine de la santé et du vieillissement. Ce choix peut également se fonder sur l'hypothèse de la possible intervention d'un facteur de l'environnement sur la santé. Le Tableau 3 repré-

sente le modèle d'environnement concernant l'échantillon de Sorel. Pour les fins de l'analyse subséquente, chaque variable se divise en deux à six niveaux. Il est bien évident que certaines variables peuvent ne représenter qu'assez mal les concepts qu'elles prétendent mesurer. Néanmoins, un tel modèle permet de considérer simultanément les effets de plusieurs facteurs de l'environnement.

Résultats de l'analyse

La méthode d'analyse utilisée consiste en une analyse de variance multiple basée sur la régression multiple. L'analyse de variance multiple constitue une méthode d'analyse permettant d'estimer la contribution de plusieurs critères à la variation d'une variable dépendante. De plus, l'effet de chaque critère ou facteur de l'environnement se trouve ajusté pour l'ensemble des autres critères du modèle. Le Tableau 4 présente les résultats de l'analyse pour l'échantillon de Sorel. Les deux premières colonnes du tableau indiquent les douze groupes de facteurs et leurs contributions à la variation du vieillissement différentiel. Cette contribution est exprimée sous la forme de R^2 calculés en pourcentage. Le R^2 donne la proportion de la variance liée au groupe de facteurs. Il est à noter que les différents R^2 ne sont pas directement comparables puisque les groupes sont constitués d'un nombre de facteurs variables. L'ordre des groupes de facteurs se base non pas sur le R^2, mais sur la probabilité associée à chacun de

ces R^2. Les deux dernières colonnes du tableau donnent, à l'intérieur de chaque groupe, les niveaux les plus associés au sur-vieillissement ainsi que le R^2 du facteur de l'environnement en question.

Les facteurs représentant la morphologie et les habitudes de vie demeurent les plus liés à la variation du vieillissement différentiel. Ces effets vont dans le sens des connaissances actuelles en matière de santé.

Les autres groupes de facteurs les plus importants concernent le monde du travail; soit les facteurs de l'environnement physique au travail et les facteurs psychologiques extrinsèques. Pour une population d'une entreprise industrielle, il n'est pas surprenant de constater l'importance des facteurs de l'environnement au travail dans la variation de la santé. D'ailleurs, malgré l'ajustement pour les autres critères du modèle, l'écart dans le vieillissement différentiel entre catégories professionnelles demeure de 2 ans en faveur des cadres. Il est probable que pour l'échantillon de Sorel, les facteurs servant à décrire le milieu de travail demeurent trop incomplets. L'écart entre catégories professionnelles s'expliquerait par d'autres facteurs non retenus dans le modèle. Malheureusement, le protocole de Sorel ne peut fournir ces facteurs supplémentaires.

Une première analyse donnait des résultats comparables pour l'échantillon suisse. La profession et la stratification sociale se sont avérées très importantes au niveau de la variation de l'indice de vieillissement. Le protocole suisse renfermant suffisamment

d'informations, un modèle plus complet de l'environnement au travail a pu être constitué. Le Tableau 5 représente l'ensemble des variables servant à décrire plus spécifiquement le monde du travail. Le modèle comporte trois groupes de concepts, les facteurs intrinsèques, les facteurs extrinsèques matériels et les facteurs extrinsèques sociaux. Ces trois groupes se subdivisent en dix concepts, chacun étant représenté par une ou plusieurs variables opératoires. Encore une fois, il est possible que certaines variables ne représentent pas tout le concept qu'elles servent à décrire.

Le modèle final soumis à l'analyse de la variation de l'indice de vieillissement différentiel comprend les variables du Tableau 5 plus une sélection de facteurs représentant l'environnement à l'extérieur du travail, pour un total de 57 prédicats. La méthode d'analyse utilisée est la régression multiple.

Il est fort possible que les grandes catégories professionnelles présentent des associations avec l'environnement qui soient différentes. Dans un tel cas, une analyse effectuée sur l'ensemble des individus révèlerait des contributions moins importantes pour certains critères. Il est effectivement possible que les déviations par rapport à la moyenne, pour un groupe professionnel, soient cachées par des déviations en sens inverse pour un autre groupe. Aussi, pour la suite des analyses, les deux grands groupes professionnels, cols bleus et cols blancs sont traités séparément.

Le Tableau 6 donne sous forme de R^2 les résultats obtenus au niveau des concepts et groupes de concepts. La proportion de la variance des niveaux de santé liée aux critères du modèle s'avère sensiblement plus importante dans le cas des cols blancs. Ce surplus d'explication provient surtout du modèle de base. Les critères du monde du travail se révèlent quelque peu plus importants chez les cols bleus, en particulier en ce qui concerne les facteurs extrinsèques sociaux. Un examen plus détaillé à l'intérieur des groupes de concepts révèle des associations différentes selon les groupes professionnels. Il est à noter que les différents résultats s'appuient sur un nombre différent de prédicats selon les concepts et les groupes de concepts. Ils ne sont donc pas directement comparables. Par contre, il est possible de comparer les résultats des cols bleus à ceux des cols blancs. A l'intérieur des facteurs intrinsèques, c'est le concept de participation aux prises de décision qui s'avère le plus important, en particulier chez les cols bleus. Chez les cols blancs, les concepts pressions de temps et difficulté du travail ont une certaine importance.

Les conditions matérielles de travail sont importantes pour les deux groupes professionnels, tandis que l'insatisfaction salariale prend plus d'importance chez les cols blancs.

Les facteurs extrinsèques sociaux présentent une certaine importance même si la contribution par concept diffère selon les groupes professionnels.

En considérant les résultats au niveau des prédicats, il devient possible d'évaluer le sens des relations entre un prédicat donné ou son concept et le vieillissement différentiel. Le Tableau 7 résume les résultats les plus significatifs pour les deux groupes professionnels. Le haut du tableau réfère dans un ordre décroissant aux prédicats relevant du monde du travail et présentant le pourcentage d'explication le plus élevé. Le bas du tableau a trait aux prédicats qui représentent les concepts tirés de l'environnement extérieur au travail.

Les facteurs non directement liés au monde du travail présentent avec la santé des relations qui vont dans le sens de ce qui est actuellement connu. Ces facteurs semblent plus importants proportionnellement chez les cols blancs que chez les cols bleus. Il semble que le modèle de base corresponde plus aux différentes associations avec l'environnement tel qu'observé chez les cols blancs.

Par contre, les facteurs directement liés au monde du travail présentent des résultats qui semblent à prime abord plutôt surprenants. Ainsi, chez les cols bleus, la caractéristique la plus liée au survieillissement est le fait d'être satisfait de l'autonomie au travail. Il est à noter que ce sont justement les individus qui possèdent le moins d'autonomie dans leur travail. Inversement, les individus les plus sous-vieillis sont ceux qui se sont déclarés insatisfaits face à leur autonomie dans leur travail. Ce résultat va à l'encontre de nos hypothèses de départ. Au début, nous pensions que l'insatisfaction

serait plutôt associée à diverses manifestations pathologiques. Parmi les autres facteurs associés au sur-vieillissement, on note le fait de trouver son travail dur physiquement, l'absence de motivation à la performance, la satisfaction de la reconnaissance reçue, la crainte de perdre son emploi, la faible possibilité de promotion.

Subjectivement, le milieu de travail peut être perçu comme étant plus ou moins favorable et offrant plus ou moins de possibilités. Il semble cependant que le facteur du monde du travail le plus lié à la santé dans son ensemble et s'exprimant par un sous-vieillissement, soit d'avoir conservé la capacité d'exprimer son insatisfaction face à son orientation professionnelle. On observe des résultats comparables chez les cols blancs, puisque ce sont les sujets qui se sont déclarés les plus satisfaits face à leur choix professionnel qui s'avèrent les plus sur-vieillis. Le troisième facteur, soit ne pas souhaiter plus d'indépendance dans son travail, s'oriente dans ce même sens. Les individus les plus sur-vieillis présenteraient une certaine absence de réaction liée à diverses manifestations pathologiques.

La capacité d'exprimer son insatisfaction serait donc le facteur le plus lié à la variation de la santé dans son ensemble, au-delà des conditions matérielles qui présentent un impact plus ponctuel sur des systèmes physiologiques particuliers.

Conclusion

Les facteurs représentant l'environnement au travail se révèlent importants comme source de variation de la santé. Le principal facteur associé à des manifestations physio-pathologiques et s'exprimant par un sur-vieillissement physiologique semble être la satisfaction face à son travail. Les individus sur-vieillis ne présenteraient pas cette réaction d'expression de l'insatisfaction et de volonté de changement. Ces résultats peuvent être interprétés en terme de conformisme ou en terme d'aliénation face au milieu de travail. Ce terme d'aliénation correspondrait en gros au remplacement de la capacité de revendiquer pour soi par le dévouement à des intérêts extérieurs. Cela équivaudrait à une notion d'activité pour soi-même remplacée par une activité pour les autres et une passivité pour soi.

Eventuellement, il pourrait être opportun de considérer d'autres facteurs pouvant compléter l'évaluation de l'environnement au travail. Une échelle permettant de décrire directement l'aliénation face au travail serait très utile. D'autre part, des travaux sont actuellement en cours pour confirmer la validité de l'indicateur de vieillissement différentiel.

Auger F., Forest F., Bastarache E., 1979 "An anthropological project on French Canadian Workers: a progress report". Canadian Review of Physical Anthropology, 1-1, pages 5-9.

Forest F., 1975: "Essai en épidémiologie socio-culturelle". Institut de Médecine Sociale et Préventive, Université de Zurich, 261 pages.

indicateurs	c.f.	r-âge
audiométrie 8000 Hz	0,29	0,60
audiométrie 4000 Hz	0,28	0,55
symptômes cardio-vasculaires	0,27	0,48
audiométrie 2000 Hz	0,26	0,45
symptômes articulatoires	0,24	0,45
audiométrie 500 Hz	0,22	0,34
migraines et insomnies	0,21	0,35
symptômes respiratoires	0,21	0,29
tension systolique	0,20	0,41
flexibilité latérale	0,18	0,47
ergométrie diastole récupération	0,17	0,33
symptômes génito-urinaires	0,17	0,28
tension diastolique	0,15	0,34
symptômes sphère o.r.l.	0,13	0,19
ergométrie systole récupération	0,13	0,29
----------	-- 0,00 --	--- 0,00 --
ergométrie pouls travail	-0,06	-0,24
volume expiratoire forçé (1 sec)	-0,08	-0,24
tendances à l'extraversion	-0,09	-0,18
vision éloignée	-0,11	-0,26
dynamométrie des mains	-0,11	-0,29
nombre de push up et sit up	-0,21	-0,52
apprentissage symbolique	-0,25	-0,51
volume expiratoire forçé (6 sec)	-0,26	-0,60
vision rapprochée	-0,30	-0,81

Tableau 1: Premier facteur de l'analyse en composantes principales et corrélations avec l'âge chronologique, échantillon suisse

indicateurs	c.f.	r-âge
premier facteur d'audition	0,28	0,59
symptômes neurologiques	0,27	0,24
symptômes visuels	0,26	0,48
symptômes cardio-vasculaires	0,26	0,21
symptômes sphère o.r.l.	0,22	0,11
symptômes génito-urinaires	0,20	0,23
symptômes locomoteurs	0,18	0,19
symptômes respiratoires	0,18	0,06
tension diastolique	0,16	0,30
tension systolique	0,15	0,28
pourcentage de graisse	0,15	0,33
pouls	0,10	0,11
----------	-- 0,00 ---	-- 0,00 --
deuxième facteur d'audition	-0,08	-0,28
vision éloignée	-0,15	-0,27
dynamométrie des mains	-0,25	-0,46
débit expiratoire maximum	-0,26	-0,45
vision rapprochée	-0,29	-0,72
capacité vitale forçée	-0,33	-0,60
volume expiratoire forçé (1 sec)	-0,35	-0,67

Tableau 2: Premier facteur de l'analyse en composantes principales et corrélations avec l'âge chronologique, échantillon de Sorel

groupes	variables indépendantes
I- stratification sociale	1- catégorie professionnelle 2- niveau de scolarité 3- responsabilité au travail
II- démographie	4- âge chronologique 5- état civil 6- nombre d'enfants
III- famille	7- effectif 8- rang de naissance
IV- logement	9- propriétaire ou locataire 10- autres personnes à la maison
V- travail	11- durée de l'emploi 12- nombre d'emplois 13- activité physique au travail
VI- environnement physique au travail	14- concentration de fumées 15- ambiance sonore
VII- facteurs psychologiques au travail	16- utilisation de ses capacités 17- travail dur physiquement 18- manque d'autonomie

Tableau 3: Modèle global de l'environnement, échantillon de Sorel

groupes	variables indépendantes
VIII- facteurs psychologiques extrinsèques	19- tension au travail 20- climat de travail 21- possibilité de promotion 22- pression au travail 23- difficultés avec les supérieurs
IX- sécurité et anomie	24- sécurité d'emploi 25- anomie
X- prédispositions héréditaires	26- maladies cardio-vasculaires 27- diverses formes de cancer 28- maladies neurologiques 29- problème d'obésité
XI- habitudes de vie	30- degré d'activité physique 31- consommation de médicaments 32- consommation de tabac 33- consommation d'alcool 34- consommation de lipides 35- consommation de glucides 36- consommation de fruits et légumes
XII- morphologie	37- format morphologique 38- forme morphologique 39- constitution musculaire

Tableau 3: Suite

groupes	R^2 %	facteurs	R^2 %
1- morphologie	4,40	-bréviligne	3,08
2- habitudes de vie	5,73	-forte consommation tabac	2,39
		-forte consommation médicaments	0,84
		-forte consommation lipides	0,47
		-forte consommation alcool	0,45
		-faible activité physique	0,35
3- environnement physique au travail	1,24	-ambiance sonore élevée	0,39
4- facteurs psychologiques extrinsèques	1,90	-forte tension au travail	0,90
		-pas de possibilités de promotion	0,31
		-mauvais climat de travail	0,21
5- prédispositions héréditaires	1,18	-présence de cancer dans la famille	0,53
6- sécurité et anomie	0,76	-forte anomie	0,56
7- démographie	1,05	-âgé de moins de trente ans	0,92
		-avoir sept enfants ou plus	0,19
8- logement	0,45	-présence de parents à la maison	0,32
9- facteurs psychologiques intrinsèques	0,61	-faible utilisation de ses capacités au travail	0,36
10- stratification sociale	0,52	-travailleur manuel non spécialisé	0,23
11- famille d'origine	0,29	-rang de naissance élevé	0,20
12- travail	0,25	-faible activité physique au travail	0,13
total	25,88		

Tableau 4: Groupes et principaux facteurs liés au sur-vieillissement, échantillon de Sorel.

concepts	variables opératoires
facteurs intrinsèques	
1- responsabilité au travail	1- statut de subordonné le plus élevé hiérarchiquement, ou absence de subordonné
2- participation aux prises de décisions	2- manque d'autonomie 3- plus grande indépendance serait une bonne raison de choisir une autre profession
3- pressions du temps	4- trop pressé par le temps 5- travail à la pièce ou ordinaire
4- difficulté du travail	6- travail pas intéressant et répétitif 7- pas assez d'utilisation de ses capacités
facteurs extrinsèques matériels	
5- conditions matérielles de travail	8- niveau des efforts physiques au travail 9- efforts physiques comme désavantage 10- degré de nuisance de l'environnement matériel 11- environnement matériel comme désavantage
6- insatisfaction salariale	12- insatisfaction salariale selon le travail 13- salaire trop faible en comparaison des autres catégories professionnelles

Tableau 5: Modèle de l'environnement au travail, échantillon suisse.

facteurs extrinsèques sociaux	
7- ambiguïté de carrière	14- changerait de profession 15- faible possibilité de promotion 16- demeurer dans l'emploi pour une raison négative
8- insécurité d'emploi	17- crainte de perdre l'emploi en cas de difficultés économiques de l'entreprise 18- sécurité d'emploi comme très importante 19- préférable d'épargner en prévision d'un futur difficile plutôt que de dépenser et "vivre"
9- ambiguïté de tâche	20- pas de reconnaissance des supérieurs 21- supérieur immédiat jugé incompétent
10- support social	22- environnement humain au travail comme désavantage 23- se confier à ses collègues durant le travail 24- mauvaises relations humaines avec son supérieur 25- supérieur s'occupe des problèmes de ses subordonnés 26- pas de loisirs avec ses collègues 27- pouvoir compter sur sa famille étendue

Tableau 5: Suite

concepts	R^2 % ajusté		
	cols bleus	cols blancs	ensembles
1- responsabilité au travail	0,28	0,31	0,74
2- participation aux décisions	2,98	1,06	1,35
3- pressions du temps	0,02	0,96	0,55
4- difficulté du travail	0,21	0,69	0,32
facteurs intrinsèques	3,49	3,02	2,96
5- conditions matérielles	1,83	1,52	0,04
6- insatisfaction salariale	0,22	0,73	0,37
facteurs extrinsèques matériels	2,05	2,25	0,41
7- ambiguïté de carrière	2,57	2,63	0,70
8- insécurité d'emploi	2,18	0,86	0,75
9- ambiguïté de tâche	1,51	1,21	0,06
10- support social	3,23	2,80	1,35
facteurs extrinsèques sociaux	9,49	7,50	2,86
autres facteurs du modèle	20,29	37,12	16,65
total de tous les facteurs	37,49	56,92	30,45

Tableau 6: Résultats de l'analyse par concept et groupe de concepts, échantillon suisse

facteurs directement liés au monde du travail			
cols bleus	R^2 %	cols blancs	R^2 %
- satisfaits de leur autonomie	2,86	- n'auraient pas choisi une autre profession si possible	1,87
- durs efforts physiques au travail	1,74	- insatisfaits de l'environnement matériel	1,22
- insatisfaits de l'environnement humain au travail	1,70	- ne souhaitent pas plus d'indépendance	1,06
- absence de motivation à la performance	1,61	- satisfaits de l'environnement humain au travail	1,03
- satisfaits de la reconnaissance reçue	1,31		
- crainte de perdre l'emploi	1,19		
- promotions perçues comme difficiles	1,10		

Tableau 7: Principaux facteurs associés au sur-vieillissement, échantillon suisse.

facteurs non directement liés au monde du travail			
cols bleus	R^2 %	cols blancs	R^2 %
- maladies immunologiques dans la famille d'origine	1,86	- nés à l'extérieur des six cantons	7,60
- obésité	1,84	- maladies cardio-vasculaires dans la famille	3,57
- brévilignes	1,52	- forte consommation de tabac	1,83
- forte consommation de médicaments	1,26	- brévilignes	1,72
- trouveraient support financier dans la famille	1,15	- forte consommation d'alcool	1,54
- fratrie nombreuse	1,06	- origine rurale	1,53
		- fratrie nombreuse	1,23

Tableau 7: suite

La décision des personnes dites âgées de quitter leur domicile: quelques éléments corrélatifs (1)

François Béland, Ministère des Affaires sociales, Québec.

Pour quelles raisons des personnes âgées de soixante-cinq ans et plus désirent-elles quitter leur domicile habituel? Cette question qui fera ici l'objet d'une analyse empirique se retrouve plutôt sous la forme d'un axiome dans plusieurs discours et programmes sur ou auprès des personnes âgées (Ennuyer 1979; Henri 1980; Hockey 1976; MAS 1979). Une cueillette de données auprès des trois échantillons représentatifs de personnes de ce groupe d'âge résidentes de territoires urbains au Québec (Béland 1980, 1981) a permis de savoir qu'environ 15% d'entre elles déclarent avoir fait une demande officielle d'hébergement dans une résidence spécialisée pour personnes âgées. Par ailleurs, de 28 à 42% des personnes interviewées aimeraient demeurer dans une conciergerie réservée aux personnes de leur groupe d'âge, de 8 à 20% choisiraient un foyer pour personnes âgées (Centre d'accueil et d'hébergement) et de 5 à 15% désireraient être hébergées dans un hôpital spécialisé pour personnes âgées malades (2).

Ces résultats peuvent paraître surprenants. En fait des recherches américaines ont démontré qu'au moins 20% des personnes de plus de 65 ans désirent habiter dans un logement dit public, i.e. administré et subventionné par un organisme public responsable à un corps élu (Carp 1976). Chez les individus de ce groupe d'âge, la forme d'hébergement désirée le plus fréquemment ne semble pas correspondre à la forme la plus lourde, mais précisément à celle qui se situe entre le domicile actuel et l'institution telle qu'habituellement conçue.

1. Les désirs d'hébergement et les services à domicile

Il est souvent pris pour acquis qu'il est préférable que les personnes dites âgées doivent demeurer dans leur communauté d'origine (ANA 1978; Doherty et al. 1978; MAS 1979, 1980; Stewart 1979). Pourquoi alors remarque-t-on dans les données recueillies auprès des trois échantillons cités un désir si fréquent d'être domicilié dans des conciergeries réservées pour personnes âgées ou dans des institutions? L'institutionnalisation, ou plus exactement le fait pour les personnes dites âgées de quitter leur domicile habituel, est-il un phénomène univoque? Le désir d'habiter dans un environnement relativement ségrégué mais qui permet une vie autonome saurait-il être assimilé terme-à-terme au désir d'habiter dans un lieu d'hébergement où de multiples services médicaux sont disponibles et où les tâches quotidiennes d'entretien ménager

et personnel sont assumées par l'institution? Ce qui suggère une autre question: les facteurs qui influencent les désirs d'hébergement en institution ou en conciergerie spécialisée sont-ils les mêmes?

Le problème de recherche abordé ici se pose dans le cadre d'une évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales du Québec (Béland 1980; MAS 1979). D'une part les fonctions de maintien à domicile et de report de l'institutionnalisation sont centrales dans cette politique et d'autre part elles proposent un des types de services destinés aux personnes en perte d'autonomie susceptibles donc de quitter le domicile pour l'institution. En conséquence, est-ce que les facteurs qui prédisent les désirs de l'une ou de l'autre forme d'hébergement correspondent à ceux habituellement invoqués pour proposer la mise sur pied de services de soins et d'aide à domicile? Puisque la formule privilégiée par plusieurs pour éviter le départ du domicile des personnes malades et en perte d'autonomie est précisément la distribution de services et de soins à leur résidence (ANA 1978; Barry 1975; Bell 1973; Brickner 1976; Cang et Clark 1978; Chappel et Penning 1979; Chiswick 1976; Doherty et al. 1978; Goldman et Frankel 1960; Hill et al. 1968; MDEA 1976; Morris et Harris 1972; Nestman et Bay 1977; Rossman 1973; Tolkoff-Rubin 1978). Cette série d'études, de recherches sur les services et soins à domicile, et de propositions pour en établir, témoignent de l'importance accordée à la notion de maintien à domicile et à la recherche d'alternatives à l'institutionnalisation. Implicitement ou explicitement, la

question centrale de ces textes était de quelle façon peut-on éviter l'institutionnalisation?

Le ministère des Affaires sociales du Québec (MAS) a élaboré un programme de services à domicile comme réponse à cette dernière question: "Le recours à l'aide à domicile plutôt qu'à l'hébergement s'inscrit dans une philosophie de respect du milieu de vie naturel et de l'autonomie des personnes...L'on a trop misé au Québec sur l'institutionnalisation...Les services à domicile sont appelés à fournir une aide personnelle et matérielle sans laquelle la personne âgée à cause de sa dépendance physique, psychologique ou sociale aurait hâtivement recours au centre d'hébergement. Un des objectifs du programme est de maintenir dans leur milieu de vie naturel des individus souffrant d'un handicap, d'une perte d'autonomie, d'isolement social ou de difficultés familiales" (MAS 1979: 8, 11, 13). Ces affirmations sous-tendent que la question posée au début du texte a déjà reçu réponse et que les services à domicile sont un des moyens efficaces pour maintenir les personnes dites âgées à leur domicile et éviter l'institutionnalisation.

2. La stratégie d'analyse

Les services à domicile offrent un ensemble de services d'aide et de soins infirmiers. En plus, la politique des services à domicile du MAS fait appel aux agents familiaux et communautaires de l'environnement social de la personne âgée (MAS 1979: 13-14).

Les motifs des interventions à domicile auprès d'elles sont à la fois liés à leur condition de santé physique et psychique, à leur capacité fonctionnelle et leur isolement social (MAS 1979: 18-19). Dans quelle mesure est-ce que ces raisons expliquent les désirs des personnes âgées demeurant dans trois territoires urbains du Québec de quitter leur domicile habituel? Est-ce que les interventions des agents sociaux professionnels (médicaux et sociaux), des agents communautaires (voisins, bénévoles et amis) et des membres de la parenté ont une influence sur l'expression de ces désirs? Enfin, est-ce que les variables qui décrivent la situation socio-démographique et les conditions de logement ont un poids relatif plus important que l'ensemble des variables précédentes dans l'explication des désirs d'hébergement des personnes interviewées? De telle sorte que la question à poser dans le cadre d'une politique s'adressant aux personnes dites âgées ne serait plus: quelle alternative à l'institution? Mais plutôt quelle alternative proposée au domicile actuel de l'individu si ce dernier ne désire plus y résider?

Les questions de recherche ne s'adressent donc pas à l'effet spécifique de programmes de services à domicile, mais à la capacité générale de certains types d'actions sociales privilégiés par les services à domicile d'expliquer les désirs d'hébergement des personnes de 65 ans et plus, étant donné leurs conditions de vie. Pour mieux situer les résultats de l'analyse dans le cadre d'une réflexion sur les inter-

ventions possibles auprès des personnes âgées, trois catégories de variables peuvent être distinguées: 1) les variables dites lourdes, 2) les variables dites manipulables ou d'action et 3) les variables d'impact (Aday et Anderson 1974). Les variables lourdes ou non-manipulables sont celles qui ne sont pas touchées par les services à domicile; ce sont des variables qui définissent les caractéristiques influençant la capacité d'obtenir l'intervention d'agents sociaux lorsque requis et qui déterminent dans une certaine mesure l'efficacité de cette intervention. Les variables socio-démographiques, les conditions de logement, l'état de santé physique, le bien-être psychologique et les incapacités fonctionnelles appartiennent à cette catégorie. Les deux premiers types de variables sont d'ordre général et contextuel, tandis que les trois derniers décrivent des variables susceptibles d'être influencées par la réception de services médicaux et de soins à domicile. Elles sont ici conçues comme des indicateurs d'une demande potentielle de services (3).

Les variables manipulables sont constituées des indicateurs d'action des agents sociaux. Elles sont du domaine spécifique d'une politique des services à domicile, telle l'aide reçue pour diverses tâches domestiques. Les variables d'impact définissent les effets attendus de l'aide reçue, soit les variations des désirs des individus de demeurer à domicile. Enfin, un indice de congruence entre les désirs d'habiter seul ou avec des personnes familières ou étrangères et la situation réelle de cohabitation sert

d'intermédiaire entre l'ensemble des variables lourdes et d'action d'une part et les variables d'impact d'autre part. La satisfaction vis-à-vis l'environnement social de l'habitation peut médiatiser l'effet de certaines conditions sociales ou le manque de support extérieur actif dans l'accomplissement de certaines tâches.

La stratégie d'analyse cherche à attribuer la part relative d'explication des désirs de demeurer à domicile aux variables dites lourdes ou non-manipulables par rapport à la part attribuable aux variables dites manipulables ou d'action dans le cadre d'une politique des services à domicile. Les estimations obtenues par vérification empirique suggéreront des thèmes qui pourraient alimenter la réflexion sur l'orientation des politiques à l'égard des personnes dites âgées.

3. Définition des variables

De façon plus précise, les données recueillies auprès des trois échantillons de personnes de 65 ans et plus peuvent être regroupées en dix grands secteurs d'observation: 1) les variables socio-démographiques qui comprennent le sexe, l'âge, l'état civil, tout aussi bien que le statut de l'occupation avant la retraite, mesuré selon l'échelle de Blishen (Blishen et McRoberts 1976), le nombre d'années de scolarité et la disponibilité de revenu autre que la pension fédérale de vieillesse; 2) les conditions de logement mesurées par le statut juridique de l'occupant (pro-

priétaire ou locataire), la facilité d'accès au logement depuis l'extérieur et le confort intérieur du logement et enfin la présence ou l'absence d'un individu dans la demeure; 3) l'état de santé physique et psychique mesuré par des indicateurs d'invalidités et de maladies chroniques (Belloc et al. 1971) et de bien-être psychologique (Neugarten et al. 1961; Adams 1969; Wood et al. 1969; Wylie 1970); 4) l'incapacité fonctionnelle utilisant des indicateurs inspirés des travaux de Katz et al. (1963, 1969, 1972) et un indicateur de la difficulté à poursuivre des activités à l'extérieur de la maison pendant l'hiver; 5) des mesures d'intégration sociale au voisinage, à la parenté et à un réseau d'amis, en plus de la participation aux organisations communautaires et le nombre de rapports formels avec des acteurs sociaux divers tels les commerçants. Ces mesures s'inspirent des travaux de Petrowsky (1976), Powers et Bultena (1976) et Blau (1961). La question de la qualité des rapports sociaux (Lowenthal et Robinson 1976) n'a été touchée que de façon incidente (4); 6) la consommation des services médicaux, hospitaliers et pharmaceutiques telle que rapportée par l'interviewé; 7) la responsabilité des interviewés au regard d'un ensemble de tâches domestiques mesuré par la somme des tâches pour lesquelles les interviewés ne se disent pas responsables; 8) l'aide que les interviewés ont reçu de la part de divers acteurs sociaux et 9) le désir d'habiter avec des personnes autres que celles avec qui l'interviewé partage sa demeure. Les raisons du choix de ces secteurs d'observation ont fait l'objet de

développements antérieurement, de même pour les indicateurs employés (Béland 1980).

Enfin 10) les désirs d'hébergement sont mesurés par deux indicateurs: a) l'affirmation de la part de l'interviewé qu'il a déposé une demande d'hébergement auprès d'une résidence quelconque (par exemple HLM, centre d'accueil, hôpital) réservée pour les personnes âgées et b) le désir qu'il exprime d'habiter soit au domicile actuel, soit dans une conciergerie réservée pour personnes âgées, soit dans un centre d'accueil ou un hôpital de soins prolongés (5).

4. Techniques d'analyse et validité statistique des résultats

Les indicateurs de la variable prédite sont discrets, i.e. ils sont constitués de catégories non-ordonnées et non-continues par définition. Une analyse de discrimination (Cooley et Lohnes 1971) est donc indiquée. Elle permet d'étudier la capacité des variables (6) indépendantes de discriminer les individus selon leur choix d'hébergement.

L'analyse de discrimination a été faite par étapes, respectant un ordre de causalité entre les variables. Il a été défini en fonction de l'appartenance de chacun des blocs de variables aux trois catégories de variables, soit les variables lourdes, d'action et d'impact. Cet ordre définit un premier critère de séquence causale. A l'intérieur de cette première catégorisation, les blocs de variables ont été répartis selon une séquence tirée des travaux préparatoires

à la recherche d'évaluation des services à domicile du MAS (Béland 1980). Les indicateurs utilisés dans chacun des blocs n'ont pas été hiérarchisés en fonction d'hypothèses causales. Ils sont entrés par blocs dans l'analyse de discrimination. L'ordre d'entrée des variables d'un même bloc dépend du seuil de signification de la statistique F. Le seuil d'exclusion des variables a été fixé à $\alpha > .2$ pour permettre l'inclusion de toute variable qui influencerait même marginalement les désirs d'hébergement hors du domicile actuel. Au total, 14 variables sur les 36 incluses dans les deux équations obtiennent une valeur $\alpha \leq .05$, tandis que 25 sur 36 sont acceptées à un seuil $\alpha \leq .10$. Les relations entre les blocs de variables prédicteurs ne sont pas étudiées ici. Cependant l'effet conjoint de certaines variables prédictrices sur les indicateurs de demande d'hébergement seront vérifiées.

Cette méthode d'utilisation de l'analyse de discrimination donne priorité aux variables lourdes dans l'explication des demandes d'hébergement. Les variables d'action n'auraient d'effet que dans la mesure où elles modifient le rapport entre les variables lourdes et les demandes d'hébergement. Cette procédure reconnaît donc explicitement que l'action (la consommation de services professionnels, l'aide reçue, etc.) n'a d'effet qu'à l'intérieur d'un cadre défini; l'action professionnelle, communautaire ou familiale n'existe jamais dans un vacuum. Le cadre dans lequel elle se situe définit son efficacité et la simple probabilité de l'observer.

L'analyse de discrimination permet aussi de classifier les individus selon leurs choix d'hébergement en fonction des variables prédictrices (7). La comparaison de la classification obtenue avec la classification observée fournit de précieuses indications sur la capacité des variables employées d'expliquer les choix d'hébergement. Un des trois échantillons a été utilisé comme standard. Ne sachant pas au départ quelles étaient les variables significatives, l'échantillon de Hull (n = 327) a servi à les énumérer. Cet échantillon a été choisi dès le début de l'enquête pour représenter un territoire où des services à domicile organisés selon les principes et les modalités de la politique du MAS existaient (Béland 1980). Le résultat obtenu de l'étude de l'échantillon de Hull a été vérifié à l'aide des échantillons de Trois-Rivières (n = 362) et d'Hochelaga-Maisonneuve (n = 301) (8). Cette procédure est ici légitime et nécessaire; légitime dans la mesure où nous cherchons des dimensions aussi générales que possibles qui expliquent les intentions d'hébergement, nécessaires dans la mesure où la prédiction des intentions d'hébergement depuis le même matériau statistique qui a permis d'identifier les dimensions principales de la prédiction serait un processus pour le moins douteux.

Les résultats de l'analyse de classification permettent d'affirmer que la capacité de prédiction des désirs d'hébergement à Hochelaga-Maisonneuve et à Trois-Rivières par Hull est approximativement semblable à la capacité de prédiction de la distribution de ces désirs dans chacun de ces territoires par des

données tirées de ces territoires mêmes. Il existe tout de même des différences, mais il faut se souvenir que les prédictions des distributions des désirs d'hébergement d'un territoire par des données tirées d'un même territoire sont biaisées par le haut, i.e. représentent un maximum potentiel. Il faut quand même noter la difficulté de prédire les expressions des désirs d'hébergement en institution à Trois-Rivières à l'aide des données de Hull.

La conjonction de deux caractéristiques peut avoir une influence plus grande que la somme de leurs effets individuels sur les désirs d'hébergement. Les interactions entre les variables significatives dans l'une ou l'autre des deux équations de discrimination ont été vérifiées. Au total, 96 interactions ont été incluses dans les analyses de discrimination par étapes. Les interactions ont été entrées dans les équations immédiatement après le bloc de variables qui les définissaient. Les variables significatives ont été imposées par bloc puis la sélection des interactions entre variables membres des blocs déjà inclus a été laissée au processus statistique habituel avec $\alpha \leq .20$ comme critère d'inclusion. L'équation de discrimination des dépôts officiels de demande d'hébergement a sélectionné 13 effets d'interaction, tandis que l'équation de discrimination de l'expression des désirs d'hébergement en a choisi une quinzaine. Le pourcentage de variance commune est passé de 34.9% à 43.0% dans le premier cas, tandis que dans le second, la variance commune au premier facteur et aux désirs d'hébergement est de 41.4% au lieu de 34.2% et celle du deuxième

facteur de 24.9% au lieu de 18.3%. Aucune des interactions sélectionnées ne contredit ce qui a déjà été révélé; il y a renforcement de l'effet des tendances déjà existantes.

En résumé, les résultats globaux de l'analyse statistique sont satisfaisants, la variance commune aux variables de prédiction et aux indicateurs des désirs d'hébergement dépassent les 40% dans les deux cas et les prédictions des désirs d'hébergement permettent de penser que leurs facteurs principaux de prédiction ont une certaine importance dans les trois échantillons. Cependant, reste une partie importante de la variance qui est non-expliquée, reste aussi certaines différences entre les prédictions faites depuis les données de Hull et les données des territoires eux-mêmes. Ce qui suggère un degré d'idiosyncrasie inconnu entre chacun des territoires.

5. Discussion

Depuis les résultats de l'analyse de discrimination, la question générale posée au début du texte peut recevoir une réponse partielle: dans le cadre de l'étude de trois échantillons de personnes de 65 ans et plus résidentes en milieux urbains au Québec, elles désirent quitter leur domicile parce qu'elles ne possèdent pas les ressources suffisantes pour y rester. Les indicateurs principaux de ressources qui influencent les désirs d'hébergement sont l'occupation avant la retraite, le sexe, le veuvage, la location du domicile, le mode de cohabitation, le nombre de maladies chroni-

ques et l'estimation subjective de la santé. Ces items se sont souvent vus résumés dans d'autres enquêtes en gérontologie sociale sous cette dénomination et conceptualisation de ressources (Clausen 1972; Dowd 1975; Gubrium 1973; Lowenthal et Robinson 1976; Maddox et Wiley 1976; Shanas et Maddox 1976). S'y ajoutent des indicateurs liés à la familiarité avec le quartier et la demeure tels le nombre d'années d'habitation dans la résidence, le temps de transport chez le plus proche parent et le nombre d'années de connaissance du plus vieil ami qui sont traditionnels dans les études des conditions de logement et de la satisfaction envers les lieux de résidence (Birren 1969, Brody 1978; Carp 1976; Lawton 1980; Sherman 1971; Soldo et Lauriat 1976).

Si les facteurs de prédiction des désirs d'hébergement énumérés plus haut sont parmi ceux habituellement attendus, trois autres résultats paraissent surprenants: 1) l'aide apportée à domicile par les acteurs sociaux n'a qu'un effet marginal sur les désirs d'hébergement, tandis que la consommation de nombreux services médicaux est en corrélation avec le désir de quitter le domicile, 2) la fréquence des relations sociales informelles et formelles est liée à une augmentation du désir d'hébergement et 3) les incapacités fonctionnelles n'expliquent pas les désirs d'hébergement, tandis que la fonctionnalité pendant l'hiver les accroît. Les deux premiers résultats concernent les mêmes acteurs sociaux: les agents d'aide que sont les membres de la famille, les voisins, les amis et les professionnels.

La famille a été conçue comme une source importante d'aide aux personnes âgées (Croog et al. 1972; Neugarten 1966; Riley et Foner 1968; Reiss 1962; Shanas 1968; Sussman 1974a; Troll 1971), malgré l'affirmation d'une disparition de son rôle de support dans la société industrielle et urbaine contemporaine (Burgess 1963; MAS 1979: 14; Parsons 1949; 1968) (9). En même temps, puisque les normes sociales d'indépendance individuelle s'appliquent autant aux jeunes, aux adultes qu'aux plus âgés (Lowenthal et Robinson 1976), une forme intermédiaire d'hébergement peut devenir souhaitable puisqu'elle permet aux occupants à la fois d'être indépendants des membres de la famille (Carp 1967) et de profiter de certains services dans un milieu protégé (Brody 1978; SHHD 1980). D'ailleurs nos résultats montrent que la fréquence des relations sociales prédit moins l'institutionnalisation que le désir de vivre en conciergerie spécialisée pour personnes âgées. Le rôle de support de la famille, des voisins et des amis possiblement, ne s'arrête pas uniquement à l'aide matérielle et financière destinée aux plus âgés. D'ailleurs, elle est réciproque et plus souvent dirigée vers les jeunes en provenance des plus vieux lorsque l'aide monétaire est comptabilisée (Riley et al. 1972; Shanas 1968; Streib 1965). La famille joue aussi, et peut-être surtout, un rôle d'intermédiaire entre la bureaucratie qui gère les multiples formes de résidence pour personnes âgées et leurs membres les plus âgés (Sussman 1974b, 1976). Une autre forme d'appui qu'apporte la famille est le soutien affectif, différent du

soutien matériel, mais peut-être plus conforme aux rôles des individus en tant que membre d'une unité familiale contemporaine (Kane et Kane 1980; Sussman 1976).

Les contacts nombreux avec la famille, les amis, les voisins et d'autres acteurs sociaux sont à la fois des ressources importantes pour négocier avec la bureaucratie et un indicateur du fait que l'individu possède suffisamment d'énergie pour maintenir des relations sociales, donc pour entreprendre des démarches bureaucratiques (Carp 1967). Les nombreuses visites chez les médecins sont probablement un indicateur de besoins de services et de mauvaise santé des individus qui provoquent un désir d'hébergement et représentent aussi l'établissement d'un contact avec un pourvoyeur de services qui donnent traditionnellement accès aux ressources d'hébergement. En fait, l'ensemble des ressources formellement organisées ont ce même effet puisque l'aide bénévole et l'aide d'agences gouvernementales sont liées, quoique marginalement, à une augmentation des désirs de quitter le domicile. De la même façon, l'étude de Brody (1978) a montré que l'absence de disponibilité de services dans l'environnement n'est qu'au quatrième rang parmi les raisons que donnaient un groupe de personnes âgées pour accéder à des logements collectifs. Les raisons les plus importantes sont la détérioration du quartier (hausse de la criminalité surtout) et le départ d'amis et de membres de la parenté - les plus vieilles connaissances quittent le quartier et le temps de transport chez

le plus proche parent augmente. Par ailleurs, l'aide apportée par la parenté semble ici prédire un désir de vivre à domicile.

Si les difficultés d'accomplir les tâches quotidiennes ne prédisent pas les désirs d'hébergement, la réduction des activités à cause de la santé au cours des derniers six mois précédant l'interview est liée dans une relation bi-variée aux dépôts officiels de démarche d'hébergement et à l'expression de désirs d'hébergement hors du domicile. La corrélation importante entre les trois indices de santé physique annule l'effet spécifique de cet indicateur de santé dans les équations de prédiction. Donc, d'une part, les difficultés fonctionnelles dans l'accomplissement des tâches quotidiennes doivent avoir variées récemment et être explicitement liées aux conditions de santé pour prédire les désirs de quitter le domicile. D'autre part les difficultés de sortir de la demeure l'hiver prédisent soit le désir de demeurer au domicile, soit le désir d'habiter en institution. Une bonne fonctionnalité l'hiver, prédit un désir d'habiter en conciergerie pour personnes âgées.

La conciergerie pour personnes âgées représente un lieu où une certaine protection est disponible, tout en permettant que l'autonomie personnelle soit préservée. D'une part, il y aurait recherche par l'individu d'un environnement protégé et homogène, d'autre part il y a maintien des valeurs et exercice de l'autonomie. Ce mode de résidence présente donc des caractéristiques particulières qui le rend original par rapport au domicile d'origine et à l'institu-

tion proprement dite. Les variables qui prédisent ce choix indiquent les circonstances qui le rendent désirable: la location d'un logement, situé à un étage supérieur, et la connaissance d'amis du même âge. Par contraste, les désirs d'être institutionnalisés sont prédits particulièrement par l'âge avancé, le veuvage, un espace d'habitation réduit, un long temps de transport chez le plus proche parent, une santé subjectivement déficiente et la consommation de plusieurs médicaments non-prescrits.

En résumé, les variables identifiées aux activités des agents sociaux auprès des personnes dites âgées ont soit des effets contraires à ceux attendus, soit un effet marginal positif, soit aucun effet sur les désirs d'hébergement. Les variables importantes sont toutes du domaine des variables lourdes ou non-manipulables dans le contexte d'une intervention à domicile. En particulier, l'âge, le veuvage, le logement et le mode de cohabitation à domicile sont des variables fondamentales.

La politique des services à domicile du MAS (1979), couplée à des mesures complémentaires, telle l'aide financière aux locataires âgés sans revenu suffisant (programme Logirente administré par la Société d'habitation du Québec; Carreau, 1980), vise à favoriser le maintien à domicile. Si une évaluation du programme Logirente est sans doute nécessaire avant de conclure sur l'ensemble des politiques gouvernementales destinées aux personnes dites âgées, il apparaît que notre étude suggère que pour qu'une

politique visant le maintien à domicile et la non-institutionnalisation soit efficace, elle doit prioritairement porter sur les conditions physiques et sociales du domicile des personnes âgées plutôt que sur les services d'aide directe qui ne peuvent lui être que périphériques.

Notes

(1) Je remercie Pierre Boyle et Michel de Sève pour leurs commentaires et critiques des versions préliminaires de ce texte. Je souligne également l'aide précieuse de M. Michel Vanier dans le traitement des données.

(2) Les pourcentages ne sont pas mutuellement exclusifs. Au total, de 46 à 57% des interviewés désirent demeurer à leur domicile.

(3) Il n'est pas question ici d'estimer des effets réciproques entre variables. Le modèle d'analyse n'est pas suffisamment développé pour s'engager dans une telle procédure.

(4) Les contacts avec les connaissances anciennes et les amis intimes tiennent compte par définition du contenu des relations sociales, soit leur durée et leur intensité.

(5) Le premier indicateur est constitué de la réponse à la question suivante: Est-ce que vous avez fait une demande pour habiter dans une résidence spécialisée

pour personnes âgées? L'interviewé répondant par oui ou par non. Le deuxième indicateur est constitué par le classement des individus selon le choix de résidence la plus institutionnelle. Les personnes qui ont répondu par la négative aux 3 questions suivantes ont été classifiées comme désirant vivre à domicile. Les questions sont: Est-ce que vous aimeriez habiter: a) dans une maison appartement réservée pour les personnes de plus de 65 ans? Oui ou non. b) dans un foyer pour personnes âgées? Oui ou non. c) dans un hôpital spécialisé pour les personnes âgées qui sont malades? Oui ou non. Les réponses aux deux dernières questions ont été regroupées. L'étude a aussi été faite en regroupant les réponses selon le choix le moins institutionnel. Les résultats de l'une ou de l'autre analyse sont identiques.

(6) Les variables sont des entités théoriques, tandis que les indicateurs sont des entités empiriques directement mesurables. Lorsque le contexte impliquera une discussion du contenu des rapports entre entités conceptuelles, l'expression "variable" a été et sera employée au lieu de l'expression "indicateur" qui sera et a été réservée aux discussions à propos des mesures.

(7) Le processus de classification employée par SPSS (Nie et al. 1975, 1979) utilise soit la matrice de covariation intre-groupes pondérée ou les matrices de covariation de chacun des groupes. L'utilisation de l'une ou de l'autre procédure donne ici les mêmes résultats, confirmant la robustesse de l'analyse de

classification (Krzanowski 1977; Wahl et Kronmal 1977).

(8) Les échantillons ont été tirés au hasard depuis le fichier des bénéficiaires du programme universel de pensions de vieillesse. Voir Béland (1981).

(9) Le débat entre les chercheurs sur le thème de l'éclatement de la famille étendue en unité nucléaire ou sa transformation en nouvelle famille étendue a eu lieu dans les années soixante, voir en particulier Litwak (1960), Litwak et Szelinyi (1967), Troll (1971) et Sussman (1974b).

Références

L.A. Aday and R. Anderson (1974), "A framework for the study of access to medical care", Health Services Research, 9: 208-221.

A.N.A. (1978). Health Care at Home: An essential component of a National Health Policy, Kansas City, American Nurses' Association.

D. Barry (1975), "How to keep the elderly at home", Modern Healthcare, April: 29-32.

F. Béland (1980), Méthodologie pour l'évaluation de programmes socio-sanitaires: le cas des services à domicile pour personnes âgées, Québec, Laboratoire de recherches sociologiques, Université Laval.

F. Béland (1981), Une enquête sur les personnes âgées de trois villes du Québec: les premiers résultats, Québec, Editeur Officiel du Gouvernement du Québec.

W.G. Bell (1973). "Community care for the elderly: An alternative to institutionalization", The Gerontologist, 13: 349, 354.

N.B. Belloc, L. Breslow and J.R. Hochstim (1971) "Measurement of physical health in the general population survey", American Journal of Epidemiology, 93: 328-336.

J.E. Birren (1969). "The aged in cities". The Gerontologist, 9: 163-169.

Z.S. Blau (1961), "Structural constraints on friendships in old age", American Sociological Review, 26: 409-439.

B.R. Blishen and H. McRoberts (1976), "Revised socioeconomic index for occupations in Canada", Revue Canadienne de sociologie et d'anthropologie, 13: 71-80.

P.W. Brickner et al. (1976). "Home maintenance for the home-bound aged: A pilot program in New York City", The Gerontologist, 16: 25-29.

E.M. Brody (1978) "Community housing for the elderly: The program, the people, the decision making process, and the research", The Gerontologist, 18: 121-128.

E.W. Burgess (1963) "The transition from extended families to nuclear families" in R.H. Williams, C. Tibbits, W. Donahue, Processes of Aging, Vol. II, New York, Atherton Press: 77-82.

S. Cang and F. Clarke (1978), "Home care for the sick-an emerging general analysis based on schemes in France", Community Health, 9: 167-172.

F.M. Carp (1967), "The impact of environment on old people", The Gerontologist, 7: 106-108, 135.

F.M. Carp (1976), "Housing and living environments of older people", in R.H. Binstock and E. Shanas, Handbook of Aging and the Social Sciences, New York, Van Nostrand Reinhold: 244-271.

S. Carreau (1980), "Logirente. Un nouveau programme d'aide financière aux personnes âgées". La nouvelle revue Municipalité, Novembre 14-17.

N.L. Chappel and M.J. Penning (1979), "The trend away from institutionalization: Humanism or economic efficiency?" Research on Aging, 1: 361-387.

H.R. Chiswick (1976), "The demand for nursing home care: An analysis of the substitution between institutional and non-institutional care". The Journal of Human Resources, 11: 295-316.

J.A. Clausen (1968), "Conceptual and methodologic issues in the assessment of mental health in the aged", Psychiatric Research Reports, 23-24: 151-160.

W.W. Cooley and P.R. Lohnes (1971), Multivariate Data Analysis, New York, Wiley.

S.H. Croog, A. Lipsen and S. Levine (1972), "Help patterns in severe illness: The roles of kin network, non-family resources, and institutions", Journal of Marriage and the Family, 34: 32-41.

N. Doherty, J. Segal and B. Hicks (1978) "Alternative to institutionalization for the aged: viability and cost effectiveness", Aged Care and Services Review,

1: 1-16.

J.J. Dowd (1975), "Aging as exchange: A preface to theory", Journal of Gerontology, 30: 585-594.

B. Ennuyer (1979), "Maintien à domicile ou hébergement collectif: quel choix pour les personnes âgées", Gérontologie, No. 32: 14-19.

F. Goldman and M. Fraenkel (1960), "Patients on home-care: Their characteristics and experience", J. Chron. Dis., 11: 77-87.

J.F. Gubrium (1973), The Myth of the Golden Years, Sprinfield, Thomas.

J. Henri (1980). "An alternative to institutionalization", The Gerontologist, 20: 418-420.

J.G. Hill et al. (1968), Health Care of the Aged Study, Part I, Rochester, University of Rochester.

L. Hockey (1976), "Dying at home", Nursing Times, 4: 324-325.

R.L. Kane and R.A. Kane (1980), "Alternatives to institutional care of the elderly: Beyond the dichotomy", Gerontologist, 20: 249-259.

S. Katz, A.B. Ford, T.D. Downs, M. Adams (1969), "Chronic disease classification in evaluation of medical care programs", Medical Care, VII: 139-148.

S. Katz, A.B. Ford, T.P. Downs, M. Adams, R.F. Rosby, (1972), The Effects of Continued Care: A Study of Chronic Illness in the Home, Washington, DHEW.

S. Katz, A. Ford, R.W. Moskowitz, B.A. Jackson, M.W. Joffe (1963). "Studies of illness in the aged: the index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function". J.A.M.A., 185: 914-919.

W.J. Krzanowski (1977), "The performance of Fisher's linear discriminant function under non-optimal conditions", Technometrics, 19: 191-200.

M.P. Lawton (1980), "Housing the elderly: residential quality and residential satisfaction", Research on Aging, 2: 309-329.

E. Litwak (1960) "Occupational mobility and extended family cohesion", American Sociological Review, 25: 9-41.

E. Litwak and I. Szelenyi (1969), "Primary group structures and their functions: Kin, neighbors, and friends", American Sociological Review, 465-481.

M.F. Lowenthal and B. Robinson (1976), "Social networks and isolation", in R.H. Binstock, E. Shanas, Handbook of Aging and the Social Sciences, New York, Van Nostrand Reinhold: 432-456.

G.L. Maddox and J. Wiley (1976), "Scope, concepts and methods in the study of aging", in R.H. Binstock and E. Shanas, Handbook of Aging and the Social Sciences, New York, Van Nostrand Reinhold: 3-34.

MDEA (1976). Home care: An alternative to institutionalization. Boston, NTIS, 1976.

MAS (1979). Les services à domicile. Politique du ministère des Affaires sociales, Québec, Ministère des

Affaires sociales.

MAS (1980), Pour mieux vieillir au Québec, Québec, Ministère des Affaires sociales.

R. Morris, E. Harris (1972), "Home health services in Massachusetts, 1971: their role in care of the long-term sick", American Journal of Public Health, 62: 1088-1093.

L. Nestman, K. Bay (1977), An Evaluation of the Edmonton Care Program (1973-1976), Edmonton, Division of Health Services Administration, Faculty of Medicine, University of Alberta.

B.L. Neugarten (1966), "The aged in American society", in H.S. Becker, Social Problems: A Modern Approach, New York, Wiley: 167-196.

B.L. Neugarten, R. Havighurst, S. Tobin (1961), "Measurement of life satisfaction", Journal of Gerontology, 16: 134-143.

N.H. Nie, G.H. Hull, J.G. Jenkins, K. Steinbrenner, D.H. Bent (1975), SPSS, New York, McGraw-Hill.

N.H. Nie, G.H. Hull (1979), SPSS update, New York, McGraw-Hill.

T. Parsons (1949), "The social structure of the family", in R.W. Anahen The Family: Its Function and Destiny, New York, Harper.

T. Parsons (1968), "The normal American family", in M.S. Sussman, Sourcebook in Marriage and the Family, Boston, Houghton Mifflin.

M. Petrowsky (1976), "Marital status, sex, and the social networks of the elderly", Journal of Marriage and the Family, 38: 749-756.

E.A. Powers and G.L. Bultena (1976), "Sex differences in interim friendships of old age", Journal of Marriage and the Family, 38: 739-747.

P.J. Reiss (1962), "The extended kinship system: correlates of and attitudes on frequency of interaction", Marriage and Family Living, 24: 333-339.

M.W. Riley, M. Johnson, A. Foner (1972), "Age strata in the society", in M.W. Riley, M. Johnson, A. Foner, Aging and Society, Vol. III, New York, Russell Sage Foundation: 397-456.

I. Rossman (1973), "Alternatives to institutional care", Bull. N.Y. Acad. Med., 49: 1084-1092.

SHHD (1980), Changing Patterns of Care: Report on Services for the Elderly in Scotland, Edinburg, Scottish Home and Health Department.

E. Shanas (1968), "Family help patterns and social class in three countries", in B.L. Neugarten, Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology, Chicago, University of Chicago Press: 296-305.

E. Shanas and G.L. Maddox (1976), "Aging, health, and the organization of health resources", in R.H. Binstock, E. Shanas, Handbook of Aging and the Social Sciences, New York, Van Nostrand Reinhold: 612-618.

S.R. Sherman (1971), "The choice of retirement housing among the well-elderly", Aging and Human Development,

2: 118-138.

J.E. Stewart (1979), Home Health Care, Toronto, Mosby.

G.F. Streib (1965), "Intergenerational relations: perspective of the two generations on the older parent" Journal of Marriage and the Family, 27: 469-476.

M.B. Sussman (1974a), "The isolated nuclear family: Fact or fiction?" in M.B. Sussman, Sourcebook in Marriage and the Family, Boston, Houghton Miffhire: 25-30.

M.B. Sussman (1974b), "Family, kinship, and bureaucracy", in M.B. Sussman, Sourcebook in Marriage and the Family, Boston, Houghton Miffhin: 233-251.

M.B. Sussman (1976), "The family life of old people", in R.H. Binstock, E. Shanas, Handbook of Aging and the Social Sciences, New York, Van Nostrand Reinhold: 218-243.

N. Tolkoff, Rubin, S. Fisher, J. O'Brien, R. Rubin (1978), "Coordinated home care: the Massachusetts General Hospital experience", Medical Care, 16: 453-464.

L.E. Troll (1971), "The family of later life. A decade review". Journal of Marriage and Family, 33: 263-299.

P.W. Wahl, R.A. Kronmal (1977), "Discriminant functions when covariances are unequal and sample sizes are moderate", Biometrics, 33: 479-484.

V. Wood, M.L. Wylie, B. Sheafor (1969). "An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: correlation with rater judgements", Journal of Gerontology, 24: 465-469.

M.L. Wylie (1970). "Life satisfaction as a program impact criterion", Journal of Gerontology, 25: 36-40.

De la structure à la signification des réseaux sociaux de personnes âgées dans la région de Québec

Ellen Corin, Laboratoire de Gérontologie sociale, Université Laval.

On a l'impression que, depuis quelques années, le phénomène du vieillissement a acquis un poids culturel et social que justifie certainement l'accroissement de la proportion des personnes âgées dans nos sociétés occidentales, mais qui renvoie peut-être plus fondamentalement à la marginalité de la vieillesse par rapport aux valeurs culturelles centrales de notre société. Cette visibilité sociale de la vieillesse, que renforcent les études de plus en plus nombreuses qui lui sont consacrées, pose des questions fondamentales à la société et à son devenir, et nous interpelle chacun en tant que personnes. Les conditions de vie difficiles d'un grand nombre de personnes âgées concrétisent cette marginalité de leur position et en sont le reflet; elles ont généré le développement de toute une politique de services orientée vers la solution de certains de leurs problèmes les plus urgents et dont la planification repose sur différentes études de besoins.

Cependant, parallèlement à la création de ces services, surgissent des interrogations qui portent

moins sur l'efficacité concrète d'un service particulier que sur ce qui sous-tend la gestion professionnelle de la vieillesse qui peut en être le pendant. De plus en plus, on prend conscience de ce que la seule multiplication de services, pour nécessaire qu'elle soit, ne solutionne pas la question de la marginalité des personnes âgées dans notre société et porte au contraire en elle le risque de la renforcer (Conseil des Affaires sociales et de la Famille, 1979). Ainsi, on peut se demander si la vision négative d'une vieillesse conçue essentiellement en termes de besoins et de manque ne participe pas en partie à la mise à l'écart culturelle des personnes âgées dans notre société, et si elle répond au vécu profond des personnes elles-mêmes. Se référant aux études de Goffman (1963) sur les personnes stigmatisées, Matthews (1979) a montré quelques-unes des stratégies que développent les personnes âgées en réponse aux stéréotypes négatifs qu'on leur applique. C'est une idée similaire qui a inspiré notre étude de ce que j'appellerai les stratégies sociales d'existence des personnes âgées.

Par ailleurs, le dernier document publié par le Ministère des Affaires sociales (1980) s'efforce d'élargir le contexte dans lequel est appréhendé le vieillissement, même si les solutions concrètes proposées demeurent encore largement dans le domaine du palliatif. Il semblait utile dans ce contexte d'essayer de modifier la logique sur laquelle reposent à la fois notre perception des personnes âgées et

les services que nous mettons en place pour elles, afin que ces services puissent venir épauler les dynamismes du milieu naturel des personnes âgées et les stratégies qu'elles développent à l'égard de leurs problèmes.

Il nous a ainsi semblé important de pouvoir revenir aux personnes âgées elles-mêmes et de comprendre la manière dont elles s'organisent en réponse aux contraintes qui pèsent sur elles. Il s'agissait d'articuler au niveau d'une recherche une écoute qui puisse nous restituer le contexte significatif dans lequel s'inscrivent les données relatives aux besoins des personnes âgées tout en nous permettant de saisir ce que l'on pourrait appeler leurs stratégies quotidiennes d'existence. Nous avons saisi ces dernières au niveau de l'intégration sociale des personnes, dans la mesure où celle-ci en constitue l'espace le plus aisément repérable. Les concepts que nous avons utilisés sont ceux de réseau social, de système de support naturel et de démarche de recherche d'aide (Mitchell, 1969; McKinlay, 1972; Chrisman, 1977; Tolsdorf, 1976; Gottlieb, 1980). Notre perspective générale a été une perspective anthropologique et émique. Sur le plan anthropologique, les réseaux sociaux nous apparaissent comme des réalités intermédiaires qui à la fois médiatisent et manifestent l'action des facteurs socio-culturels sur les individus; dans ce contexte, nous avons privilégié une approche émique qui cherche à comprendre comment s'organisent de manière significative pour la personne les repères qu'une analyse de type plus sociologique peut nous aider à poser de l'extérieur.

Cette démarche de type émique se situe à deux niveaux: à celui d'une analyse de caractère individuel, qui s'efforce de saisir la cohérence d'un ensemble de données relatives à une personne particulière; à celui d'une analyse plus globale où nous nous efforçons de saisir la manière dont certains éléments socio-culturels semblent imprimer une certaine direction aux stratégies repérées au niveau individuel. Les va-et-vient effectués entre ces deux niveaux d'analyse donnent à notre démarche un caractère ethnopsychologique dans la mesure où nous nous efforçons de saisir l'articulation entre les dimensions individuelle et socio-culturelle de l'intégration sociale.

Deux recherches voisines et complémentaires sont ainsi en cours dans le cadre du Laboratoire de Gérontologie sociale de l'Université Laval. L'une d'elles, réalisée en collaboration avec des étudiants (1) et subventionnée par le F.C.A.C., s'est surtout attachée à mettre au point une démarche méthodologique permettant de décrire l'intégration sociale dans sa dimension significative. L'analyse des données recueillies est actuellement en cours et c'est à elle que je vais me référer plus particulièrement dans cet exposé. Des travaux de maîtrise s'attachent notamment à restituer les données recueillies dans le contexte global d'une étude de communauté; ici, des données plus classiquement anthropologiques nous permettent de saisir les repères collectifs qui marquent la place des

(1) Claire Laliberté, Carole Duval, Christiane Lampron, Lucie Riou, Lise Lafrance et Michel Mullins.

personnes âgées dans les milieux considérés. Un des volets de cette recherche vise à comprendre comment s'articulent l'intégration sociale, saisie dans ses diverses dimensions, et la santé, approchée elle aussi à différents niveaux: dans sa connotation subjective, à travers une étude de l'auto-évaluation de la santé, dans ses caractéristiques fonctionnelles, à partir de la notion d'espace-action, et à un niveau que l'on pourrait qualifier de plus objectif. Cette partie du projet est effectué sous la responsabilité d'Olive Goulet qui présentera certaines données relatives aux articulations internes de l'espace-santé ainsi défini. La distinction établie dans la recherche entre ces différents aspects de la santé devrait permettre de saisir ultérieurement comment se nouent les relations, que l'on peut penser réciproques, entre intégration sociale et santé.

L'autre recherche, entreprise en collaboration avec différents établissements du réseau des Affaires sociales (1), reprend cette problématique de l'intégration sociale mais met davantage l'accent sur les stratégies de recherche d'aide développées par les personnes âgées en réponse à différents problèmes de la vie quotidienne. Ces dernières sont saisies sous l'angle d'une mobilisation progressive de différents types de ressources, informelles et formelles, dont

(1) C.S.S. de Québec (Theresa Sheriff), D.S.C. du Centre hospitalier de l'Université Laval (Pierre Joubert), C.L.S.C. Basse-Ville (Fleurette Landry), C.L.S.C. de Saint-Marc-des-Carrières (François Mercier).

l'utilisation est éclairée par une étude de la structure et du contenu des liens des réseaux sociaux des personnes âgées. Elle vise à élaborer et tester différents modèles de mobilisation des ressources du milieu naturel des personnes, modèles qui tiennent compte à la fois de la dynamique propre à un milieu particulier (rural, urbain défavorisé, urbain plus hétérogène) et des stratégies particulières développées par une personne dans le cadre de ce milieu. Nous en sommes ici au stade de la cueillette des données. Luc Bergeron, qui est plus particulièrement en charge de la partie démonstration du projet, et Pierre Joubert, du D.S.C. du C.H.U.L., présenteront les lignes principales d'un modèle d'intervention basé sur les systèmes de support naturel et de la dynamique des réseaux sociaux, ainsi que les étapes de la démarche suivie pour la partie "application" du projet.

L'analyse des réseaux sociaux: une vision dynamique de l'intégration sociale

L'intégration sociale d'une personne n'est pas la résultante de l'addition de différents liens sociaux. Elle forme un système dont les parties sont étroitement reliées et dont il faut pouvoir décrire la structure d'ensemble. L'analyse des réseaux sociaux nous montre que l'étude du tissu social doit se situer à deux niveaux différents: à celui de ses caractéristiques morphologiques, définies en terme de taille, d'homogénéité, de densité et d'accessibilité;

à celui de ses caractéristiques transactionnelles qui décrivent l'intensité de la relation, son contenu et la position que la personne occupe par rapport à son réseau. Le réseau social envisagé ici est le réseau social egocentré, c'est-à-dire celui qui s'organise en référence à un sujet qui en constitue le noyau. C'est donc en référence à ce dernier que nous en saisissons l'organisation et les caractéristiques.

Le problème principal qui, à mon sens, se pose à l'analyse de réseau est celui du recueil de données qui soient réellement pertinentes par rapport à la personne. On trouve deux grandes perspectives dans le champ des études qui s'y réfèrent: une perspective sociologique, la plus fréquente, qui met l'accent sur la manipulation statistique de données recueillies en réponse à des questions fermées élaborées pour permettre le recueil des informations nécessaires au traitement des données. Plusieurs auteurs se sont interrogés sur le sens de données ainsi recueillies (Cohen et Sokolovsky, 1980; Garrison et Podell, 1979). D'autres études se situent dans une perspective plus anthropologique, en recueillant les données d'une manière plus qualitative, notamment par une observation participante, en s'efforçant en un deuxième temps de les organiser en référence aux concepts de l'analyse de réseau (Sokolovsky et Cohen, 1978). Cette méthode n'est cependant applicable que dans un milieu relativement clos, dans lequel peut s'intégrer l'observateur; elle demande beaucoup de temps et a du mal à rendre compte

des contacts effectués à l'extérieur du milieu ainsi défini.

Désirant travailler dans un milieu urbain ouvert, nous avons cherché à pallier aux inconvénients de l'approche sociologique en approchant l'intégration sociale des personnes âgées à différents niveaux.

A un premier niveau, les questions visent à établir la carte des relations sociales, en partant des relations les plus proches comme les personnes qui partagent la même résidence et les enfants, et en investigant ensuite progressivement le domaine des relations plus éloignées: la parenté, les voisins, les amis. Les questions relatives aux petits-enfants, aux frères et soeurs et à la parenté demandent au sujet de qualifier globalement la fréquence des contacts noués dans le cadre de ce registre de relations et posent des questions plus précises sur les personnes distinguées comme étant plus significatives. Les questions posées nous permettent de déterminer l'accessibilité géographique des membres du réseau social ainsi recensés et fournissent un premier indicateur, en terme de fréquence, de l'intensité des liens. Elles permettent de dégager une première configuration du réseau social, qualifiable en terme de taille, d'homogénéité, d'accessibilité et, pour un sous-échantillon, de densité.

Il nous a paru essentiel à notre projet de pouvoir compléter cette approche objective de l'intégration sociale par une étude plus fine qui nous permette de saisir davantage la signification que les données

recueillies possèdent pour la personne âgée. Nous avons conjugué ici différents types de questions ouvertes, qui cherchent à saisir cette signification à travers ce que suggèrent des données appartenant à trois champs distincts. Le premier est celui de l'actualisation de ces relations dans la vie quotidienne. Nous inspirant de l'approche comportementale développée par Sanjek (1978), Sokolovsky et Cohen (1978) et Garrison et Podell (1979), nous nous efforçons d'établir la reconstitution des deux journées précédentes, des contacts effectués et reçus durant la dernière semaine et des contacts noués à l'occasion de différentes activités. Nous cherchons à en dégager d'une part ce que l'on pourrait appeler le style de vie de la personne, et d'autre part, les contacts sociaux dont nous pouvons alors plus aisément qualifier le contenu dans ces contextes particuliers. Il s'agit ici de saisir l'usage qui est fait des liens sociaux dans les détails de la vie quotidienne, dans une perspective qui se rapproche de celle définie par de Certeau (1980) dans son étude des Arts de faire. Le deuxième champ est celui des stratégies que la personne a développées (ou développerait), face à différentes catégories de problèmes qu'elle a vécus ou pourrait rencontrer. Comme je l'ai signalé plus haut, les données recueillies ici sont moins approfondies que celles que nous sommes en train de récolter dans le cadre de la recherche financée par le M.A.S. Elles permettent néanmoins de dégager de grands styles dans le domaine des stratégies de résolution de problèmes; ils nous renseignent sans doute davantage sur les

attitudes de la personne ou son style de stratégie général que sur le détail de ses comportements concrets. Le troisième champ est celui des représentations, où nous cherchons à amener la personne à qualifier le type de relations qu'elle entretient avec différentes parties de son réseau: en l'interrogeant sur la fréquence globale de ses contacts avec différentes catégories de relations, fréquence globale dont l'analyse nous montre la connotation affective plus que "réelle", en lui demandant de désigner qui dans son réseau elle mobiliserait en référence à différentes catégories de support affectif et instrumental et ce qu'elle pense de la valence potentielle de soutien de différentes catégories de relations par rapport aux personnes âgées; en lui demandant enfin de qualifier les services échangés avec différentes catégories de relations.

Il est évident que les données recueillies dans le premier de ces champs ne sont "comportementales" que dans un sens large. En effet, elles ne nous découvrent pas des comportements réels que nous aurions observés, mais bien plutôt les discours élaborés par les personnes âgées en référence à ces comportements. Nous pensons cependant qu'en demandant aux personnes âgées de centrer leur attention sur une portion facilement identifiable de leur quotidien et en cheminant avec elles dans cette démarche, plutôt qu'en leur demandant de répondre de façon générale à des questions fermées, nous augmentons la fiabilité et surtout la pertinence des données recueillies

par rapport au monde social quotidiennement vécu par ces personnes. Le fait que les attitudes des personnes contribuent certainement à influencer le rappel et les réponses données est un facteur que nous ne pouvons éliminer; il possède cependant son propre niveau de justification dans la mesure où nous cherchons ici davantage à avoir accès aux lignes principales qui structurent le lieu de l'intégration sociale plus qu'à un comptage mathématique du nombre des relations nouées à travers les comportements.

Enfin, d'autres indices nous permettent de qualifier davantage le style de vie de la personne et la position qu'elle occupe face à son réseau social: la perception qu'elle a du caractère symétrique ou asymétrique des échanges de services; l'importance relative des contacts effectués et reçus durant la dernière semaine; le nombre des activités exercées seul et en compagnie, à une fréquence hebdomadaire et mensuelle; le nombre des activités effectuées à pied, en autobus ou avec une auto conduite par soi-même, par rapport au nombre des activités effectuées avec une auto conduite par un tiers; le type d'espace-action de la personne, tel qu'il peut être défini au niveau des journées reconstruites en référence au fait que les activités se déroulent de manière prédominante à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile de la personne, et de manière plus générale, en référence au périmètre dans lequel semblent se situer les activités de la personne, en terme de paroisse, de quartier et d'ailleurs; l'endroit où ont généralement lieu les rencontres avec les

différentes personnes mentionnées dans la carte des relations sociales: au domicile de la personne elle-même, chez l'autre, ailleurs, ou indifféremment dans l'un ou l'autre de ces endroits.

Aucun de ces indices n'a de valeur certaine en soi, mais leur configuration peut nous aider à interpréter le sens des données recueillies au niveau de l'intégration sociale.

L'ensemble de ces données ont été recueillies au cours de deux, trois ou quatre entretiens effectués avec les personnes à leur domicile. Parallèlement, des observations et des conversations de type informel nous ont permis de recueillir des renseignements précieux sur la signification et la dynamique de certaines portions du réseau social de la personne.

Dans cet exposé, je vais me limiter à présenter certaines des lignes générales de la configuration des réseaux sociaux des personnes âgées que nous avons rencontrées. Je montrerai ensuite la manière dont l'approche comportementale permet de nuancer ou de corriger la vision de l'intégration sociale que nous fournit l'analyse de la carte des relations; elle permet également de mettre en évidence la manière dont les personnes âgées élaborent, à partir de certaines contraintes de base, ce que j'ai appelé des stratégies sociales d'existence.

La population de notre étude

Dans la mesure où cette étude revêtait un caractère essentiellement exploratoire, nous avons privilégié

des entretiens intensifs avec un nombre relativement restreint de personnes. Nous les avons choisies à travers une procédure d'échantillonnage au hasard, en essayant d'équilibrer le nombre des hommes et des femmes dans notre échantillon. Le petit nombre de personnes retenues ne nous a pas permis d'équilibrer nos échantillons en fonction d'autres caractéristiques pertinentes, mais nous nous efforçons d'en tenir compte au niveau de nos interprétations. Nous avons choisi de centrer nos enquêtes dans deux milieux particuliers, pour pouvoir mettre en évidence le poids de certaines variables de contexte sur les stratégies repérées au niveau des individus. Le premier est Limoilou, qui constitue un environnement urbain relativement défavorisé; nous avons retenu trois paroisses à l'intérieur de Limoilou: Stadacona, Saint-Charles et Saint-Pie X, les deux premières étant socio-économiquement défavorisées par rapport à la troisième. Le second milieu est celui de la petite ville de Charny, située aux environs de Québec et caractérisée par l'importance de l'entreprise Canadien National. Ce trait particulier en fait un milieu plus homogène, dans lequel de nombreux retraités ont partagé un monde de travail commun, ce qui devrait modifier certains traits de leur insertion sociale. Les données que nous recueillons dans le cadre du projet MAS nous permettront d'étendre nos bases de comparaison, en nous fournissant des informations sur la population âgée de la Basse Ville, milieu défavorisé, de Sainte-Foy, plus hétérogène et

plus favorisé, ainsi que de deux villages en milieu rural (en outre, des données recueillies dans une perspective qui se rapproche de celle que je viens de définir vont être rassemblées par d'autres étudiants en milieu rural et dans des centres d'achat, sous la direction de Renaud Santerre et à partir d'une population qui fréquente des Centres de jour, à Québec et Trois-Rivières, sous la direction de Nicolas Zay).

Les deux variables de culture que nous retiendrons ici pour l'analyse sont celles du milieu et de l'appartenance sexuelle des répondants. Au niveau des variables de milieu, je ferai ressortir ce qui semble caractériser globalement Charny par rapport à Limoilou. Les travaux en cours permettront de décrire de façon plus fine les caractéristiques des sous-milieux de notre enquête et de pousser plus loin les analyses différentielles en fonction de ces caractéristiques.

Nous avons interrogé une population de 74 personnes qui se répartissent comme suit:

	Femmes	Hommes	Total	65-69	70-74	75-79	80 ans et plus
Limoilou	22	23	45	19	11	7	8
Charny	13	16	29	9	10	7	3
Total:	35	39	74	28	20	14	11

La population de Limoilou apparaît plus dispersée que celle de Charny sur le plan de l'âge, mais dans

chacun des milieux, on trouve une proportion très voisine de personnes en-dessous de 74 ans (64 et 65%), âge que certaines études présentent comme une ligne de partage au sein de la vieillesse.

Les formes structurelles de l'intégration sociale dans notre échantillon

Cette première étape de l'analyse des données vise à tracer les grandes lignes de la configuration des réseaux sociaux tels qu'ils apparaissent en réponse à des questions qui cherchent à construire la carte des relations d'une personne. Nous verrons plus loin qu'un examen des données recueillies à travers notre approche comportementale nous invite à nous interroger sur la signification des données ainsi recueillies et sur les conclusions que nous pouvons en tirer.

Je me bornerai ici à présenter les grandes lignes qui se dégagent de nos données; les analyses en cours nous permettront de mieux dégager le sens qu'elles revêtent lorsqu'on examine la configuration qu'elles dessinent, à la lumière du contexte culturel dans lequel elles s'inscrivent.

L'analyse de la structure des réseaux sociaux s'est faite en fonction de quatre grandes propriétés morphologiques: la taille des réseaux, leur homogénéité, l'accessibilité de leurs membres et leur densité. Dans chacun des cas, il s'agit moins de décrire les données observées que d'essayer de saisir les écarts qui pourraient nous permettre de caracté-

riser l'influence des deux variables de culture retenues: à savoir le milieu et le sexe.

1. La taille des réseaux sociaux

Pour pouvoir qualifier la taille des réseaux recueillis, nous avons choisi des critères internes à notre population, en classant les réseaux sociaux en quartiles calculés sur base de la répartition de l'ensemble de nos sujets. Pour conserver l'homogénéité des critères retenus pour l'approche comportementale, qui s'effectue sur la base d'une semaine, je ne retiens ici que les contacts sociaux qui sont désignés par la personne comme s'effectuant avec une fréquence d'une fois par semaine ou plus. Les calculs prenant comme base une fois par mois ou plus seront faits ultérieurement. La taille des réseaux ainsi définis varie entre zéro (une personne) et 24 (une personne), avec une taille moyenne de 8,6 liens sociaux. Les quatre quartiles définis vont de 0 à 4 (Q1), de 5 à 8 (Q2), de 9 à 11 (Q3), et de 12 à 24 (Q4). Voici comment se répartissent nos échantillons:

Taille des réseaux sociaux

	Q1		Q2		Q3		Q4	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Limoilou	10	22	12	27	12	27	11	24
Charny	9	31	6	21	7	24	7	24
Femmes	11	31	9	26	9	26	6	17
Hommes	8	20	9	23	10	26	12	31

Les différences entre les deux milieux sont peu importantes, dans la mesure où une proportion voisine de personnes se situe en-dessous et au-dessus de la médiane. On trouve cependant à Charny une proportion plus importante de cas de personnes situées dans le quartile 1, c'est-à-dire à faible insertion sociale en fonction des critères retenus ici.

La différence entre les hommes et les femmes apparaît nettement plus manifeste, au profit des hommes dont les réseaux sociaux sont caractérisés, à première vue, par un plus grand nombre de liens sociaux.

2. Homogénéité des réseaux

L'homogénéité des réseaux a été calculée en référence à trois catégories de relations: les enfants, la parenté et les voisins et amis. Nous avons considéré ici deux types d'indices: le caractère plus ou moins dispersé de la structure du réseau, calculé en fonction du fait qu'une, deux ou trois relations prédominent dans la configuration du réseau et le contenu de rôle des catégories de relations qui polarisent plus de 50% des liens sociaux de la personne.

Dispersion de la configuration des réseaux

	1 R1		2 R1		3 R1	
	f	%	f	%	f	%
Limoilou	14	31	20	44	11	25
Charny	12	43	11	39	5	18
Femmes	14	40	14	40	7	20
Hommes	12	32	17	45	9	23

* Les totaux correspondant à Charny et aux hommes sont de 28 et 38, dans la mesure où je n'ai pas intégré ici le cas d'un homme de Charny qui ne mentionne aucun lien social d'une fréquence d'une fois par semaine ou plus dans sa carte des relations.

On peut voir ici que les personnes âgées de Charny ont davantage de réseaux polarisés sur une seule relation sociale, même si on tient compte du fait qu'ils ont davantage de personnes dont le réseau se situe dans le premier quartile en fonction de leur taille. Par contre, si les femmes sont également plus polarisées que les hommes sur une seule relation, elles le sont moins que ne pourrait le faire penser la position qu'elles occupent par rapport à la taille des réseaux. Pour comprendre le sens de ces données, il est important d'examiner quel est, dans nos différents échantillons, le contenu de rôle de la relation dans les réseaux polarisés autour d'une relation particulière.

Contenu de rôle de la relation dominante

	Enfants	Parents	Voisin-Amis
Limoilou	7	3	4
Charny	3	-	9
Femmes	5	3	6
Hommes	5	-	7

Ce qui frappe de suite ici est la différence qui existe entre Charny et Limoilou en ce qui concerne le

rôle que jouent à Charny les amis-voisins par rapport aux enfants à Limoilou, dans le cas des réseaux à faible dispersion. Les différences entre hommes et femmes sont moins notoires sur ce plan, si ce n'est le fait que la dominance de la parenté se retrouve uniquement chez les femmes.

On peut examiner la manière dont les données relatives à l'ensemble des réseaux vient confirmer ou non les tendances observées.

Contenu de rôle des catégories de relations regroupant plus de 50% des liens sociaux*

	Enfants		Parents		Voisin-Amis		Total
Limoilou	11	41	6	22	10	37	27
Charny	4	22	-		14	78	18
Femmes	8	36	4	18	10	46	22
Hommes	7	30	2	9	14	61	23

* Les pourcentages sont exprimés par rapport au nombre de l'ensemble des relations totalisant plus de 50% des liens sociaux des personnes situées dans un sous-échantillon particulier.

Ces données confirment donc celles qui précèdent en mettant cependant ici davantage en évidence la plus grande importance que revêtent les contacts avec les voisins-amis pour les hommes que pour les femmes.

On peut se demander dans quelle mesure les différences relevées entre l'importance relative de différentes catégories de relation sont liées à une différence dans l'accessibilité géographique des membres qui composent le réseau social.

3. Accessibilité des membres du réseau

En prenant toujours pour base les liens sociaux retenus dans la constitution de notre carte des relations, nous avons calculé quelles sont les catégories de relation dont les membres sont situés dans la paroisse pour Limoilou ou dans la ville pour Charny, et cela dans une proportion de plus de 50%. Il s'agit de voir dans quelle mesure l'espace relationnel immédiat des personnes, c'est-à-dire l'espace correspondant aux relations qui ont une fréquence de un contact par semaine ou plus, est géographiquement centré sur le milieu proche ou dépasse les frontières de ce milieu.

Nombre des personnes dont 50% et plus des relations sont situées dans le milieu proche*

	Enfants		Parenté		Voisins-amis		Total des relations	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Limoilou	10	22	9	20	33	73	21	47
Charny	8	27	15	52	24	82	25	86
Femmes	8	23	13	37	26	74	19	54
Hommes	10	26	11	28	31	79	27	69

* Les pourcentages sont exprimés par rapport au nombre des personnes qui constituent le sous-échantillon considéré.

De manière générale, davantage de personnes vivent leurs relations sociales dans un contexte géographique relativement plus proche à Charny qu'à Limoilou. Cela n'a rien d'étonnant, en raison du caractère plus insularisé, pour ainsi dire, de la petite ville de Charny par rapport à Limoilou où chacune des paroisses s'articule sur le milieu plus large. On observe cependant ici une grande différence entre les paroisses de Limoilou: entre Stadacona où 69% et Saint-Pie X, 27% des personnes ont plus de 50% de l'ensemble de leurs relations localisées dans le cadre de la paroisse, Saint-Charles occupant une position intermédiaire avec 47%. A Stadacona, 77% des personnes ont la totalité des relations qu'elles entretiennent avec les membres extérieurs à leur parenté, situées dans les limites de la paroisse, contre 59, 60% et 69% à Saint-Charles, Limoilou et Charny. Ces données nous invitent à nous pencher sur certaines caractéristiques culturelles propres à ces micro-milieux, qui pourraient avoir une influence sur l'insertion sociale des personnes. L'opposition la plus grande entre les deux grands milieux considérés se situe au niveau des relations de parenté et à celui du total des relations affectées d'une fréquence hebdomadaire; en effet, un nombre significativement plus important de personnes à Charny ont plus de la moitié de l'ensemble des relations qu'elles entretiennent régulièrement, et plus particulièrement de leurs relations de parenté, situées dans leur milieu proche.

En ce qui concerne les différences liées au sexe, une proportion plus importante de femmes vit ses rela-

tions de parenté dans un contexte de voisinage, alors que la proportion s'inverse quand on envisage l'ensemble des liens sociaux.

Il est intéressant de noter que cette plus grande présence de la parenté dans le milieu immédiat à Charny ne s'accompagne pas d'une polarisation des liens sociaux sur cette catégorie de relations, si l'on s'en réfère au tableau précédent.

4. La densité des réseaux sociaux

Dans le cadre de l'analyse des réseaux sociaux, le concept de densité se réfère à la proportion des liens existant entre les différents membres du réseau social, par rapport au nombre possible de ces liens (1) Appliquée à l'étude de groupes de personnes, la notion de densité permet d'opérationnaliser certaines des différences que la pensée sociologique établit entre les communautés (Gemeinschaft) dans lesquelles prédomine une solidarité organique, et les sociétés plus hétérogènes (Gesellschaft) caractérisées par une solidarité de type mécanique. Dans la mesure où la solidarité organique prédomine dans les sociétés rurales traditionnelles, dans le contexte desquelles ont été socialisées la majorité des personnes âgées au Québec, il est intéressant de voir ce que leurs

(1) La formule du calcul de la densité d'un réseau s'effectue au moyen de la formule $\frac{na}{\frac{n(n-1)}{2}}$, où na représente le nombre des liens observés et n, le nombre de personnes constituant le réseau social.

réseaux retiennent comme marque d'un monde où les gens étaient étroitement interreliés. Une comparaison entre les densités caractéristiques de nos différents échantillons devrait nous donner accès à la manière dont les différences de milieu marquent cette structuration du tissu social et à la façon dont ce dernier possède une texture différente dans le cas des hommes et des femmes.

De plus, on a montré que la densité d'un réseau influence le comportement des membres qui le composent, et plus particulièrement leur possibilité ou leur volonté d'avoir accès à des ressources formelles (entre autres, McKinlay, 1973). La connaissance de la densité des réseaux individuels pourra donc nous être utile lorsque nous chercherons à établir une relation entre les caractéristiques structurelles des réseaux sociaux et leur utilisation dans le cadre de démarches de recherche d'aide.

Notre calcul de la densité des réseaux s'est effectué sur la base des relations nouées une fois par mois ou plus. Comme le recueil des données nécessaires au calcul de la densité est assez fastidieux à effectuer, nous n'avons pu les recueillir qu'auprès d'un sous-échantillon constitué de 29 personnes âgées à Limoilou et 23 à Charny, qui se répartissent en 22 femmes et 30 hommes.

Cubitt (1973) a montré l'intérêt que présente la notion de la densité des cliques ou des sous-ensembles dans le réseau social, spécialement en milieu urbain. Cette considération est d'autant plus

importante dans une population âgée où la grande proportion des liens de parenté dans le réseau risque de glonfer indûment la densité globale et de masquer ce qui se passe dans le reste du réseau. J'ai donc effectué trois calculs différents: celui de la densité globale du réseau, celui de la densité partielle de l'ensemble des voisins-amis, et celui de la densité inter-clique entre, d'une part, les enfants et parents, et de l'autre, les voisins et amis. Dans la mesure où l'écart entre les densités moyennes de nos échantillons apparaissait peu important, j'ai également indiqué dans le tableau qui suit le nombre des personnes dont les liens sociaux considérés ont une densité inférieure à 50 et ceux où elle est supérieure à 75 (voir tableau, page suivante).

Si l'on compare les milieux de Limoilou et de Charny, on observe que la densité globale des réseaux sociaux est plus grande à Limoilou qu'à Charny, ce qui s'explique par le fait que ces réseaux montrent une plus grande prédominance des liens avec les enfants et la parenté. Par contre, le rapport s'inverse lorsqu'on envisage la densité inter-clique; en d'autres termes, il y a davantage de personnes à Charny dont les enfants et parents connaissent les voisins et amis, de la même manière que voisins et amis s'y connaissent davantage entre eux.

Ces données sont intéressantes à comparer à l'étude de l'origine des amitiés que l'on rencontre dans les deux milieux considérés: alors qu'à Limoilou, 38% des relations d'amitié mentionnées ont leur

Densité des réseaux sociaux

	D. Moyennes			D. Globale				D. Vois. A.				D. Int. Cl.			
	D. glob.	D. Vs.A.	D. Inter clique	<50		>75		<50		>75		<50		>75	
				N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Limoilou	76.9	67.4	55	3	10	18	62	11	38	13	45	12	41	7	24
Charny	71.9	71.9	57.6	5	22	12	52	7	30	12	52	8	35	8	35
Femmes	76.5	65.8	58.4	5	23	14	64	10	45	10	45	9	41	5	23
Hommes	73.4	72.3	54.7	3	10	16	53	8	27	8	50	11	37	10	33

racine dans l'enfance ou la famille de la personne, 12% de ces relations ont la même origine à Charny. La plus grande densité des relations entre voisins et amis et entre ces liens et les enfants et la parenté apparaît donc générée par le milieu plus qu'elle ne s'impose en fonction du mode de recrutement de l'amitié. En fait, une analyse plus fine des données montre que cette différence est surtout imputable à la paroisse de St-Charles. Cette paroisse se démarque en effet nettement des deux autres, dans la mesure où l'on y trouve beaucoup plus de personnes dont la densité inter-clique se situe en-dessous de 50 qu'au-dessus de 75, alors que les proportions s'équivalent à Stadacona, Pie X et Charny.

Si l'on envisage maintenant les groupes des femmes et des hommes, on observe un glissement analogue entre les données relatives à la densité globale et celles qui concernent la densité inter-clique et sans doute également en raison de la prédominance des liens avec parents et enfants chez les femmes; ce glissement n'est cependant pas apparent lorsque l'on envisage seulement les densités moyennes. Trois traits particuliers sont à noter ici: le fait que malgré tout, même au niveau de la densité globale des réseaux, une proportion nettement plus importante de femmes que d'hommes ont des réseaux dont la densité est inférieure à 50, le fait que la densité inter-clique de leurs réseaux est inférieure à celle des réseaux des hommes, et le fait qu'une proportion

nettement plus importante de femmes que d'hommes a une densité voisins-amis inférieure à 50. Ces différents faits suggèrent que, contrairement aux idées répandues, les femmes âgées pourraient vivre dans un univers social plus différencié que les hommes, tout au moins en ce qui concerne le monde des relations qu'elles nouent à l'extérieur de la parenté et même si la proportion des liens d'amitié qui ont leur origine dans l'enfance ou dans les relations familiales est légèrement plus élevée pour les femmes que pour les hommes (31% contre 25%).

L'intérêt principal que présentent les résultats des analyses portant sur la structure morphologique des réseaux de personnes âgées est de dégager la manière dont des milieux particuliers où les différences culturelles entre rôles masculins et féminins influencent l'intégration sociale des personnes âgées. Il faut saisir le système que forment entre elles les différences observées et les confronter à d'autres types de données plus anthropologiques qui permettent d'en préciser la signification. On peut dire que ces données structurales mettent en évidence le contexte à partir duquel se construisent les stratégies sociales concrètes d'existence d'individus particuliers.

Une approche comportementale de l'intégration sociale

Une fois tracées les grandes lignes des caractéristiques structurales des réseaux sociaux des personnes âgées de nos échantillons, il est important de se

demander comment les relations mentionnées par la personne âgée s'actualisent dans la vie quotidienne et quel est le style de vie qu'elle bâtit à partir de ou en réponse à ces données structurelles. Je ne retiendrai ici pour illustrer l'intérêt que présente cette double approche de l'intégration sociale qu'un seul point, c'est celui de l'importance quantitative de cette sociabilité, qui fait écho à la dimension structurale de la taille des réseaux sociaux. En parlant de l'extension des réseaux dans leur actualisation dans la vie quotidienne, je serai amenée à introduire la notion de style de vie et celle d'une sociabilité de type général dont l'importance est apparue au cours du dépouillement de nos données.

La taille des réseaux sociaux

En repartant des données relatives au classement des réseaux sociaux en quartiles en fonction de leur taille, la question que nous nous sommes posée est celle de savoir si notre approche comportementale confirme ou modifie le sens des données recueillies de manière plus classique et, si elle les modifie, dans quel sens elle le fait. Pour chacune des données comportementales, j'ai considéré les contacts noués durant la dernière semaine. Comme nous voulons avoir une idée de la place ou de l'espace que les relations sociales occupent dans la structuration de l'existence de tous les jours, la base de calcul a été non plus le nombre de personnes vues, mais le nombre de contacts effectués durant la semaine. Cette

notion est imparfaite mais nous permet néanmoins d'entrer plus avant dans l'univers social quotidien des personnes.

Pour clarifier l'exposé, j'ai uniquement considéré ici les cas extrêmes, c'est-à-dire ceux que notre approche structurale avait classés dans le premier et dans le quatrième quartile, en essayant chaque fois de comprendre quels sont les facteurs qui semblent responsables des différences observées. Je me limite ici à ce qui a trait à la comparaison entre le groupe des hommes et celui des femmes, là où la différence de taille était la plus prononcée.

Impact de l'approche comportementale sur une estimation de l'extension de la sociabilité des personnes

	Quartile 1				Quartile 4			
	N	=	↗	↘	N	=	↗	↘
Femmes	11	3	6	2	6	4	-	2
Hommes	8	5	1	2	12	-	-	12

Les différences entre les hommes et les femmes sont ici flagrantes et nous montrent l'intérêt que revêt une approche comportementale lorsqu'on veut étudier le tissu social quotidien des personnes âgées ainsi que la valence de support qu'il revêt pour la personne.

Il apparaît ainsi que notre approche structurale a sous-estimé la sociabilité des femmes et au contraire surestimé celle des hommes. Si on considère en effet les données de l'approche comportementale, 5 femmes et 7 hommes voient leur position confirmée ou renforcée dans le premier quartile, alors que 4 femmes et aucun homme ne le sont dans le quatrième quartile. Il faut noter que 8 des 12 hommes classés dans le quartile quatre ont une sociabilité comportementale nettement ou très nettement inférieure, alors que 3 des 6 femmes classées dans le quartile 1 et dont la sociabilité comportementale est plus importante remontent également nettement dans l'échelle des quantités.

Ces données relatives à l'importance de la sociabilité des personnes dans la vie quotidienne ne font que dessiner les lignes générales du cadre dans lequel se situent ce que j'ai appelé les stratégies sociales d'existence des personnes âgées.

Pour illustrer la manière dont ces stratégies sociales d'existence se construisent sur l'arrière-plan des formes de sociabilité mises en évidence au niveau de notre recherche, je vais me borner à présenter certaines données relatives aux personnes dont la faible sociabilité est confirmée ou renforcée par l'approche comportementale. Je tiendrai compte ici à la fois des contraintes qui semblent influencer le niveau de sociabilité des sujets, et des données qui concernent une description de la position de la personne par rapport à son réseau social.

L'âge semble jouer un rôle important au niveau des femmes puisque 5 des 6 femmes dont le réseau a été classé dans le quartile 1 en fonction de sa taille sont âgées de plus de 80 ans. Au niveau des hommes par contre, 2 d'entre eux sont âgés de 65 à 69 ans, 2, de 70 à 74 ans et 3, de 75 à 79 ans. Trois des femmes d'un âge avancé ont déménagé pour se rapprocher de leurs enfants ou habiter avec eux et dans un de ces cas, la personne apparaît surprotégée par sa fille qui ne lui laisse prendre aucune décision. En fait, dans 2 des 6 cas, la faible sociabilité, calculée en référence à des contacts sociaux identifiables noués durant la semaine est compensée par le développement de ce que nous avons appelé une sociabilité de type général ou une sociabilité G qui se vit de façon globale dans le contexte des centres d'achat ou de rencontres informelles effectuées dans des lieux publics. Voici un cas concret qui illustre cette stratégie: Il s'agit d'une femme veuve, étrangère, âgée de 89 ans et qui a déménagé à Québec pour se rapprocher de son fils et de sa famille avec lesquels elle entretient des relations étroites, surtout par téléphone. Aucun autre contact n'est mentionné comme tel au niveau de la carte des relations ou au niveau de la semaine reconstruite. Par ailleurs, différents indices nous attestent son autonomie physique: son espace action est centré sur l'extérieur, elle effectue seule un grand nombre d'activités, voyage à pied ou en bus. Un examen de ses activités nous montre que sa vie est en fait structurée autour de contacts de type G.

Chaque jour, elle se rend seule au centre d'achat, à l'Eglise et au Club d'Age d'Or. Chacune de ces activités sont pour elle l'occasion de nouer de nombreux contacts qui demeurent cependant toujours relativement généraux dans la mesure où elle semble préférer "être avec" que nouer des connaissances; elle connaît les gens de vue, mais généralement sans connaître leur nom. Ceci rejoint le fait que dans quatre catégories de relations sur cinq, elle ne mentionne pas d'échange de services. Par ailleurs, le club d'Age d'Or apparaît comme une ressource possible en cas de problème, son fils était cité comme la personne importante et comme son confident.

Au niveau des hommes, dans 2 des 7 cas où la faible sociabilité est confirmée ou renforcée, nous rencontrons un problème de santé important qui entraîne un repli sur le milieu familial proche. Dans un de ces cas, la personne compense une grande dépendance concrète à l'égard de la fille dans la maison de laquelle elle habite, en aménageant sur le plan des attitudes le type de relation qu'elle entretient avec ses enfants.

Il s'agit d'un homme veuf, de 80 ans, qui a un gros handicap sur le plan de sa mobilité. Il habite seul et prend tous ses repas chez sa fille qui demeure à l'étage inférieur. Sa carte des relations est pauvre, avec deux types de relation: aux enfants et aux voisins. A l'examen, ses contacts avec les voisins semblent ne pas être très étroits et sont noués à partir de sa galerie; au niveau comportemental, ce sont les relations aux enfants qui dominent. Il

n'effectue aucune des activités reprises sur notre liste, et on peut penser qu'il risque de développer une relation de grande dépendance à l'égard de ses enfants. En fait, les stratégies qu'il utilise dans ce contexte se situent non au niveau d'une complémentarité ou d'une opposition entre des catégories de relations, mais à celui de la manière dont il aménage ses relations à ses enfants. Un premier élément à citer ici est la façon dont il effectue une séparation entre d'une part le lien qu'il a avec sa fille et ses enfants par rapport auxquels il est dans un état de grande dépendance concrète (au niveau des repas, des activités) mais avec qui il maintient une distance affective manifeste; et d'autre part son garçon et les filles de ce dernier, qui vivent plus loin mais auxquelles il est très attaché affectivement. Sur le plan de ses attitudes, il déclare que "tout le monde" est important et qu'il n'a pas de confident, ce qui revient au même et est sans doute une manière de préserver malgré tout un sentiment d'autonomie. Son état concret ne s'accompagne pas en effet d'un sentiment de dépendance psychologique; il se situe dans la position dominante d'un échange asymétrique avec les voisins et perçoit ses relations avec ses enfants comme réciproques; cette réciprocité est enracinée dans une perspective temporelle: lui a passé sa vie à leur rendre service, a notamment bâti cette maison pour sa fille qui n'aurait pu se la payer; maintenant, eux s'occupent de lui. De la même manière, quand il leur demande de le véhiculer, il les paie comme il le ferait pour un taxi.

Dans l'autre cas, où l'isolement de la personne a été amené brutalement par une opération au larynx qui rend son élocution difficilement compréhensible, ce sont les contacts G qui semblent avoir valeur de stratégie.

Il s'agit d'un homme de 67 ans. Sa femme est handicapée et semble souffrir d'une certaine confusion mentale. La carte des relations indique une seule catégorie de liens, les enfants, ce qui est confirmé par l'approche comportementale qui montre une très grande présence des filles. Le handicap de cette personne apparaît avoir entraîné une rupture brutale dans des relations autrefois très étroites avec des amis et voisins, qui avaient même motivé son emménagement dans le quartier. Cette rupture est perceptible dans l'examen du contenu d'échange des liens. Quand on l'interroge sur les relations aux voisins, il les donne comme réciproques, mais ajoute de suite que cela, c'était avant. Une autre relation est réciproque, une autre asymétrique où il occupe la position inférieure et deux autres sans contenu d'échange de services. Il continue cependant à effectuer seul de nombreuses activités et noue à ces occasions des contacts avec les vendeurs et des contacts plus généraux au centre d'achat. Ce type de relation lui permet d'ouvrir un monde relationnel sans cela fort replié sur la famille.

Dans 2 autres de ces 7 cas, la contrainte principale semble être un veuvage récent, mais la pauvreté des contacts repérables est compensée dans un cas par une bonne insertion dans le voisinage et, dans l'autre,

par le développement d'une vie très indépendante dans laquelle des contacts féminins noués dans le cadre d'un club d'Age d'Or servent de support important à l'autonomisation de la personne qui songe à quitter la maison de son enfant pour prendre un logement indépendant.

Dans un autre des cas, un déménagement du couple chez les enfants semble entraîner une très grande dépendance à l'égard des enfants. Dans un autre cas encore, l'homme qui habite à Charny depuis 10 à 20 ans s'y sent considéré comme un étranger et c'est essentiellement sa femme qui est l'intermédiaire dans les relations sociales. Il est intéressant de noter que dans 6 des 12 cas des hommes classés dans le quatrième quartile et dont le niveau de sociabilité semble plus ou beaucoup faible à travers l'approche comportementale, c'est l'épouse qui apparaît comme l'agent principal des relations particularisées, alors que la sociabilité des hommes se vit davantage dans un contexte G.

De manière plus générale, nous avons été frappés par l'importance de ce que nous avons appelé une sociabilité de type G dans la vie des personnes. Dans certains cas, les contacts G prolongent ou renforcent le type de sociabilité mis en évidence au niveau structural alors que dans d'autres, ils se présentent comme un support fondamental de la sociabilité et ont alors valeur de stratégie. A Limoilou, les contacts G semblent s'inscrire davantage dans le prolongement de la sociabilité des femmes, alors qu'ils apparaissent

par contre davantage comme le support principal de la sociabilité des hommes dans ce milieu. Des analyses plus poussées permettront de confirmer ces tendances. A Charny par contre, ces contacts s'inscrivent le plus généralement dans le prolongement des formes de sociabilité décrites, ce qui n'est pas étonnant si l'on tient compte du fait que les répondants de Charny ont davantage intégré voisins et amis dans leurs réseaux sociaux. On peut penser que le contexte plus proche dans lequel ont lieu les contacts G à Charny, par opposition à Limoilou où ils se situent davantage dans le terrain plus neutre des centres d'achat, favorise le prolongement de ces conctacts en des amitiés ou des relations plus particularisées; il faut aussi tenir compte du caractère plus homogène de la population, surtout pour les hommes dont 11 sur 16 ont travaillé au CN en sorte que les personnes rencontrées lors de ces contacts peuvent être déjà connues par ailleurs; les contacts de type général constitueront alors la forme fondamentale que prend ce type de relations. Il sera intéressant de voir si ce mode particulier d'actualisation des contacts a une répercussion sur la valence de support qu'ils revêtent pour une personne confrontée à des problèmes particuliers.

Le contenu des liens sociaux

L'étude du contenu des liens sociaux est un domaine complexe dont l'importance est cependant rappelée périodiquement dans les études sociologiques qui traitent de l'intégration sociale des personnes

âgées. J'ai indiqué plus haut les trois champs dans lesquels nous puisons les données que nous analysons dans cette optique: le champ des contacts que nous voyons actualisés à travers des comportements, celui des stratégies de résolution de problèmes et celui des représentations et de leur charge affective.

L'analyse du contenu des liens actualisés dans la vie quotidienne est en cours. Nous avons commencé par dichotomiser ces contenus en contenus de sociabilité, qui comprennent les échanges affectifs, les échanges de nouvelles et la participation à des loisirs communs par exemple, et en contenus instrumentaux comme le fait d'accompagner la personne ou un échange de services. Nous sommes en train de pousser plus loin la catégorisation des échanges qui interviennent sous ces deux grandes rubriques. Cette analyse devrait nous permettre de cerner de beaucoup plus près la dynamique de l'univers social des personnes âgées et la signification que différents types de contact revêtent pour elles.

L'analyse des stratégies utilisées par les personnes face à des problèmes réellement rencontrés ou hypothétiques, est plus avancée. Je vais me borner à présenter ici notre démarche et quelques résultats généraux de cette partie de l'analyse.

Nous avons classé les stratégies des résolutions de problèmes des personnes âgées en plusieurs grandes catégories: le recours exclusif à des ressources formelles (RF), celui à des ressources informelles (RI), le recours simultané aux deux types de ressources (les 2), le fait de chercher soi-même à résoudre ou à

prévenir le problème (SM) et enfin le fait de refuser d'envisager le problème ou de ne rien prévoir comme solution (RN) (voir Lieberman et Glidewell, 1978, pour une classification analogue). Au niveau des stratégies qui intègrent un recours à des ressources informelles, nous avons examiné quels sont les types de relations auxquelles les personnes font appel; nous les avons regroupés ici en trois catégories: le conjoint, les enfants et parents, et les voisins et amis.

La base du recueil des données était une liste de 10 problèmes que les personnes âgées sont susceptibles de rencontrer, ainsi que 3 questions portant sur des attitudes plus générales liées à la mobilisation de ressources informelles en cas de problèmes de santé, de problèmes financiers et de problèmes d'entretien ou de grands travaux à effectuer.

Le tableau suivant reprend les données de l'enquête en comptabilisant les stratégies par problèmes rencontrés ou envisagés sans effectuer ici de distinction entre ces deux types de situations.

Stratégies par problèmes

	RF		R1		les 2		SM		RN		Total des problèmes
	pr	%	pr	%	pr	%	pr	%	pr	%	
Limoilou	158	30	169	33	64	12	55	11	71	14	517
Charny	97	39	68	27	16	6	24	10	45	18	250
Femmes	90	26	114	33	43	13	32	9	63	19	342
Hommes	165	39	123	29	37	9	47	11	53	12	425

Le tableau suivant présente les catégories de ressources informelles mobilisées en cas d'un recours exclusif ou partiel au réseau naturel, calculées toujours sur la basede l'intervention de la catégorie considérée dans la stratégie correspondant à un problème réel ou hypothétique.

	Conjoint		Enf. Par.		Vois. A.	
	pr	%	pr	%	pr	%
Limoilou	26	9	215	74	49	17
Charny	18	19	65	71	9	10
Femmes	12	6	152	80	26	14
Hommes	32	17	128	66	32	17

D'après ces données, les personnes âgées de Limoilou recourent ou envisagent de recourir davantage à des ressources informelles que celles de Charny qui privilégient nettement les ressources formelles. De façon assez étonnante en regard des données relatives à la structure des réseaux, elles envisagent plus facilement qu'à Charny d'avoir recours aux voisins et amis pour en obtenir un support concret, alors que nous avons vu la grande importance que ces relations possèdent à Charny. Dans ce dernier milieu, c'est le recours au conjoint qui passe avant celui aux voisins et amis, mais cette importance du conjoint s'explique sans doute par la proportion différente des personnes âgées mariées dans les deux milieux (55% à Limoilou et 65% à Charny). Il serait cependant

téméraire de supposer que l'ensemble des 10% de personnes seules supplémentaires de Limoilou investissent majoritairement les voisins-amis comme lieu d'un support potentiel ou réel alors que les 10% de personnes mariées de Charny investiraient davantage leur conjoint. D'autres variables ayant trait à la signification des relations sociales dans ces deux milieux sont sans doute en jeu.

Au niveau des hommes et des femmes, une proportion plus importante de femmes privilégient un recours aux ressources informelles, alors que les hommes mettent en avant un recours aux ressources formelles. Les enfants et la parenté occupent une place plus importante pour les femmes alors que le conjoint apparaît plus souvent chez les hommes que chez les femmes, sans doute en raison des différences dans les états civils des deux groupes. Un effort serait fait pour contrôler l'influence de ce facteur. Les données qui précèdent sont calculées en référence à des problèmes. Nous avons effectué une catégorisation des personnes en fonction du type de stratégie qu'elles apparaissent privilégier dans leur discours.

Stratégies dominantes par personne

	RF		R1		les 2		SM		RN		Autre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Limoilou	6	13	15	33	18	40	3	7	-	-	3	7
Charny	13	45	8	27	6	21	2	7	-	-	-	-
Femmes	6	17	14	40	11	31	3	3	-	-	1	3
Hommes	13	33	9	23	13	33	2	5	-	-	2	6

Les différences notées précédemment s'accentuent, surtout en ce qui concerne l'importance des styles de stratégies centrées sur les ressources formelles à Charny et chez les hommes, et en ce qui a trait à l'importance des ressources informelles à Limoilou et chez les femmes. Des nuances apparaissent cependant: l'importance des styles de stratégies intégrées augmente dans tous les groupes et les hommes dépassent maintenant légèrement les femmes dans ce domaine, alors que ces dernières privilégient un style centré sur les ressources informelles. Par contre, le style de stratégie centré sur les ressources formelles diminue nettement chez les femmes.

Ces différents éléments ne nous fournissent cependant que des indices dont il faut soigneusement évaluer le statut. En effet, nos données présentent deux grandes limitations qui tiennent partiellement à la méthodologie adoptée. La première est qu'elles nous fournissent le plus souvent une coupe statique des stratégies des personnes, sauf dans certains cas mieux documentés.

Cela tient sans doute au point de départ du recueil des renseignements qui ferme la possibilité d'un retour sur le déroulement du processus de mobilisation progressive de ressources en présentant d'emblée une liste de 10 problèmes. On peut penser que ce biais méthodologique nous a conduits à sous-estimer la place que les ressources informelles occupent dans les processus de recherche d'aide développés par les personnes. La méthodologie beaucoup plus souple adoptée dans notre seconde recherche devrait nous permettre de

pallier au moins partiellement à ces inconvénients. En second lieu, les réponses renvoient vraisemblablement parfois davantage à certaines attitudes de la personne en ce qui concerne l'utilisation des données formelles et informelles plus qu'à des comportements concrets. L'étape suivante de l'analyse consistera ici à mettre en relation les données recueillies à partir de la liste des problèmes et celles qui concernent plus spécifiquement les attitudes des personnes âgées et leurs attentes face à différentes catégories de relation.

Vers une perspective ethnopsychologique sur l'intégration sociale des personnes âgées

Les données présentées ici nous fournissent certains points de repère qui nous permettent de tracer les lignes de force qui orientent l'insertion sociale des femmes et des hommes âgés dans différents milieux. Elles nous posent surtout des questions qui renvoient à certaines données culturelles plus générales avec lesquelles nous nous efforcerons de les confronter en fin de notre analyse.

L'étape suivante du traitement des données va consister à examiner quelle est la relation qui existe entre les caractères structurels des réseaux sociaux, les caractéristiques des données recueillies par l'approche comportementale, les stratégies de résolution de problème et le champ des attitudes.

Nous reprendrons ensuite plus en détail l'analyse de cas particuliers, afin de pouvoir illustrer concrète-

ment les différents aspects des stratégies sociales d'existence que développent les personnes âgées dans leur vie quotidienne. Notre fil conducteur sera fourni par certaines contraintes de base comme le veuvage ou le célibat, le fait de vivre seul, de ne pas avoir d'enfants ou d'avoir plus de 80 ans par exemple. Il s'agira chaque fois d'essayer de comprendre ce que les personnes âgées construisent sur cette base, en marge de la place que nous avons trop rapidement tendance à leur assigner dans le champ de nos propres représentations.

Bibliographie

CHRISMAN, N.J. 1977. The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness. Culture, Medicine and Psychiatry, 1: 351-377.

COHEN, C.I. et J. SOKOLOVSKY, 1980. Social Engagement versus Isolation: The Care of the Aged in SRO Hotels. The Gerontologist, 20: 36-44.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE. 1979. Pour une politique québécoise du vieillissement et des personnes âgées. Québec: Etudes et Avis, Conseil des Affaires Sociales et de la Famille du ministère des Affaires Sociales.

De CERTEAU, M. 1980. L'invention du quotidien. 1, Arts de faire. Paris: Collection 10118.

GARRISON, V. et J. PODELL, 1979. A Practicable "Community Support System Assessment" for Inclusion in Stan-

dard Clinical Interviews. Communication présentée à la conférence "Stress, Social Support and Schyzophrenia", Burlington, Vermont, September.

GOFFMAN, E. 1963. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

GOTTLIEB, B. 1980. Social Networks and Social Support in the Design of Prevention Interventions. Symposium Papers. Helping Networks and the Welfare State. University of Toronto, May.

LIEBERMAN, M.A. et J.C. GLIDEWELL, 1978. Overview. Special Issue on the Helping Process. American Journal of Community Psychology, 6: 405-411.

MATTHEWS, S.H., 1979. The Social World of Old Women; Management of Self-Identity. Beaverly Hills: Sage Publications.

McKINLAY, J.B., 1972. Some Approches and Problems in the Study of the Use of Services. An Overview. Journal of Health and Social Behavior, 13: 115-152.

McKINLAY, J.B., 1973. Social Networks, Lay Consultation and Help Seeking Behavior. Social Forces, 52: 275-292.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, 1980: Pour mieux vieillir au Québec, Québec, juin 1980.

MITCHELL, J.C. (ed). 1969. Social Networks in Urban Situation Analysis of Personal Relationships in Central African Towns. Manchester University Press.

SANSEK, R., 1978. A Network Method and its Use in Urban Ethnography. Human Organization, 37: 257-269.

SOKOLOVSKY, J. et C. COHEN, 1978. The Cultural Meaning of Personal Networks for the Inner-City Elderly. Urban Anthropology, 7: 303-392.

TOLSDORF, C.C., 1976. Social Networks, Support and Coping: An Exploratory Study. Family Process, 15: 407-418.

La connaissance des formes de support naturel des personnes âgées: un cadre de référence pour le renouvellement des pratiques dans le secteur public

Luc Bergeron, Laboratoire de Gérontologie sociale, Université Laval et Pierre Joubert, Département de santé communautaire, Centre Hospitalier de l'Université Laval.

Comme bien d'autres sociétés en Occident, le Québec n'échappe pas à un processus irréversible de décroissance et à un engagement accru dans la gestion de ce qu'on pourrait appeler les ressources devenues rares. Au cours des années 60, le Québec s'est résolument orienté dans la restructuration des services socio-sanitaires et à la faveur d'une croissance nette au niveau économique dans leur extension à des clientèles nouvelles et leur diversification. Seulement ces années fastueuses sont terminées et désormais une rationalité d'un autre type s'installe qui aura à gérer la rareté. Ses orientations sont claires sur le plan des coupures qu'on effectue dans le "gras", mais il n'est pas sûr par ailleurs qu'une perspective quelconque sous-tende cette stratégie de réduction des dépenses. Pourtant l'occasion serait belle de s'interroger librement sur la philosophie et l'idéologie qui ont soutenu cette mise en place des services

au cours des années. Ce qui frappe au gré de l'opinion des professionnels comme du public, c'est le caractère brutal des coupures, les discussions sur leur justification en termes de rationalité ou de besoins auxquels il faut continuer à répondre, sans qu'on sente vraiment l'émergence d'un débat de fond qui ne pourra peut-être s'engager que plus tard, au niveau de tous les corps constitués du milieu (professionnels de la santé et des services sociaux, partenaires de négociations: Etat et syndicats, institutions et appareils), une fois bien établi le contour du contexte de rareté et le caractère irréversible et non-négociable de celui-ci.

Car à partir de cette contrainte majeure, l'Etat et ses partenaires peuvent s'engager dans des voies diverses. Différentes idéologies, valeurs, conceptions ou philosophies peuvent dès lors sous-tendre les discussions et les négociations à ce niveau. Il n'est pas sûr par exemple qu'une bonne réponse à ce contexte soit de type exclusivement gestionnaire ou administratif, dans le sens d'un contrôle accru sur les dépenses, ou d'une meilleure coordination intersectorielle ou inter-établissements dans l'allocation des ressources. Si cette dimension n'est pas sans rapport avec le gonflement démesuré des dépenses publiques au cours des deux dernières décennies, nous pensons qu'il y avait bien en-deçà de la notion de besoin qui le justifiait et donc des services qui constituaient la réponse, autre chose qui relevait de conceptions plus fondamentales et qui toutes renvoyaient à l'idée de santé comme à la défense d'inté-

rêts professionnels. Une rationalité n'est pas que gestionnaire. Elle est toute relative dans un contexte de valeurs et de représentations.

L'autre réponse à développer dans un contexte de rareté consisterait donc à reposer des questions de fond qu'une période fastueuse avait occultées et qui concernent ce que globalement nous pourrions appeler l'exigence de liberté et la relativité de la notion même de besoin. Ces perspectives à elles seules pourraient orienter autrement les choix que l'Etat et ses partenaires devront faire dans les années à venir et qui consisteraient pour l'essentiel, en-deçà (ou au-delà) des rationalités budgétaires, à viser le développement de modèles alternatifs d'intervention auprès des "clientèles". C'est ici que nous rejoignons les intervenants à la base pour qui cet article est écrit et qui ont dans leurs milieux respectifs à assurer la présence la plus efficace possible de leurs services. Dans ces milieux, des interrogations se posent au sujet du sens que font pour les praticiens les activités qu'ils mènent au jour le jour et qui les confrontent à des univers de besoins. Il n'est pas question de nier que le besoin existe, qu'en nos sociétés, des points de manque et des aires de privation subsistent. Seulement face à cette infrastructure de services que les professionnels ont à gérer, des gens existent qu'on nomme le "client" et qui ont, individus comme groupes, des ressources d'auto-détermination et de responsabilité. C'est à partir de ces ressources réelles, à partir d'une certaine idée de

l'autonomie face aux institutions et aux solutions de type professionnel, que nous pourrons orienter autrement les pratiques dans les milieux et commencer de répondre à cette rareté qui peut être considérée comme une chance si on y met un peu d'audace et d'imagination.

Dans les milieux de pratique, des interrogations se lèvent que nous tenterons de rejoindre. Au niveau même du Ministère des Affaires sociales, des orientations s'esquissent qui ouvrent une brèche sur l'horizon et qui permettent d'entrevoir que des alternatives puissent jouer en retrait des pratiques actuelles ou à leur marge. C'est ainsi qu'en quelques-uns de ses textes officiels, celui-ci parle d'autonomie, d'alternatives à l'hébergement et de prévention. Nous ne pouvons qu'entériner l'orientation marquée par cette terminologie et pourquoi pas nous y appuyer pour l'essentiel.

Un groupe de recherche de l'Université Laval (le groupe de recherche sur "le système de support naturel des personnes âgées" composé de trois chercheurs du Laboratoire de Gérontologie sociale de l'Université Laval: Ellen Corin, Suzanne Moffet et Luc Bergeron; un chercheur du Département de Santé-Communautaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval: Pierre Joubert; un chercheur du Centre des Services sociaux de Québec: Thérèsa Sheriff; deux représentants de C.L.S.C.: Fleurette Landry du C.L.S.C. Basse-Ville de Québec et François Mercier du C.L.S.C. St-Marc des Carrières) s'est constitué en 1980 autour du concept d'autonomie par rapport

à une problématique de personnes âgées. L'autonomie n'est pas entendue ici de manière vague ou sentimentale ou sur le seul plan des ressources psychologiques d'une personne. Ce qui met en forme de manière concrète l'autonomie en question, c'est l'idée que les personnes âgées, dans leurs milieux respectifs et en fonction de leur type d'intégration sociale, développent tout un ensemble de stratégies au coeur des nécessités de la vie quotidienne (repas, ménage, épicerie, réparations, etc...) et face aux problèmes de santé comme aux périodes de transition auxquelles elles peuvent être confrontées (veuvage, divorce, séparation, départ des enfants, retraite, etc...). La recherche sur le plan théorique a donc tenté de donner tout son sens à cette idée de stratégie, et sur le plan de la modification des pratiques ou de la mise en place d'alternatives aux pratiques existantes, elle s'est donné un projet qui tentera d'en faire la démonstration de manière concrète dans différents milieux d'intervention.

1. La recherche: autonomie, stratégies et support naturel

La recherche essentiellement s'est articulée sur cette idée des stratégies que nous avons annoncée plus haut. L'autonomie dont nous parlons étant plus qu'une simple idée généreuse ou un vague concept éthique et philosophique, nous avons tenté de lui donner toute sa consistance interne et son caractère concret sur le plan des stratégies réelles des personnes. C'est

la seule façon de lui donner sur le plan théorique un statut qui soit clair, plein et sans ambiguïté, et d'en inférer au niveau des pratiques des alternatives qui soient réellement telles et non de simples modifications, même sophistiquées, aux pratiques existantes.

La recherche porte donc sur une population stratifiée de 240 personnes choisies au hasard dans trois grands milieux différenciés (rural, urbain favorisé, urbain défavorisé). Elle porte sur ce qu'on appelle le "système de support naturel des personnes âgées" en référence à leurs stratégies d'adaptation quotidienne et de résolution des problèmes et à la manière dont le contexte sur un plan global (les caractéristiques de population et de sous-milieux) comme sur le plan plus immédiat de sa médiation dans l'intégration concrète de la personne (ses relations sociales organisées en structure de réseau) pouvait influencer et orienter les dites stratégies.

- Madame X demeure dans un quartier populaire. Son logis est en bon état et ses revenus suffisants. Elle est une veuve de 76 ans et elle demeure seule. Madame X a sa fille et son gendre dans l'appartement au-dessus. Leurs rapports sont excellents. Elle a un espace-action qui fluctue puisqu'elle compte sur sa fille et quelques autres enfants pour ses déplacements. Elle peut voyager. Seulement une angine de poitrine la retient de sortir comme elle le voudrait. Sa fille la protège et Madame X se défend avec toutes les ressources d'une personne qui cherche à maintenir son indépendance contre ce qui autrement pourrait

évoluer en sur-protection. Madame X a de nombreux enfants qui l'appellent souvent ou qu'elle appelle elle-même sur le mode alternatif des quinze jours dont ils ont convenu. Sa fille du dessus la voit tous les jours; elle fait son grand ménage hebdomadaire. Pour le petit entretien quotidien, Madame X pourvoit elle-même à ses affaires de même que pour les repas. Elle commande son épicerie ou encore la fait avec sa fille de temps en temps. Autrement, c'est sa fille qui la fait en même temps que la sienne. Un voisin qui la visite tous les jours pour la saluer lui demande si elle n'a pas besoin de quelque chose. Ca peut être une pinte de lait ou un pain. Madame X a une amie qu'elle voit quelquefois par année et à qui elle se confie. Elle lui écrit de temps en temps. Cette présence est une source de grand réconfort dans sa vie.

- Monsieur Y est un chambreur dans un quartier défavorisé. Il vit seul depuis des années et n'a pas de famille. Sa chambre est petite: lavabo dans un coin, garde-robe, un lit simple, un poêle à deux ronds, un frigidaire et une salle de bain communs sur l'étage. Monsieur Y a 76 ans et est en bonne santé. Il n'a que les revenus de sa pension fédérale et une somme modique de la Régie des Rentes. Il n'a pas de famille (sinon un frère et une soeur qu'il ne fréquente plus depuis au-delà de 20 ans). Il a ses voisins sur l'étage et quelques connaissances dans le quartier qu'il rencontre dans un lieu public (mail commercial). Il ne connaît pas leurs noms mais se contente de les reconnaître et de développer avec

eux une sociabilité générale. Il a un lien particulier avec une dame (amie d'enfance) et sa fille qui le visitent de temps en temps. A même ses maigres ressources, il leur paie leur carte de transport mensuelle par autobus et celles-ci en retour le gratifient de deux ou trois repas chauds par semaine. Pour le reste, ce chambreur se débrouille par lui-même, a un espace-action considérable (jusqu'à plusieurs milles au-delà de son quartier) et fait preuve d'une grande autonomie au niveau des démarches qu'il a à faire pour ses papiers et formulaires comme au plan de sa vie immédiate (aménagement de son temps libre: lectures plus qu'épisodiques, auditions de musique western, télévision et maniement du violon qu'il apprend par lui-même). Monsieur Y fait preuve d'une grande satisfaction pour ce qui est de sa condition actuelle.

Ces deux vies présentées en un schématisme signifiant nous introduisent au coeur de ce que nous faisons. Nous comprenons de manière intuitive que les stratégies de ces personnes ne font pas que renvoyer à leurs seules "ressources internes" ou à des facteurs d'ordre psychologique. En effet tout un ensemble de conditions objectives a trait à leur type d'intégration sociale (milieu et relations) comme au support dit naturel qu'implique cette intégration à l'intérieur d'une structure de réseau. Les stratégies d'une personne sont donc plus qu'une simple projection de ses capacités internes puisqu'elle est imbriquée dans un tissu de relations. La recherche considère que le type d'intégration sociale d'une personne est en soi une stratégie que celle-ci développe pour ce

qui est de son existence. Dès lors, l'intégration sociale comme stratégie est saisie sur le plan d'une création personnelle plutôt qu'en termes exclusifs de détermination objective. Dans la réalité des choses, autant de personnes, autant d'univers relationnels.

Mais les relations de la personne ne font pas que s'additionner. Elles forment ce que nous appelons une structure de réseau. La dame qui fait l'objet de l'exemple plus haut comme le monsieur qui la suit sont imbriqués dans des liens qui font sens pour eux de manière différente, de manière unique devrait-on dire, de par leur nombre, de par leurs caractéristiques (liens de famille marqués dans un cas, non signifiants dans l'autre), et de par le contenu qui les caractérise. C'est ce qui nous fait dire que sur le plan de ses propriétés morphologiques, le réseau marque des caractéristiques de système. S'il fait corps pour elle, le réseau de relations de la personne fait aussi sens. Il le fait déjà au niveau structurel, mais de manière plus explicite encore de par le contenu des relations: que se passe-t-il à l'intérieur de cette configuration de réseau? Quels échanges ont lieu sur le plan des services donnés ou rendus par exemple ou des confidences qui supportent la vie affective? La recherche étudie ce contenu des relations et indique par conséquent la fonction générale de support que joue le réseau pour la personne. Comme les relations, ce support naturel (à contenu instrumental et psycho-affectif) exprime les propriétés d'un système lui aussi. Comme les relations de la personne ne sont pas

que des entités hétérogènes et additionnées les unes aux autres, de même le support n'est pas un magma indifférencié de fonctions superposées les unes aux autres. Il importe de savoir, dans un des exemples donnés plus haut, que la fille qui demeure en haut de chez sa mère fait son marché hebdomadaire et qu'un voisin la fournit au jour le jour en petits dépannages d'épicerie. La fille comme le voisin supportent chacun une fonction instrumentale et cette situation en est une d'équilibre des deux fonctions. Il importe de savoir en outre que si sa fille disparaît, une fonction instrumentale au niveau du voisin prend un autre sens qu'il s'agira de renforcer ou de réinterpréter ou d'annuler ou de maintenir dans sa fonction actuelle compte tenu de la globalité du système de support. C'est ce sens global, ce corps de la situation qu'il s'agit de saisir sur le plan de l'analyse et de la théorie pour mieux asseoir par la suite les modalités d'une intervention.

C'est en fonction de cette "contexture globale" du réseau de la personne qu'émergent les caractéristiques de ses stratégies. Une personne dans une situation donnée peut décider de ne rien faire, de compter sur elle, ou encore sur des ressources extérieures (formelles: ex.: médecin, institution - informelles: ses relations et le support disponible dans son réseau). Le sens de ses stratégies n'émerge qu'en leur contexte de détermination par le réseau et la fonction de support qui y est opérante. Le concept d'autonomie implique donc au bout du compte de bien

connaître les stratégies concrètes de la personne et la logique qui les sous-tend. Les solutions non-professionnelles font sens bien avant le sens que pourrait projeter le professionnel sur la situation.

Evidemment ce que nous disons ici au plan de l'individu, la recherche le dira sur un plan plus global puisqu'elle porte sur une population de 240 personnes réparties en trois sous-milieux. Il s'agira de saisir au niveau des stratégies comment interviennent des facteurs plus immédiats d'intégration sociale et comment au plan des déterminations plus lointaines interviennent des facteurs culturels de sous-milieux (rural, urbain favorisé, urbain défavorisé) et des facteurs plus globaux d'ordre socio-démographique (âge, sexe, revenus, éducation, etc...). (voir dans le même numéro l'article d'Ellen Corin: "De la structure à la signification des réseaux sociaux de personnes âgées dans la région de Québec". Université Laval, 1981).

2. Le projet de démonstration

La discussion menée plus haut suggère que l'idée d'autonomie rendue substantielle par l'étude des stratégies et du support naturel ne peut se poser comme autonomie réelle que dans son inscription au coeur des logiques opérantes en dehors du système mis en place par les professionnels et les institutions. Une pratique de type alternatif se décentre de la sous-culture des professionnels et des sous-milieux de pratique pour se centrer sur les dynamismes réels

qui sont opérants en dehors d'elle ou qui existent à l'état potentiel. La notion de besoin et de service elle-même qui oriente toute la mise en place formelle du recours public est radicalement questionnée par cette réalité devenue plus apparente.

Le projet de démonstration qui est le volet application si on peut dire de la recherche, tentera en des lieux circonscrits de pratique et sur des situations concrètes auxquelles sont confrontés quotidiennement les intervenants, de fonder de manière tangible la possibilité de pratiques autres, différentes et qui ne soient pas la reproduction, sous des formes sophistiquées, des pratiques antérieures. Le projet de démonstration contient à sa base la volonté d'un décentrement radical par rapport aux pratiques existantes. Il ne s'agit pas d'un réaménagement mais d'une coupure. Les enjeux sont importants du point de vue du "client" et du professionnel à la base qui doivent se désimprégner d'une attente réciproque devenue illusion et aliénation, du point de vue des institutions et de tout le réseau de soins et services qui en sus de gérer la rareté doivent savoir intégrer la dimension de leur propre liberté.

Ce projet de démonstration, modeste bien sûr, s'inscrira d'emblée dans les milieux existants de pratique. Il s'agira d'y repérer les intervenants qui marqueront de façon manifeste une volonté de décentrement radical et de remise en question fondamentale. En quelque sorte le projet endosse des questions importantes que certains peuvent se poser en ces milieux

et épaule les praticiens qui tentent à leur manière de sortir des sentiers battus pour développer des pratiques qui soient vraiment différentes.

Le projet de démonstration est mis en place par l'équipe permanente de recherche et des intervenants qui agissent dans leurs milieux respectifs de pratique. Il s'agit d'un mode de collaboration qui fait émerger du savoir théorique et du savoir empirique les éléments constitutifs du projet de démonstration. Celui-ci ne peut être mis en place conjointement sur le plan opérationnel sans que soit conjointement mis en place aussi les notions-clés et les concepts qui orientent dans un sens précis l'idée d'autonomie. Des rencontres se font donc régulièrement avec les intervenants à la base (dans un Département de Santé-Communautaire, un Centre des Services Sociaux et deux C.L.S.C.) pour dégager la portée réelle, concrète et opérationnalisable du concept d'intervention de réseau.

3. L'intervention de réseau: concept et pratique

Cette partie de notre article renvoie à des discussions qui ont cours à l'heure actuelle dans l'équipe de recherche et qui concernent le projet de démonstration. Nous ne présenterons donc pas l'instrument qui va servir aux praticiens qui s'engageront dans ce projet. Cependant notre réflexion est suffisamment avancée pour que nous puissions dès maintenant indiquer les principaux repères logiques qui orienteront l'investigation sur les "cas" retenus et l'intervention subséquente qui en découlera.

On peut entendre l'intervention de réseau de toutes les manières. L'idée de s'associer les "ressources du milieu" n'est pas vraiment nouvelle. Seulement l'impression subsiste souvent que ces interventions sont chargées d'ambiguïtés, qu'elles prolongent sous d'autres formes et par toutes sortes de moyens une action d'abord conçue et manoeuvrée en termes de professionnalisme. Ou encore quelques-unes de ces interventions tentent sur une base intuitive de développer des pratiques qui soient en prise sur des dynamismes propres au milieu mais sans savoir très exactement comment s'y prendre ou concevoir seulement ces réalités "exogènes" qui sont propres au "client" et qui démarquent son univers de celui des professionnels et des praticiens. On tentera de faire jouer les relations d'une personne mais en amputant une partie de la réalité de celle-ci de quelques-uns de ses liens significatifs. Le réseau n'est pas que la famille par exemple. Tel que nous l'entendons pour la personne âgée, il recouvre tous ses liens outre sa famille (enfants, petits-enfants, frères, soeurs, parents): ses amis et connaissances, ses voisins. Et encore, ayant en vue l'ensemble de ses relations, faut-il comprendre que celles-ci forment un système et que pour s'y couler de manière congruente, il faut pouvoir en saisir le "sens" pour la personne. Les pratiques existantes courent encore le risque, même en connaissant mieux le réseau de la personne, de s'en servir pour prolonger une action de type professionnel. L'intervention que nous proposons oblige à un décentrement radical et à une mise en situation du praticien

par les propriétés du réseau de la personne, par la nature de ses propres stratégies et par les potentialités même ténues du rapport naturel qui la soutient.

L'intervention de réseau comporte un instrument. Mais bien avant cette instrumentation qu'elle se donne, l'intervention telle que nous la concevons se pose comme une disposition fondamentale, une attitude de fond, qui demeure à l'écoute de ce qui se dit et se trame dans la situation. Le praticien sur le terrain qui est imprégné de cette attitude ne pourra pas faire autrement que de désapprendre. Son ignorance consistera à se positionner au coeur d'une logique qui n'est pas la sienne et qu'il ne devra par quelque subterfuge d'idéologie ou de professionnalisme s'annexer sur le territoire reconnu de ses logiques personnelles et de ses techniques familières. Une intervention de réseau, avant d'être la technique qu'elle se donne, est une position de fond qu'on pourrait dire philosophique et qui implique par conséquent qu'on croit à ce que l'on fait.

Si l'intervention de réseau est cette attitude fondamentale, et que par ailleurs elle ne s'épuise pas dans les moyens qu'elle se donne sur le plan instrumental, elle n'est pas non plus une vague idée impressionniste, une appréhension purement intuitive des réalités dans lesquelles elle doit se mouler. Un principe général de lecture la guide au plan de l'investigation comme à toutes les étapes de l'intervention comme telle. L'intervention de réseau suppose donc une bonne connaissance et une certaine systématisation dans l'investigation de ce qui se joue dans le système, ou de ce qui ne

se joue pas, ou de ce qui pourrait se jouer. On verra plus loin comment peut s'articuler cette lecture et cette appréhension de la situation par le praticien.

Enfin si l'intervention de réseau est beaucoup plus qu'une approximation, et si par ailleurs elle s'équipe sur le plan instrumental pour entrer dans les réalités auxquelles elle est confrontée, elle ne se réduit pas à ses moyens. Ou si l'on préfère, tout en référant à un instrument qui reste le même dans tous les cas, elle n'applique pas celui-ci de manière mécanique. La diversité des situations sur le terrain comme la diversité des lieux de pratique bloquent toute tentative d'uniformité au niveau de l'intervention comme telle. Il y faut de la souplesse. Ce piège d'uniformité est évité quand la solution est renvoyée constamment à la logique qui organise le problème, lui donne sens, et la repositionne en contexte d'alternative de réseau. Structurer une analyse est une chose (et cela se fait de manière rigoureuse), structurer une intervention en est une autre.

L'équipe de recherche en est au niveau de l'élaboration d'un instrument qui soit opérationnel pour la mise en route du projet de démonstration. Ce que nous présenterons pour finir ne renvoie pas à l'instrument comme tel mais aux repères logiques qui organisent et structurent l'investigation sur les cas retenus à fin de démonstration. De la qualité de ces principes et de leur cohérence dépendent toute la pertinence et la qualité de l'intervention. Globalement le processus se présente de manière suivante:

1. contextualisation de la demande et contextualisation de la personne dans une perspective réseau. Cette contextualisation est en quelque sorte la forme que prend notre clarification.

2. l'intervention comme telle qui implique trois étape logiques: une réponse ponctuelle à une demande précise, un plan d'intervention à plus long terme conçu dans une perspective réseau et l'intervention comme telle.

3. l'évaluation: laquelle consistera surtout en l'appréciation des processus qui auront eu cours au moment de la démonstration, au niveau des praticiens comme tels et des cas qui auront été traités. Une évaluation plus globale se fera par un biais analytique sur les évaluations précitées dans le sens de la possibilité ou de la capacité d'une telle démonstration à générer un modèle généralisable aux milieux des pratiques socio-sanitaires.

Nous nous attarderons au point un (1), puisque c'est celui-ci qui marque l'ossature et génère le dynamisme de l'intervention. Nous le ferons de manière schématique pour ne pas prolonger indûment cet article et en ayant souci d'en faire ressortir les "raisons intrinsèques". Ce point comprend deux volets que nous traiterons séparément:

A- la contextualisation de la demande (du problème)
B- la contextualisation de la personne.

A- <u>Contextualisation de la demande (problème)</u>

Cette contextualisation se fait à plusieurs paliers:

1. De la demande, il faut faire ressortir l'aspect problème. On tente donc de voir au-delà de la demande immédiate ce que le problème qui en est le prétexte a modifié dans la situation antérieure de la personne au niveau de son style de vie et de ses rapports sociaux. Il faut bien comprendre qu'il ne s'agit pas ici de repérer un manque dans la situation, mais une modification de structure. Cette première façon de procéder est en soi une porte d'entrée dans l'investigation de réseau comme telle.

2. Cette demande ne tombe pas du ciel et il faut pouvoir la situer dans un processus de recherche d'aide. Sur le plan chronologique, cette demande est-elle la première démarche de la personne ou fut-elle précédée par une autre? Et au-delà de cette séquence, quelle est sa consistance logique en rapport aux stratégies que la personne met habituellement en oeuvre?

3. Cette demande est le fait de qui? Outre le requérant, d'autres personnes ont-elles contribué à la placer? Cette investigation sur le système de référence donne un premier accès à la dynamique de réseau pour la personne.

4. Quelles sont les attentes de la personne et de son réseau par rapport au service auquel elle s'adresse? Cela permet de mettre au point ce qui est requis au niveau d'une intervention ponctuelle. De même, cela contribue-t-il à démarquer de façon claire le statut de ce qui sera mené par la suite comme intervention.

B- Contextualisation de la personne

1. Investigation sur le réseau (les relations) et le contenu de ces relations:

- le réseau (relations): il s'agit ici d'investiguer du côté des liens de la personne. Et par liens, nous entendons plusieurs registres de liens: enfants, petits-enfants, frères, soeurs, parents, amis, connaissances et voisins, ressources connues (avec lesquelles il y a un contact: ex.: club de l'Age d'Or).

- le contenu des relations: le contenu est spécifié en fonction du support qu'il permet. Seulement il faut pouvoir cerner ce contenu de manière concrète. Pour y arriver, il faut de la relation comprendre ce qui s'y échange au niveau des aides concrètes, des services, etc... et ce qui donne son contexte à la dite relation. Il faut de la relation déterminer la fréquence: celle-ci peut être en partie un indice (avec la proximité géographique) sur la qualité intrinsèque du lien. Enfin, le discours de la personne à propos de ses relations mais nous introduit au coeur de ses rapports d'intimité, de confiance, de confidence, etc... et les qualifie à un autre niveau.

Cette investigation sur le réseau de la personne et le contenu de ses relations se fait de manière progressive et informelle et au fur et à mesure des rencontres et des conversations. Entre deux rencontres, l'information est systématiquement entrée par le biais d'un instrument qu'il restera à définir. Si on retient l'idée d'un graphique ou d'une charte de réseau, il faudra pour chaque rencontre et de manière cumulative

dans une charte finale dresser la "carte des informations" recueillies. Une manière sûre de recueillir une information pertinente, congruente avec la réalité de la personne, est de procéder par l'approche comportementale: plutôt que de dresser une "carte idéale" de ses relations, nous construisons une carte à partir des relations que la personne a actualisées au jour le jour, de semaine en semaine, au cours de l'intervention. Une personne peut connaître beaucoup de gens sans être en rapport affectif avec eux.

2. Investigation sur les stratégies de la personne.

- Nous avons eu une première entrée dans les stratégies quand il s'est agi de contextualiser la demande au début. Cette fois l'investigation porte non pas sur une stratégie particulière (celle mobilisée sur le problème qui fait l'objet de la demande), mais sur une stratégie globale de la personne (ce qu'on pourrait appeler son "coping style", ou sa façon de se débrouiller, de s'en sortir, de manoeuvrer, etc...). Comment faire pour saisir cette stratégie globale? Une façon de procéder est de repérer la stratégie de la personne par champs: le champ de ses activités dans la vie quotidienne (repas, ménage, lavage, épicerie, etc...), le champ de sa santé (soins, maladies, etc...) et le champ de ses autres activités (loisirs, espace-action). Il s'agira de déterminer pour chacun de ces champs la manière dont la personne a su s'organiser: soit elle ne fait rien, soit elle fait quelque chose et alors elle

compte sur elle-même ou sur des ressources extérieures (de type formel: médecin, institution, ou informel: ses relations, le support dans son milieu, etc...). Une stratégie est un enchaînement d'actes. Une personne peut d'abord vouloir compter sur elle-même, puis sur d'autres, ou si elle compte sur des ressources extérieures, elle peut d'abord les puiser dans son milieu avant de se rendre chez le médecin ou au C.L.S.C. par exemple.

- Ces stratégies sont celles qui sont en place et celles aussi qui sont mobiles, en cours de désorganisation ou de réorganisation. Dans un contexte d'intervention qui marque essentiellement son effort en investiguant et appuyant le support aux stratégies de la personne, il est essentiel de saisir toute situation en fonction de ses dynamismes émergeants.

3. Pour finir, les données recueillies au plan du réseau de la personne (liens et contenu) et de ses stratégies sont mises en relation. C'est de cette mise en rapport qu'une synthèse peut être faite en terme de support. Ce support autrement dit émerge de la dialectique opérante entre les liens de la personne et ses stratégies. Ce support identifié permet dès lors de contextualiser de façon définitive le problème posé à l'origine par la demande. Ce support, on peut le décomposer en trois catégories: a) le support de type instrumental (services échangés, aides concrètes), b) de type psycho-affectif (les contenus d'intimité, de confiance, de confidence), c) de type symbolique (les ressources religieuses par exemple,

les "images de soi" etc...). Essentiellement l'intervention misera sur les stratégies propres de la personne, sur le support manifesté même à l'état ténu par ses relations. Toute réalité en est une de transformation et l'intervention de réseau est attentive à maximiser toutes les potentialités de la stratégie, à l'état présent et dans les états à venir induits par cette dynamique.

Il est inutile pour le moment de nous étendre davantage sur cette investigation de réseau. Qu'il suffise de dire que d'elle dépend toute la suite de l'intervention. L'équipe aura à résoudre les problèmes posés par l'intervention en tant que telle et l'évaluation. Elle aura à établir aussi des étapes qui concrétiseront la mise en route du projet. Cette contribution au domaine des pratiques est modeste et il ne faut pas en attendre une panacée universelle ou une formule magique. A sa petite échelle, elle pose cependant des enjeux fondamentaux pour ce qui est dans nos sociétés des rapports à instaurer entre les services nécessaires, l'univers incertain des besoins et l'exigence de la liberté elle-même.

La réduction de l'espace-action et la santé des personnes âgées

Olive Goulet, Ecole des sciences infirmières, Université Laval.

L'étendue de l'espace-action peut être considérée comme une manifestation, un signe mesurable, autant de la santé des personnes âgées que de leur intégration sociale. Henrard (1979) la tient pour un indicateur de santé.

La recherche de critères permettant d'évaluer la santé, l'identification d'indicateurs de santé sont la suite logique du long cheminement qu'il a fallu parcourir pour que, grâce aux progrès scientifiques, la santé devienne un phénomène sinon plus, du moins aussi intéressant à étudier que la maladie. Une des premières étapes à franchir dans ce cheminement a été de définir la santé et l'OMS a donné le coup d'envoi à cet égard.

Toutefois, si l'OMS a permis d'ouvrir de nouveaux horizons en incluant dans sa définition une allusion non équivoque aux déterminants psychologiques et sociaux du bien-être, d'un point de vue pratique on n'est guère plus avancé après avoir dit que "la santé est un état complet de bien-être physique, mental et

social et non seulement l'absence de maladie". Encore faut-il décrire cet état de bien-être, en identifier les critères et de plus, on se retrouve devant une polarisation qui ne laisse pas ou peu de place à des états intermédiaires. Parmi ceux qui ont essayé d'introduire un élément de souplesse dans la problématique de la santé, on peut citer Dunn (1961) qui conçoit la santé et la maladie en continuité, d'après lui, personne n'est ni en parfaite santé, ni en parfaite maladie. Il est raisonnable de croire que les états de santé et de maladie sont des phénomènes dynamiques, en constante fluctuation et en quelque sorte extrêmement fluides; ils sont tributaires de la constitution génétique de l'individu et de son environnement. Tantôt, le bagage génétique et l'environnement vont aider la personne à satisfaire ses besoins, à développer par son potentiel, tantôt, ils vont l'en empêcher et selon Beeson (1961), la personne sera en bonne santé dans la mesure où elle aura des conduites pertinentes par rapport à ce qui se passe dans son milieu interne et externe. Ici entre en jeu la capacité de se conformer aux attentes inhérentes aux différents rôles sociaux que l'individu a à assumer. C'est sur cette capacité d'assumer des rôles sociaux que repose principalement la définition de la santé qui se dégage de l'étude sociologique du phénomène et on en trouve l'illustration dans les travaux de Parsons (1958). La capacité de fonctionner non seulement sur le plan social mais aussi physiquement et affectivement apparaît de plus en plus dans les définitions

de la santé, elle en est un élément-clé lorsque la santé est envisagée selon un modèle fonctionnel plutôt que selon le modèle plus traditionnel axé sur l'absence de maladie.

Déjà en 1958, un groupe consultatif de l'OMS affirmait que chez les personnes âgées, entre autres, la santé doit se mesurer en terme de fonctionnement, de niveau d'aptitude, plutôt qu'en examinant l'étendue des ravages causés par la pathologie. Dans cette perspective, ce que la personne âgée est capable de faire ou croit qu'elle est capable de faire devient un indicateur de santé fort utile.

On distingue alors entre l'invalidité causée par un état pathologique et une altération plus globale et moins spécifique de l'état de santé que l'on n'observe pas nécessairement chez un individu donné même s'il est porteur d'un handicap précis. On sait d'ailleurs que le moment auquel une personne adopte les conduites associées à la maladie varie d'un individu à l'autre. A cet égard, Schwartz et Peterson (1979) insistent sur la nécessité de distinguer les personnes handicapées et les personnes porteuses d'un handicap. Il faudrait donc, comme le soulignent Shanas et Maddox (1976), chercher à comprendre comment les conduites humaines sont affectées par les composantes objectives et subjectives des états de santé et de maladie et par la complexité des interrelations entre les aspects physiques et psycho-sociaux de ces états. Il n'en reste pas moins, selon Linn (1976), que l'auto-évaluation de l'état de santé global peut permettre de prédire de façon fiable les résultats d'une évaluation

professionnelle, soi-disant objective, portant sur des paramètres plus spécifiques tels: la mobilité.

Enfin, s'il est vrai, comme le mentionnent encore Shanas et Maddox (1976), que la perte d'autonomie engendrée parfois par la maladie tend à avoir un effet négatif sur la perception de soi, sur la satisfaction qu'on éprouve à vivre, il faut confronter le bilan de santé à l'attitude que la personne a face à son vécu quotidien, en quelque sorte savoir s'il en est satisfait. Dans une telle problématique, la santé devient indissociable de l'intégration sociale, les deux réalités s'inscrivent dans le prolongement l'une de l'autre et tout stimulus, qu'il soit positif ou négatif risque de déclencher une réaction en chaîne dans les deux systèmes. On ne sait pas très bien d'ailleurs lequel des deux systèmes influence l'autre, ni dans quelles conditions. D'où l'intérêt et la nécessité d'inclure cette enquête particulière portant sur la dynamique de la santé dans le cadre du projet "Intégration sociale des personnes âgées et recours aux services médico-sociaux au Québec".

L'objectif de cette enquête était de déceler la ligne de démarcation entre l'état de santé fonctionnel, la perception que le vieillard a de sa santé et les démarches qu'il entreprend en relation à sa santé.

Les principales variables qui ont été investiguées au cours de cette recherche exploratoire sont l'auto-évaluation de l'état de santé, la compétence fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, les déficits sensoriels et les problèmes de santé perçus en tant que tels par les personnes âgées, le recours

aux services médico-sociaux et finalement le moral.

Les données ont été recueillies au cours d'entrevues avec 44 personnes âgées, 21 femmes et 23 hommes vivant à domicile, dont l'âge moyen était de 71 ans et réparties dans deux milieux différents, soit un milieu urbain et un milieu semi-urbain. Ces personnes ont été choisies dans l'échantillon de base utilisé pour la partie intégration sociale du projet.

Les entrevues étaient en partie ouvertes, en partie consacrées à la réponse à des questions fermées. Pour l'auto-évaluation de l'état de santé, on a eu recours à une entrevue ouverte, structurée, portant sur la santé vécue au cours de laquelle les personnes âgées avaient non seulement à porter un jugement sur leur état de santé mais aussi à le comparer à celui des autres vieillards qu'elles connaissaient. De plus, elles devaient décrire ce que représentait pour elles une personne âgée en bonne santé et identifier les changements qu'elles considéraient comme normaux en fonction de l'âge. Enfin, elles ont été interrogées sur leurs inquiétudes face à la santé.

Dans le cas de la compétence fonctionnelle et des recours aux services médico-sociaux, les questions étaient fermées et touchaient, d'une part la capacité de se déplacer à l'extérieur et à l'intérieur de la maison, la capacité de se livrer aux activités de la vie quotidienne et, d'autre part, les contacts avec les différents professionnels de la santé, avec les services de santé et la consommation de médicaments.

Pour le moral nous avons utilisé le Philadelphia Geriatric Center Morale Scale.

L'analyse des données est à peine amorcée ce qui ne permet pour l'instant qu'une vision fragmentaire des résultats obtenus. Néanmoins, il est déjà possible d'entrevoir comment, par exemple, l'auto-évaluation de l'état de santé se compare à l'étendue de l'espace-action des personnes interrogées et de dégager de cette comparaison certains points qu'il faudra nécessairement confronter aux données concernant l'intégration sociale.

Il s'agit donc, dans un premier temps, de décrire un bref profil des conduites associées à l'étendue de l'espace-action en fonction de la façon dont les personnes âgées impliquées dans cette recherche perçoivent leur état de santé et cela en tenant compte des problèmes de santé qu'elles identifient.

L'auto-évaluation de l'état de santé

La majorité des répondants évaluent positivement leur état de santé. En effet, à l'exception de 6 sujets qui considèrent leur état de santé comme mauvais (3) ou plutôt mauvais (3), les autres (38) estiment que leur santé est assez bonne (8), bonne (27) ou très bonne (3). Un des répondants qui qualifie son état de santé de très bon a précisé que "sa santé est meilleure que jamais, avant il ne connaissait pas sa maladie". Cette affirmation, aussi paradoxale qu'elle puisse d'abord paraître, illustre bien le fait qu'un individu adopte des conduites de maladie lorsqu'il le juge à propos, même en présence d'un diagnostic confirmé.

Certains de ceux qui disent être en bonne santé justifient leur jugement en donnant comme raison:

- ils n'ont pas de problèmes ou de malaises (10)
- ils se sentent bien, sont en bonne forme (8)
- ils mangent n'importe quoi ou ils dorment bien (5)

Par contre la difficulté à se déplacer, l'incapacité de faire ce qu'ils veulent sont les explications les plus fréquentes (3 sur 6) dans le cas des auto-évaluations négatives.

Il semble toutefois que la plupart de ces répondants croient qu'il est normal pour une personne âgée d'être en mauvaise santé puisque 5 d'entre eux, lorsqu'ils se comparent à d'autres vieillards, pensent qu'ils se situent dans la moyenne.

Les problèmes de santé

Malgré que 86,0 pourcent des sujets interrogés ait une perception positive de leur santé, cela n'exclut pas pour autant la présence de problèmes de santé ou à tout le moins la présence de certains malaises.

En effet, 4 répondants seulement ont affirmé n'éprouver aucun déficit sensoriel ou aucun problème particulier au niveau des grands systèmes de l'organisme.

Par ailleurs, les problèmes de santé identifiés par les 40 autres répondants sont par ordre de fréquence d'apparition:

- l'arthrite ou le rhumatisme; (23)
- les troubles respiratoires, notamment l'essoufflement à l'effort et l'emphysème; (14)
- les maladies cardiaques, en particulier l'insuffisance cardiaque; (13)

- les troubles de l'appareil locomoteur, tremblements et perte d'équilibre; (12)
- l'hypertension artérielle, habituellement compensée; (11)
- les troubles du rein ou de la vessie; (10)
- les troubles digestifs; (9)
- le diabète; (5)
- les pertes de mémoire. (2)

En ce qui a trait aux déficits sensoriels, en particulier les troubles de la vision ou de l'audition, ils n'affectent que 9 répondants bien que plusieurs sujets portent des verres correcteurs pour lire.

D'après les réponses obtenues, plusieurs sujets se disent touchés par plus d'un problème de santé, la moyenne étant de 2,5 problèmes par personne. Dans quelle mesure ces problèmes perturbent-ils les activités de la vie quotidienne?

Neuf répondants seulement ont affirmé que leurs problèmes de santé, notamment l'arthrite, perturbaient beaucoup les activités de la vie quotidienne alors qu'elles sont un peu perturbées pour 20 autres.

En comparant ces données aux résultats de l'auto-évaluation de l'état de santé, on constate que 4 des 9 répondants dont les problèmes de santé perturbent beaucoup les activités de la vie quotidienne estiment malgré tout être en assez bonne santé, 2 se disent en bonne santé et finalement 2 en mauvaise santé.

Pour les autres personnes qui évaluaient négativement leur état de santé, leurs malaises ne perturbent pas ou peu les activités de la vie quotidienne.

On peut donc affirmer que les problèmes de santé ne constituent pas un handicap majeur pour un grand nombre de répondants qui d'autre part considèrent leur état de santé comme bon. Qu'en est-il de l'étendue de l'espace-action?

L'étendue de l'espace-action

Les 44 répondants ont été interrogés à savoir s'ils sortaient de la maison pour rendre visite à des amis, faire des courses, aller chez le médecin ou enfin se livrer à différentes activités de plein air.

Les réponses se répartissent comme suit: 1 répondant ne sort jamais, 3 sortent rarement et 40 souvent.

Dans le cas de la personne qui ne sort jamais, il s'agit d'un homme qui se croit par ailleurs en assez bonne santé mais qui à son dire souffre de déficits sensoriels importants de même que de pertes d'équilibre, d'arthrite, de troubles rénaux et respiratoires. Par contre seuls ses troubles respiratoires le dérangent beaucoup dans ses activités quotidiennes. De plus, il estime que sa santé est moins bonne que celle des autres personnes âgées qu'il connait.

Les 3 répondants qui ne sortent que rarement évaluent leur état de santé comme bon.

Parmi les 40 répondants qui sortent souvent 37 sont totalement autonomes, en ce sens qu'ils n'ont pas besoin d'être accompagnés par une autre personne, ni d'utiliser un support ou une prothèse quelconque.

Les moyens de transport utilisés le plus fréquemment sont la marche, l'automobile personnelle et les

transports en communs tels l'autobus ou le train.

En ce qui a trait à la marche, 20 personnes sont capables de marcher plus d'un mille et le font souvent; 10 personnes sont capables de marcher moins d'un mille et le font également souvent. A Charny, un des répondants a déploré qu'il n'y ait pas de voie piétonnière pour se rendre à Québec, surtout aux centres commerciaux. Deux des répondants qui se considèrent comme en plutôt mauvaise santé marchent souvent plus d'un mille; il en va de même pour les 3 personnes qui estiment être en très bonne santé. De plus, dans le milieu semi-urbain, 12 des 15 répondants ont des activités variées; quilles, jardinage, pétanque, ski de fond, patin, bicyclette. Dans le milieu urbain seuls 2 des 29 répondants se livrent à ce genre d'activités. Dans un cas, il s'agit d'un homme qui va bûcher du bois et entailler les érables au printemps. Il se classe dans la catégorie de ceux qui considèrent leur état de santé comme bon.

Au chapitre des courses et des commissions, 37 personnes disent avoir la compétence fonctionnelle nécessaire pour les faire. Un répondant précise qu'il fait livrer les marchandises. Cinq répondants reconnaissent qu'ils n'ont pas la capacité de se livrer à cette activité ou bien que c'est le conjoint qui le fait à leur place.

On peut donc conclure que 84,0 pourcent de ce groupe de personnes âgées jouissent d'une mobilité totale à l'extérieur de la maison et par le fait même ne connaissent pas de réduction de l'étendue de leur espace-action à cause d'une incapacité fonctionnelle.

La mobilité à l'intérieur de la maison

Pour ce qui est de la mobilité à l'intérieur du domicile, la totalité des personnes interrogées se disent capables de se déplacer et d'être autonomes. Dans certains cas, il faut néanmoins des supports ou un appui soit pour monter et descendre les escaliers, entrer dans la baignoire ou en sortir, se mettre au lit. Une personne se déplace en fauteuil roulant et a besoin d'une marchette pour se supporter, il s'agit d'un homme qui souffre d'arthrite. Lorsqu'on compare la mobilité à l'extérieur de la maison et la mobilité à l'intérieur, on constate que les personnes qui ne sortent que rarement ou jamais sont également, du moins 3 d'entre elles, celles dont la mobilité à l'intérieur est la plus réduite. Pourtant, ces 3 répondants sont d'avis que leur état de santé est assez bon.

Parmi ces 3 sujets, il y en a un dont la situation considérée dans son ensemble illustre particulièrement bien la nécessité de tenir compte de l'environnement et des déterminants psycho-sociaux en plus des aspects strictement physiques lorsqu'on évalue l'état de santé.

Il s'agit d'un homme de 76 ans dont l'apparence physique extérieure porterait à le croire plus jeune. Marié, il vit avec son épouse et une de leurs filles, âgée de 20 ans environ et atteinte de mongolisme. La famille habite dans un logement situé au 2e étage d'une maison à logements multiples dans un quartier urbain. Pour atteindre le logement il faut gravir deux très longs escaliers. Son épouse dit de lui qu'"il est fini, qu'il n'est plus bon à rien". Au

cours de l'entrevue, il a manifesté des signes de dépression et était porté à pleurer. Lorsqu'il vient des visites, ses autres enfants par exemple, il se retire dans sa chambre. Ses activités se limitent à se déplacer de son fauteuil à son lit et vice versa, il écoute la radio et regarde la télévision.

Il se dit affligé de plusieurs problèmes de santé bien qu'il considère son état de santé comme assez bon. Il n'a vu le médecin que 4 fois durant l'année écoulée et consomme peu de médicaments, sinon de la théophylline pour son emphysème. Cet homme au cours de sa vie active était "helper à l'Anglo". D'après ce qu'il raconte de cette période de son existence ou bien son travail le valorisait beaucoup ou bien il y trouvait un moyen de fuir la maison. Il se rendait au travail une demi-heure à l'avance. Depuis qu'il est à la retraite, ses contacts avec le milieu extérieur sont à toutes fins utiles inexistants. Néanmoins, il estime avoir suffisamment de contacts avec sa famille et ses amis. Il a répondu non, lorsqu'on lui a demandé s'il y avait des choses qu'il aimait faire mais que son état de santé ne lui permettait plus de faire à l'heure actuelle.

On pourrait déduire de ce profil que l'immobilité relative et la réduction de l'étendue de l'espace-action de cet homme sont liées beaucoup moins à ses problèmes de santé qu'à un ensemble de facteurs inhérents à son milieu, à son mode de vie et à ses conduites, de même qu'au niveau de son moral. Le score brut qu'il obtient sur l'échelle de moral est inférieur de 7 points à la moyenne du groupe.

Il semble avoir un écart entre l'auto-évaluation de son état de santé et l'étendue de son espace-action. Pour expliquer correctement la réduction à laquelle on serait tenté de conclure, il y a lieu d'examiner son mode d'intégration sociale et c'est ici que s'atteint le point de jonction ou d'articulation avec le volet social de la recherche.

Il serait à propos d'examiner son état de santé à la lumière de la configuration de son réseau de relations familiales autant du point de vue de sa structure que de la dynamique des liens qu'il a avec son épouse et ses enfants. L'analyse de ses stratégies d'intégration sociale et une étude du lieu privilégié ou elle s'actualise apportant également un éclairage indispensable.

Si ces points de comparaison entre la dynamique de la santé et la dynamique de l'intégration sociale ressortent avec une certaine évidence dans le cas de cet homme, ils ne sont non moins importants au niveau de l'ensemble de la population étudiée.

Par ailleurs, la poursuite et l'approfondissement de l'analyse des données concernant la santé fera surgir d'autres points d'interrogations qui s'ajouteront à ceux qui ont été mentionnés. De son côté, l'analyse de l'intégration sociale a sans doute identifié les données ou les ensembles de données qu'il a associées à la santé.

Tout ce travail de mise en commun reste à faire et il devrait permettre de formuler d'autres questions de recherche ou d'autres hypothèses concernant les

interrelations entre l'intégration sociale et la santé chez les personnes âgées.

Bibliographie

BEESON, G., 1967 The Health-Illness Spectrum. American Journal of Public Health, 57: No. 11, 1901-4.

DUNN, H.L., 1961 High-Level Wellness. Washington D.C.: Mount Vernon Publishing Co., Inc.

HENRARD, J.C. 1979 Les indicateurs de santé. Gérontologie, No. 29, 8-12

LINN, M.W. 1976 Studies in Rating the Physical, Mental and Social Dysfunction of the Chronically III Aged. Medical Care, 14 (5: Supplement), pp. 119-125.

PARSONS, T. 1958 Definitions of Health and Illness in Light of American Values and Social Structure. In: JACO, E.G. ed. Patients, Physicians, and Illness, pp. 176-85, New York: The free press.

SCHWARTZ, A.N. & J.A. PETERSON, 1979. Introduction to Gerontology, New York: Holt, Rinehart & Winston.

SHANAS, E. & G.L. MADDOX, 1976. Aging, Health and the Organization of Health Resources. In: Binstock, R. & Shanas, E. ed. HandBook of Aging and the Social Sciences. pp. 592-618, New York, Van Nostrand Reinhold.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for Europe 1959. The Public Health Aspects of Aging of the Population. Report of An Advisory Group, Oslo, 28 July-2 August 1958. Copenhagen: World Health Organization.

Comportement des personnes âgées face aux médicaments

Jacques Dumas, Nicole Dubé-Bélanger, Claudine Allard, Francine Dufresne-Murtada et Joane Fournier, Ecole de pharmacie, Université Laval.

Introduction

Cette étude avait pour buts (1) d'évaluer le niveau de connaissance que les personnes âgées ont des médicaments qu'elles consomment et (2) d'identifier puis de quantifier les causes possibles des erreurs qu'elles peuvent commettre lorsqu'elles prennent des médicaments.

Méthodologie

1) Caractéristiques de la population étudiée

Pour être incluses dans notre étude, les personnes devaient répondre aux quatre critères suivants:

- Avoir 65 ans ou plus,
- Habiter la ville de Québec,
- Vivre de façon autonome, dans une habitation unifamiliale ou à logements multiples (les centres d'accueil étaient exclus),
- Etre autonome face à leur médication, c'est-à-dire, ne requérir l'aide d'aucun professionnel de la

santé pour l'administration de leurs médicaments.

2) Questionnaire

Pour recueillir l'information, nous avons élaboré un questionnaire se divisant en six parties:

- Le statut socio-économique (12 questions),
- Les habitudes de vie (18 questions),
- Comportement général face aux médicaments (22 questions),
- Médicaments prescrits utilisés régulièrement (12 questions par médicament, maximum de 8 médicaments choisis au hasard si la personne interrogée consommait plus de 8 médicaments). Les étiquettes produites par le pharmacien ont été évaluées selon 22 critères,
- Médicaments prescrits employés de façon intermittente (4 questions par médicament),
- Médicaments obtenus sans ordonnance. Nous avons privilégié 14 signes, symptômes ou maladies pour lesquels nous avons demandé aux répondants s'ils consommaient des médicaments. Les résultats concernant cette partie seront publiés ultérieurement.

3) Echantillon

A partir de la liste électorale, nous avons choisi au hasard 352 personnes réparties également parmi les six comtés provinciaux composant la ville de Québec. Nous avons procédé ainsi pour faire en sorte que chaque quartier (et possiblement toutes les couches socio-économiques) soit bien représenté.

4) Entrevue

Nous avons fait parvenir à chaque personne choisie une lettre dans laquelle étaient présentés les objectifs de l'étude. Quelques jours après la réception présumée de la lettre, nous communiquions par téléphone avec le destinataire afin de prendre un rendez-vous. Dans les cas où le téléphone ne nous permettait pas d'atteindre les sujets de l'étude, les enquêteurs se rendaient à leur domicile à deux ou trois reprises.

L'entrevue durait de une demi-heure à deux heures selon le nombre de médicaments utilisés et l'attitude des personnes répondantes.

Résultats

1) Caractéristiques principales des répondants

Des 352 personnes choisies, 60% (211) ont accepté de répondre à notre questionnaire. Ce nombre représente 1.1% des gens âgés de 65 ans et plus de la ville de Québec selon les statistiques de juin 1976. Nous avons essuyé un refus dans 22.4% (79 personnes) des cas. Les principales raisons invoquées étaient le manque d'intérêt, l'état de santé, le manque de temps. Soixante-deux personnes (17.6%) n'ont pu être atteintes soit qu'elles étaient absentes après deux ou trois appels téléphoniques ou visites à leur domicile, soit qu'elles étaient déménagées ou décédées.

Le tableau 1 donne la répartition des participants selon l'âge et le sexe. Il est intéressant de noter que les deux tiers de ceux-ci avaient moins de

75 ans (34.6% plus 31.3%). Dans l'échantillon original (352), 58.5% des personnes étaient des femmes. Dans l'échantillon final (211), ce pourcentage s'est abaissé à 54.5%. Ceci est attribuable au fait que les femmes ont refusé de répondre dans une proportion deux fois et demie supérieure à celle des hommes (16.0% contre 6.4%).

Il nous a semblé important de connaître quel était le nombre de personnes interrogées qui demeuraient seules. Ces dernières ne peuvent en effet profiter de l'aide de quelqu'un d'autre pour s'administrer leurs médicaments. Nous avons constaté que près du quart (23.2%) des participants vivaient seuls (tableau 2).

2) Taux de fréquentation des médecins et des pharmaciens

Près des deux tiers (63.5%) des gens interrogés voient régulièrement un médecin, alors que 22.8% en rencontrent deux ou trois (tableau 3). Soixante-douze pourcent se procurent leurs médicaments d'ordonnance dans une seule pharmacie (tableau 4). Cependant, le fait que 21.4% d'entre eux affirment aller dans deux ou trois pharmacies pour leurs médicaments prescrits peut poser des difficultés pour l'étude du dossier pharmacologique, en particulier en ce qui concerne la détection des interactions médicamenteuses et les contre-indications.

3) Le pharmacien comme source d'information

Nous voulions savoir si le pharmacien constituait une bonne source d'information sur les médicaments. Pour ce faire, nous avons formulé quatre questions dont les réponses paraissent aux tableaux 5 à 8.

On peut d'abord constater que les pharmaciens sont peu enclins à communiquer spontanément des renseignements à leurs clients (tableau 5). Ceci peut être dû au fait que les personnes âgées ne se rendent pas elles-mêmes à la pharmacie, soit parce qu'elles profitent du service de livraison (tableau 6), soit parce qu'elles envoient quelqu'un d'autre chercher leurs médicaments (tableau 7).

Dans les deux cas, les pharmaciens semblent très peu loquaces. Les gens qui font livrer ne reçoivent presque jamais d'appels téléphoniques de la part de leur pharmacie pour leur communiquer des conseils sur les médicaments. Il en est de même lorsqu'une autre personne se présente à la pharmacie.

Il nous a semblé important de connaître quelles étaient les sources d'information que les personnes âgées privilégient pour leur médication. On peut constater sur le tableau 8 que le médecin vient loin en tête avec 74.9% des personnes interrogées, suivi du pharmacien à 31.8%. Il est à noter que puisqu'il était possible de mentionner plus d'une source, le total des "oui" dépasse 100%.

4) Nombre et type des médicaments prescrits

Les participants avaient en moyenne 4.3 médica-

ments prescrits en leur possession. Si l'on ne considère que ceux qui consommaient au moins un médicament, cette moyenne augmente à cinq.

Il est intéressant de noter que 14.2% des gens ont affirmé n'avoir aucun médicament prescrit. A l'inverse, si l'on additionne les pourcentages de ceux qui possèdent cinq médicaments ou plus, on obtient 40%. Il s'agit là d'une valeur qui nous paraît élevée.

Parmi ces médicaments, il importe de distinguer ceux qui sont utilisés régulièrement de ceux qui ne le sont qu'occasionnellement. Si l'on ne considère que ceux de la première catégorie, la moyenne de médicaments par personne baisse à 2.13. Si on exclut ceux qui n'en consomment aucun, elle augmente à 2.88. Une personne sur huit, plus précisément 13.3% consomme cinq médicaments ou plus de façon continue (tableau 10).

L'âge ne semble pas influencer d'une façon bien précise la quantité consommée régulièrement. Ceci est particulièrement vrai chez les hommes âgés de moins de 85 ans. Chez les femmes, on observe un bond à partir de 75 ans, un autre à 80 ans puis un déclin chez les 85 ans et plus (tableau 11).

En ce qui concerne les classes thérapeutiques, c'est celle des médicaments agissant au niveau du système nerveux central qui se classe en premier, que ce soit en traitement régulier ou non (tableau 12). Il importe cependant de souligner que selon la classification de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, les médicaments du système nerveux central incluent les

analgésiques anti-inflammatoires. Or, ces produits agissent principalement en périphérie. Ils gonflent donc les résultats, d'autant plus qu'ils sont fort employés chez les gens âgés pour soulager l'arthrite.

5) Causes possibles d'erreur dans la prise des médicaments

5.1 Lecture de l'étiquette

Plus de la moitié (52.1%) des personnes interrogées ont été incapables de lire l'étiquette d'une bouteille d'Aspirine Bayer contenant 24 comprimés. Un individu sur huit (12.6%) n'a pu lire l'étiquette produite pour un de ses médicaments prescrits (tableau 13).

Les résultats ne sont pas meilleurs pour les personnes vivant seules (tableau 14). Il importe de noter que dans chaque cas l'usage d'une loupe ou de tout autre instrument grossissant était permis.

5.2 Connaissance de l'indication thérapeutique

Dans le cas des médicaments utilisés selon le besoin, les personnes interrogées se méprenaient sur l'indication thérapeutique dans 18.3% des cas (tableau 15). Cette méprise vaut surtout pour les substances agissant sur le système cardio-vasculaire (32.6%) et les électrolytes-diurétiques (26.3%). Les médicaments du système nerveux central sont mieux connus puisque le taux d'ignorance de l'indication thérapeutique est de 7.4%.

Dans le cas des médicaments employés régulièrement, les personnes interrogées se trompaient sur l'indication thérapeutique dans 22.4% des cas. Ils ne connaissaient pas le nom du produit dans plus de la moitié des cas (55.4%) (tableau 16).

Une vérification des étiquettes nous a permis de constater que le pharmacien y avait inscrit le nom sur 98.9% d'entre elles. On ne peut donc le blâmer à cet égard.

5.3 Ouverture des contenants

Près du tiers (30.8%) des personnes interrogées éprouvent de la difficulté pour ouvrir certains types de contenants (16.6%) ou ne parviennent que difficilement à ouvrir tous les contenants (14.2%) (tableau 17).

5.4 Conservation des médicaments

Les gens ont tendance à conserver leurs médicaments pendant de longues périodes. C'est surtout le cas pour les produits utilisés occasionnellement. Notre étude nous a permis de constater que dans 22.4% des cas, les médicaments avaient été acquis depuis deux ans ou plus (1978 ou avant) (tableau 18).

Nous avons d'autre part constaté que les médicaments consommés de façon régulière étaient presque toujours conservés dans le contenant original (95% des produits). Il est possible cependant qu'en plus d'être conservé dans le contenant original, une partie du médicament se retrouve dans un ou plusieurs autres contenants. Ceci est vrai pour 16.4% des médicaments

prescrits utilisés régulièrement. Dans seulement la moitié des cas, le contenant supplémentaire identifiait bien le produit à l'intérieur.

Enfin, les enquêteurs ont observé un mélange de deux ou plusieurs médicaments dans un même contenant dans 2.7% des cas. Il s'agit d'un résultat inférieur à celui que nous avions prévu.

Discussion et recommandations

1) Recommandations s'adressant aux pharmaciens

Qu'une personne âgée sur huit (12.6%) soit incapable de lire une étiquette d'un médicament prescrit nous apparaît inacceptable. Le problème est encore plus grave pour les personnes vivant seules, étant donné qu'elles ne peuvent bénéficier de l'aide de quelqu'un d'autre. Elles doivent se fier uniquement à leur mémoire de la forme et de la couleur des comprimés ou capsules. Or, il est possible de citer plusieurs cas de ressemblance, surtout pour les comprimés. La probabilité d'erreur est donc grande. Elle l'est tout particulièrement chez les personnes vivant seules, consommant plusieurs médicaments et présentant des difficultés de mémoire à court terme.

Recommandation 1: Avant de délivrer un médicament d'ordonnance à une personne âgée, le pharmacien devrait s'assurer qu'elle est capable de lire l'étiquette. Dans la négative, il y aurait lieu d'utiliser des caractères plus gros. Si l'incapacité persiste ou si la personne est analphabète, il faut utiliser d'autres moyens pour que la personne concernée sache comment

prendre ses médicaments. Il est possible, entre autres, d'employer des adhésifs de couleurs et de formes variées disposés à différents endroits sur le contenant.

Lorsqu'un malade éprouve de la difficulté à ouvrir un contenant de médicament, il est possible qu'il décide de la remplacer par un autre plus facile d'accès. Il se peut que l'étiquette soit jetée lors du transfert. Le malade ne pourra désormais se fier qu'à sa mémoire pour connaître la dose.

Recommandation 2: Au moment de délivrer un médicament à une personne âgée (ou à toute autre personne), le pharmacien doit s'assurer qu'elle peut facilement en ouvrir le contenant. Dans la négative, il doit lui expliquer comment procéder. Si la difficulté persiste, il doit utiliser un contenant facilement accessible et avertir le malade de ne pas le laisser à la portée des enfants.

La plupart des médicaments se décomposent avec le temps en produits inactifs. Certains se transforment en substances toxiques.

Recommandation 3: Compte tenu que les gens sont portés à conserver leurs médicaments pendant des périodes prolongées, le pharmacien devrait inscrire la date de péremption sur l'étiquette, si évidemment cette date est fournie par le manufacturier.

Il nous apparaît inconcevable que les gens se méprennent sur l'indication thérapeutique des médica-

ments qu'ils utilisent. Il n'est pas besoin de disserter longtemps pour convaincre que cette ignorance peut être une cause importante d'une utilisation irrationnelle des médicaments.

Recommandation 4: Le pharmacien devrait inscrire l'indication ou la classe thérapeutique sur l'étiquette de manière à ce que la personne sache ce pourquoi elle utilise le médicament. Il devrait s'assurer que le client comprend la signification du ou des mots employés.

Dans l'article 17 de la Loi sur la pharmacie du Québec, il est dit, entre autres choses, que:

"...L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage reconnu des médicaments ou des poisons...".

Le rôle du pharmacien comme conseiller du malade et "communicateur" de renseignements sur les médicaments est donc reconnu par la loi. D'autre part, le droit à l'information étant reconnu comme fondamental, il est inadmissible que l'on maintienne les gens dans l'ignorance en ce qui concerne les médicaments.

Recommandation 5: Le pharmacien devrait transmettre verbalement au patient, soit à la pharmacie, soit par téléphone, tous les renseignements déjà inscrits sur l'étiquette, de même que toute autre information susceptible de promouvoir une utilisation optimale des médicaments. Il est nécessaire qu'il s'assure que le client comprend bien les renseignements ainsi fournis.

2) Recommandations aux personnes âgées

Suite aux résultats obtenus, nous nous permettons de formuler les conseils suivants pour les personnes âgées.

Recommandation 1: Pour que le pharmacien puisse faire une étude valable du dossier pharmacologique, il est recommandé de ne fréquenter qu'une pharmacie.

Recommandation 2: Il importe de ne jamais prendre un médicament sans être sûr de l'indication thérapeutique. Dans le doute, il faut recourir à son pharmacien.

Recommandation 3: L'un des rôles les plus importants du pharmacien est de communiquer des renseignements sur les médicaments. Il ne faut donc jamais hésiter à s'informer auprès de lui pour obtenir quelque information sur les médicaments.

Recommandation 4: Il ne faut pas conserver pendant trop longtemps les médicaments qui sont employés occasionnellement ou qui ne sont plus utilisés. Il faut demander au pharmacien d'inscrire la date de péremption sur l'étiquette.

Recommandation 5: Il faut conserver les médicaments dans leurs contenants originaux avec l'étiquette produite par le pharmacien ou le fabricant. On doit relire régulièrement cette étiquette, surtout si l'on prend plusieurs médicaments, afin d'éviter toute erreur.

TABLEAU 1

REPARTITION DE L'ECHANTILLON SELON L'AGE ET LE SEXE

AGE	HOMMES (%)	FEMMES (%)	H + F (%)
65 - 69	38,5	31,3	34,6
70 - 74	30,2	32,8	31,3
75 - 79	16,7	21,7	19,4
80 - 85	8,3	9,6	9,0
85 et +	6,3	5,2	5,7
TOTAL:	100%	100%	100%
	(n = 96)	(n = 115)	(n = 211)

TABLEAU 2

QUESTION: Avec qui demeurez-vous?

REPONSES	ECHANTILLON	
	N	%
Seul	49	23,2
Conjoint	96	45,5
Famille	65	30,8
Plusieurs amis	1	0,5
TOTAL:	211	100 %

TABLEAU 3

QUESTION: Combien de médecins et spécialistes allez-vous voir ou viennent vous voir régulièrement?

Nombre de médecins	ECHANTILLON N	ECHANTILLON %
0	29	13,7
1	134	63,5
2	43	20,4
3	5	2,4
TOTAL:	211	100 %

TABLEAU 4

QUESTION: Dans combien de pharmacies allez-vous chercher vos prescriptions?

Nombre de pharmacies	ECHANTILLON N	ECHANTILLON %
0	14	6,6
1	152	72,0
2	39	18,5
3	6	2,9
TOTAL:	211	100 %

TABLEAU 5

QUESTION: Est-ce que votre pharmacien vous donne de l'information au sujet de vos médicaments?

REPONSES	ECHANTILLON N	%
OUI, souvent	20	9,5
OUI, à l'occasion	24	11,4
Ne se rappelle pas	3	1,4
NON	113	53,6
SEULEMENT si je le demande	38	18,0
Ne s'applique pas	13	6,2
TOTAL:	211	100 %

TABLEAU 6

QUESTION: Lorsque vous faites livrer, le pharmacien vous appelle-t-il pour vous donner des renseignements sur vos médicaments?

REPONSES	ECHANTILLON N	%
NE FAIT PAS LIVRER	97	46,0
Il appelle SOUVENT	1	0,5
Il appelle QUELQUEFOIS	10	4,7
JAMAIS	102	48,3
Ne répond pas	1	0,5
TOTAL:	211	100 %

TABLEAU 7

QUESTION: Si quelqu'un va chercher vos médicaments, le pharmacien lui donne-t-il les explications nécessaires?

REPONSES	ECHANTILLON	
	N	%
SOUVENT	3	4,2
QUELQUEFOIS	12	16,9
JAMAIS	47	66,2
NE SAIT PAS	9	12,7
TOTAL:	71	100 %

TABLEAU 8

QUESTION: Quand vous avez des conseils à demander au sujet de vos médicaments, à qui les demandez-vous?

PERSONNES CONSULTEES	OUI (%)	NON (%)
MEDECIN	74,9	25,1
PHARMACIEN	31,8	68,2
PARENTS ou AMIS	7,6	92,4
INFIRMIERE VISITEUSE	5,7	94,3
AUTRES	3,8	96,2
NE SAIT PAS A QUI DEMANDER	5,2	94,8

Note: Puisqu'il était permis de mentionner plus d'une source, le total des "oui" dépasse 100%.

TABLEAU 9

QUESTION: Combien y a-t-il de médicaments prescrits dans votre pharmacie personnelle?

NOMBRE	ECHANTILLON N	ECHANTILLON %	
0	30	14,2	
1	22	10,4	
2	27	12,8	
3	25	11,8	
4	23	10,9	
5	17	8,1	
6	20	9,5	
7	11	5,2	
8	11	5,2	40%
9	7	3,3	
10 et +	18	8,5	
	211	100 %	

TOTAL DES MEDICAMENTS: 907

MOYENNE: 4.3 médicaments/personne

5 médicaments/personne qui consomme

TABLEAU 10

QUESTION: Combien de médicaments prescrits sont utilisés en traitement régulier?

NOMBRE	ECHANTILLON N	ECHANTILLON %	
0	55	26,1	
1	38	18,0	
2	47	22,3	
3	22	10,4	
4	21	10,0	
5	13	6,2	
6	8	3,8	13.3%
7	2	0,9	
8	4	1,9	
9	1	0,5	
	211	100 %	

TOTAL DES MEDICAMENTS: 450

MOYENNE: 2.13 médicaments/personne

2.88 médicaments/personne qui consomme

TABLEAU 11

NOMBRE MOYEN DE MEDICAMENTS PRESCRITS UTILISES REGULIEREMENT

Groupe d'âge (HOMMES)	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 et + ans
Nombre moyen	1,86	1,76	1,94	1,75	2,5

Groupe d'âge (FEMMES)	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 et + ans
Nombre moyen	1,89	1,89	2,72	3,63	1,83

MOYENNE: Hommes: 1.92

Femmes: 2.26

TABLEAU 12

Répartition des MEDICAMENTS (%) PRESCRITS SELON LA CLASSE THERAPEUTIQUE (R.A.M.Q.)*

CLASSE	REGULIER	TRAITEMENT NON-REGULIER	TOTAL
CARDIOVASCULAIRES	17,1	7,0	12,3
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	24,2	30,3	27
DIURETIQUES-ELECTROLYTES	18,4	4,7	12
GASTRO-INTESTINAUX	4,4	12,5	8,2
VITAMINES	6,2	2,5	4,5
AUTRES	29,7	43	36
TOTAL:	100 %	100 %	100 %
	(451)	(401)	(852)

* Régie de l'assurance-maladie du Québec.

TABLEAU 13

LECTURE D'UNE ETIQUETTE

ETIQUETTE	ECHANTILLON		
	CAPABLES (%)	INCAPABLES (%)	TOTAL
CONTENANT D'ASPIRINE (format de 24 comprimés)	47,9	52,1	100% (211)
PRESCRIPTION	87,4	12,6	100% (191)

TABLEAU 14

LECTURE D'UNE ETIQUETTE PAR PERSONNES VIVANT SEULES

ETIQUETTES	PERSONNES SEULES		
	CAPABLES (%)	INCAPABLES (%)	TOTAL
ASPIRINE (format de 24 comprimés)	44,9	55,1	100% (49)
PRESCRIPTION	90,7	9,3	100% (43)

TABLEAU 15

CONNAISSANCE DE L'INDICATION THERAPEUTIQUE POUR LES MEDICAMENTS PRESCRITS UTILISES OCCASIONNELLEMENT

CONNAISSANCE DE L'INDICATION THERAPEUTIQUE	MEDICAMENTS	
	N	%
OUI	320	80,4
NON	73	18,3
Réponses mal codées	5	1,3
TOTAL:	398	100 %

TABLEAU 16

CONNAISSANCE DU NOM ET DE L'INDICATION THERAPEUTIQUE DES MEDICAMENTS PRESCRITS UTILISES REGULIEREMENT

	OUI		NON		TOTAL	
Connaissance	N	%	N	%	N	%
- DU NOM DU MEDICAMENT	201	44,6	250	55,4	451	100%
- DE L'INDICATION THERAPEUTIQUE DU MEDICAMENT	350	77,6	101	22,4	451	100%

TABLEAU 17

QUESTION: Etes-vous capable d'ouvrir facilement tous vos contenants de médicaments?

REPONSES	ECHANTILLON N	ECHANTILLON %
OUI	129	61,1
EPROUVE DE LA DIFFICULTE pour CERTAINS GENRES PAR MANQUE D'EXPERIENCE	35	16,6
Ne parvient que DIFFICILEMENT à les OUVRIR	30	14,2
NE S'APPLIQUE PAS	17	8,1
TOTAL:	211	100 %

TABLEAU 18

ANNEE D'ACQUISITION DES MEDICAMENTS UTILISES REGULIEREMENT

Année d'ACQUISITION	MEDICAMENTS N	MEDICAMENTS %
1977 et moins	41	10,4
1978	47	12,0
1979	112	28,6
1980	192	49,0
TOTAL:	392	100 %

Les analgésiques et les personnes âgées

Dolorès Lepage-Savary, pharmacienne,
Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.

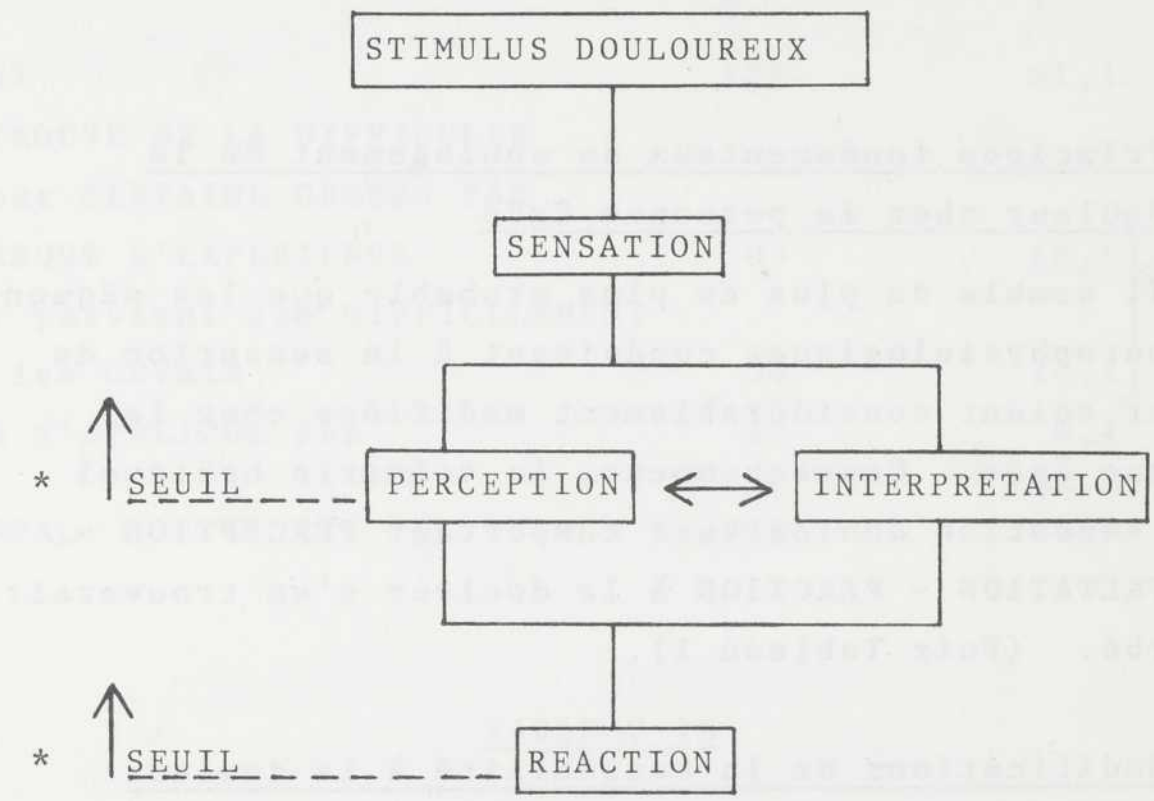
1- Principes fondamentaux du soulagement de la douleur chez la personne âgée

Il semble de plus en plus probable que les séquences neurophysiologiques conduisant à la sensation de douleur soient considérablement modifiées chez la personne âgée. Conséquemment, le scénario habituel de la sensation douloureuse comportant PERCEPTION - INTERPRETATION - REACTION à la douleur s'en trouverait perturbé. (Voir Tableau 1).

1.1 Modifications de la sensibilité à la douleur chez la personne âgée

Certains auteurs démontrent une diminution significative de la sensation de la douleur chez la personne âgée. Une étude faite sur 450 patients âgés met en évidence ce phénomène qui s'accompagnerait d'une augmentation du seuil de perception de la douleur et d'une augmentation du seuil de réaction (1). Il est généralement admis que les phénomènes perceptuels dépendent de l'intégrité des connections nerveuses transmettant le stimulus de douleur, or les personnes âgées présentent une certaine atrophie des neurones

TABLEAU 1: PHENOMENE DE LA DOULEUR



* Modifications reliées au vieillissement

pouvant expliquer les perturbations de la perception. De plus, il semble que les phénomènes perceptuels eux-mêmes soient différents chez la personne âgée, c'est-à-dire qu'ils sont de type Global alors que chez les jeunes adultes, ils seraient de type Analytique (segmentaire) (1). En conséquence, il est fréquent que la personne âgée soit incapable d'identifier précisément la localisation de sa douleur et que ces douleurs soient perçues de façon diffuse. Quant à la REACTION à la douleur, elle dépend en partie de ce que cette sensation représente pour le patient en relation avec ses expériences de vie antérieure (fonction cognitive influence + +).

Les doses d'analgésiques nécessaires pour soulager la douleur devraient donc être plus faibles chez la personne âgée en raison de ces modifications.

1.2 Effet Placebo

Depuis un certain nombre d'années, il est reconnu qu'une proportion évaluée à 20% des patients traités avec des placebos expérimentent un soulagement significatif de leur douleur. Chez la personne âgée, ce phénomène s'amplifie et la proportion de patients dont les douleurs sont soulagées par un placebo peut être de l'ordre de 30% (2). On a également mis en évidence cette caractéristique en relation avec la personnalité de la personne âgée.

1.3 Alternatives thérapeutiques dans le traitement de la douleur

Le traitement médicamenteux n'est certes pas l'unique moyen de contrôler les douleurs et certaines approches thérapeutiques particulières peuvent également être très efficaces (2). (Voir Tableau 2).

1.4 Types et caractéristiques des douleurs chez la personne âgée

Les douleurs les plus fréquentes chez la personne âgée sont surtout diffuses. (Ex.: douleurs aux extrémités chez les diabétiques ou les patients urémiques). Les douleurs secondaires à l'osteoporose sont aussi très fréquentes de même que les maux de tête de tension (reliés à l'osteoarthrite cervicale ou à la dépression) et les maux de tête vasculaires (3). Les douleurs arthritiques sont également très fréquentes (voir Tableau 3) et constituent une forte proportion des douleurs chroniques à traiter chez les personnes âgées. Environ 40% des arthritiques âgés nécessitent un traitement aux analgésiques de façon chronique (4).

Quant aux caractéristiques des douleurs, mentionnons que chez la personne âgée: les douleurs chroniques sont prépondérantes par rapport aux douleurs aiguës et de ce fait impliquent davantage l'induction d'une composante d'anxiété et d'angoisse susceptible d'exacerber les douleurs. On a également établi une relation directe entre la douleur chronique et la dépression chez les personnes âgées et il

TABLEAU 2: ALTERNATIVES THERAPEUTIQUES DANS LE TRAITEMENT DES DOULEURS CHRONIQUES

DOULEURS CHRONIQUES: Choix thérapeutiques

* MEDICATION
* STIMULATION électrique
* ACUPUNCTURE
* NEUROCHIRURGIE
* BLOCS nerveux par injections
* BIOFEEDBACK
* HYPNOSE
* Modifications COMPORTEMENTALES

TABLEAU 3: DOULEURS ARTHRITIQUES CHRONIQUES CHEZ LES PERSONNES AGEES

ARTHRITE: INCIDENCE ↑ AVEC L'AGE

AGE	% PATIENTS SOUFFRANT DE DOULEURS ARTHRITIQUES
55 - 64	6.3%
65 - 74	9.2%
75 - 79	18.8%

y aurait concomitance des deux phénomènes chez la personne âgée (4). Sachant que la dépression est susceptible de diminuer le seuil de la douleur, celle-ci devient donc plus difficile à traiter.

1.5 Prévention de la douleur

Plusieurs cliniciens ont depuis longtemps remis en question la rationalité du traitement "au besoin" (P.R.N.) dans la douleur chronique en particulier. En effet, il semble de plus en plus évident que l'usage d'un analgésique au moment où la douleur est déjà ressentie (analgésique P.R.N.) contribue à développer une crainte de la douleur et une forme de "conditionnement psychologique" indésirable pour le patient qui se voit contraint d'attendre la sensation de douleur avant d'accéder à la prise de son analgésique (2,5,6). Plusieurs auteurs ont démontré que cette attitude, souvent encouragée chez le patient, ne contribue qu'à induire chez celui-ci une forte dépendance psychologique indésirable. La douleur chronique, contrairement à la douleur aiguë, est caractérisée par l'anticipation anxieuse de ressentir la douleur et cela peut conduire à l'anxiété, la dépression, l'insomnie qui, à leur tour, accentuent la douleur (cercle vicieux).

Tous s'entendent pour admettre qu'il est généralement plus difficile de traiter une douleur d'intensité élevée que de la prévenir à l'aide d'une médication régulière (5,6,7). D'autre part, les doses d'analgésiques nécessaires pour contrôler la douleur

d'intensité élevée sont plus grandes que les doses données au moment où la douleur a encore une intensité modérée.

Il apparaît donc plus rationnel de donner la médication analgésique à heures fixes pour éviter que le stimulus à la prise de l'analgésique soit la douleur elle-même ou la crainte de ressentir la douleur (2).

Ce principe s'applique particulièrement dans la douleur chronique, le but étant d'effacer de la mémoire du patient la crainte excessive de la douleur (5,6,7).

2- Modifications physiologiques liées au vieillissement susceptibles d'altérer la réponse aux analgésiques

Les patients âgés sont plus sensibles à la fois aux effets pharmacologiques recherchés et aux effets non-recherchés des analgésiques.

Pharmacocinétique: Il a été démontré que le vieillissement s'accompagne d'une diminution importante des fonctions hépatique et rénale. Ces deux organes étant des voies de métabolisme et d'élimination majeures des médicaments, il s'ensuit que les effets des analgésiques sont plus intenses à des doses même très faibles (8,9,10).

Par exemple, les opiacés et leurs dérivés (Codéine, Morphine, Démerol, Talwin) étant tous métabolisés au foie, ont par conséquent une durée d'action plus longue et les doses doivent être

proportionnellement réduites pour éviter l'accumulation et les effets toxiques.

De plus, plusieurs analgésiques étant fortement liés aux protéines plasmatiques (albumine), ceci conduit à une augmentation des effets chez les personnes âgées (car celles-ci ont une réduction de la quantité d'albumine: ce qui implique que la portion non liée et active des médicaments est plus élevée dans le sang). C'est le cas de la plupart des analgésiques anti-inflammatoires non stéroïdiens (naproxène, ibuprofène, phénylbutazone, indomethacine, diclofénac, zomépirac, floctafénine, sulindac, etc.).

S.N.C. (Système Nerveux Central)

Au niveau du S.N.C., le vieillissement s'accompagne d'une perte importante de neurones du cortex cérébral; conséquemment les personnes âgées sont plus sensibles aux médicaments qui agissent à ce niveau (3,4,8,10). De fait, les médicaments stimulants ont une efficacité réduite alors que ceux qui dépressent le S.N.C. ont une puissance plus élevée. C'est pour ces raisons que les réactions inhabituelles ou paradoxales aux médicaments sont plus fréquentes et que les dangers d'hypoxie cérébrale, d'hypotension, sont plus élevés (3).

Les analgésiques qui agissent principalement sur le S.N.C. (Ex.: propoxyphène, codéine, opiacés, phénothiazines) devraient donc être utilisés avec prudence et à des doses minimales efficaces.

Système gastro-intestinal

Les personnes âgées sont plus sensibles à la constipation secondaire aux analgésiques puissants, à la codéine et au propoxyphène. La constipation étant déjà un problème chez la personne âgée en raison de facteurs physiologiques (diminution de la motilité intestinale et du tonus du sphincter anal, atonie du côlon, etc.) et environnementaux (diète, immobilité, hydratation réduite, etc.).

Il semble également que l'induction de dommages gastriques (saignements et ulcères) reliés à l'acide acétylsalycilique (Aspirine) ou aux analgésiques anti-inflammatoires soit augmentée avec l'âge de même que le degré d'hémorragie gastro-intestinale en raison d'une réserve déjà réduite en hématocrite et en volume sanguin chez la personne âgée (3,4,8).

3- Modifications psycho-pathologiques susceptibles d'altérer la réponse aux analgésiques (voir Tableau 4).

Des problèmes pathologiques fréquents chez la personne âgée peuvent la rendre plus sensible à des effets pharmacologiques non-recherchés (Ex.: les maladies obstructives pulmonaires chroniques (MPOC) augmentent les risques de dépression respiratoire associée aux narcotiques opiacés).

TABLEAU 4: MODIFICATIONS PSYCHO-PATHOLOGIQUES SUSCEPTIBLES D'ALTERER LES EFFETS DES ANALGESIQUES (SENSIBILITE AUX EFFETS NON RECHERCHES, REPONSE ANALGESIQUE)

ETATS pathologiques	↑ Sensibilité
M.P.O.C.	- Dépression resp.
PROSTATISME	- Rétention u.
ASTHME	- Bronchospasmes
SURDITE	- Ototoxicité
A.C.V.	- Analgésiques agissant sur S.N.C.

ETATS PSYCHO-PATHOLOGIQUES ≠ REPONSE

Dépression

Insomnie

Anémie

4- Effets pharmacologiques des analgésiques chez la personne âgée

4.1 Analgésiques faibles

- acide acétylsalicylique / Aspirine
- propoxyphène, codéine
- anti-inflammatoires non stéroïdiens (naproxène/Naprosyn, fénoprofène/Nalfon, zomépirac/Zomac, floctafénine/Idarac, indométhacine/Indocid, ibuprofène/Motrin, etc.)

4.2 Analgésiques puissants

- opiacés et dérivés (morphine, pethidine, pentazocine, nalbuphine, dihydromorphinone...)
- Méthotriméprazine/Nozinan
- Cocktail de Brompton et Elixir de Morphine.

4.1 Analgésiques faibles

L'utilisation de l'acide acétylsalicylique (A.A.S.) chez la personne âgée est associée à une forte incidence de saignements gastro-intestinaux hémorragiques (en particulier chez la femme âgée). De plus, les syndromes d'intolérance à l'A.A.S. (se manifestant par la triade: polypes nasals, rhinite et asthme; s'accompagnant parfois d'urticaire, angioderme, eosinophilie, hypotension-choc) semblent plus fréquents chez les personnes âgées (12). Quant aux anti-inflammatoires non-stéroïdiens, ils sont tous mieux tolérés que l'A.A.S. mais ils causent de la rétention de sodium susceptible de compromettre une fonction cardiaque déjà précaire chez certaines personnes âgées avec

artériosclérose et souffrant d'insuffisance cardiaque congestive (4,6).

Quant à l'efficacité analgésique, ces médicaments semblent tous comparables lorsque donnés à des doses équivalentes dans la douleur légère ou modérée, qu'elle soit aiguë ou chronique. Cependant, la douleur avec forte composante inflammatoire (Ex.: arthrite) ne répond pas à des analgésiques tels l'acétaminophène, le propoxyphène ou la codéine. Dans ce type de douleurs, seuls l'A.A.S. et les anti-inflammatoires non-stéroïdiens peuvent contrôler l'inflammation qui accompagne la douleur et ils doivent être préférés.

4.2 Analgésiques puissants

L'usage d'analgésiques opiacés (narcotiques ou non) chez les personnes âgées comporte des effets non-recherchés nombreux et souvent débilitants. En fait, ces analgésiques sont en général mal tolérés chez les vieillards et requièrent une réduction importante des doses pour les raisons suivantes: (8,9,10)

(1) Ils sont éliminés plus lentement (donc, effet plus prolongé) en raison d'une diminution des fonctions hépatique et rénale.

(2) Ils induisent souvent de la confusion mentale et exacerbent des dysfonctions mentales déjà présentes ou de la dépression (à long terme).

(3) Ils ont tous des effets anticholinergiques d'intensité variable susceptibles d'induire ou de prolonger de la rétention urinaire (pouvant conduire à l'incontinence ou à l'infection urinaire) ou d'aggra-

ver un glaucôme dans certains cas, de causer de la constipation tenace et de l'hypotension orthostatique (3,5).

(4) Les opiacés causent une dépression du réflexe de la toux conduisant parfois à l'engorgement des bronches: susceptible d'entraîner de l'atelectasie (en particulier chez un patient atteint de M.P.O.C.) (3).

De plus, certains opiacés (Ex.: pentazocine, nalbuphine, butorphanol) seraient à éviter chez la personne âgée en raison de leurs effets psychotiques et d'hallucinations auditives et visuelles excessives (incidence beaucoup plus élevée de psychose que chez les jeunes adultes) (6).

Quand la douleur est sévère et chronique (Ex.: douleur de cancer en phase terminale), l'élixir de Morphine ou le cocktail de Brompton demeurent des alternatives aux analgésiques narcotiques habituels. Cependant, il est d'usage d'y associer une phénothiazine afin de contrôler les nausées et vomissements causés par la morphine et de potentialiser l'effet analgésique (ceci permettant d'administrer des doses moindres de morphine ou de maintenir ces doses minimales plus longtemps) (5,6).

Le choix de la phénothiazine devra être fait en relation avec les effets non-recherchés et leur intensité comparative (voir Tableau 5). Par exemple, dans le but de minimiser ces effets non-recherchés, le choix portera sur la phénothiazine dont les risques de causer un syndrome Extrapyramidal sont les plus faibles dans le cas d'un patient parkinsonnien ou recevant déjà des psychotropes. Parallèlement, si on désire minimiser

TABLEAU 5: CHOIX DE LA PHENOTHIAZINE: DEPEND DE L'INTENSITE RELATIVE DES EFFETS NON-RECHERCHES

PHENOTHIAZINES	EFFETS NON-RECHERCHES			
	HYPOTENSION ORTHO.	SEDATION	SYNDROME EX. TRAPYRAMIDAL	*EFFETS ANTI-ACH.
Chlorpromazine/ Largactil	+ + +	+ + +	+ +	+ + +
**Méthotriméprazine / Nozinan	+ +	+ +	+ +	+
Prochlorperazine / Stémetil	+	+	+ + +	+ +
Thioridazine/ Mellaril	+	+ +	+	+ + +

* ANTI-ACH.: Effets anticholinergiques.

** Le Méthotriméprazine est la phénothiazine possédant le meilleur effet analgésique.

l'hypotension orthostatique ou éviter une sédation excessive, le choix portera davantage sur le prochlorperazine/Stémetil ou le methotrimeprazine/Nozinan (voir Tableau 5). Quant aux effets anticholinergiques (rétention urinaire, constipation, glaucôme, etc.), ils sont moins intenses avec le methotrimeprazine/Nozinan.

Est-il nécessaire de rappeler que les chutes de tension posturales (Hypotension orthostatique) devraient être autant que possible contrôlées puisqu'elles prédisposent le patient à des épisodes d'insuffisances cérébro-vasculaires sans compter les chutes qui ont souvent des conséquences néfastes (i.e. fractures pouvant compromettre l'autonomie du vieillard) (3).

5- Voies d'administration optimales des analgésiques chez la personne âgée

La circulation sanguine étant ralentie chez la personne âgée (3,8), cette dernière est donc plus susceptible de présenter des stases sanguines et de l'hypotension. Ainsi, les injections sous-cutanées ou intra-musculaires ne sont pas des voies d'administration prévisibles puisque l'absorption de l'analgésique de cette façon est très erratique et peut conduire à des effets cumulatifs après des doses répétées. Il faut donc utiliser avec prudence ces voies d'administration, en particulier chez les patients dont le volume sanguin est réduit (anémie, choc, déshydratation). Quant à l'administration par

la voie orale, la forme liquide semble être préférable aux formes solides (c'est-à-dire comprimés ou capsules) à cause des difficultés de déglutition (dysphagie) fréquentes chez les personnes âgées.

De plus, certains analgésiques opiacés ne sont pas très bien absorbés quand ils sont pris par voie orale et il faut souvent administrer des doses plus élevées pour obtenir un bon effet (Ex.: pethidine/ Demerol, pentazocine/Talwin). Dans ces cas, la codéine semble être préférable puisqu'elle est bien absorbée en voie orale (6,7).

6- Associations d'analgésiques et polypharmacie

Quant aux associations d'analgésiques, elles ont certes une place dans le traitement de la douleur chez la personne âgée, à condition qu'elles soient rationnelles (6,7,11). Je me permettrai donc de qualifier certaines associations d'analgésiques d'irrationnelles et certaines autres de rationnelles ou thérapeutiquement acceptables.

Rationnelles: Associations qui permettent d'augmenter l'effet analgésique à des doses moindres de chaque constituant.

Ex.: - acide acétylsalicylique et Codéine.
- acétaminophène et Codéine.

Irrationnelles: Associations de deux substances pharmacologiques actives (ou plus) qui n'amènent aucune augmentation de l'effet analgésique mais plutôt une

addition des effets indésirables.

Ex.: - anxiolytique et analgésique.

- barbiturique et analgésique.

Il est important de mentionner que les associations irrationnelles ne contribuent généralement qu'à augmenter les risques de réactions indésirables et souvent le coût du traitement au patient sans lui apporter de bénéfices notoires du point de vue analgésique.

Conclusion

Il semble donc que la thérapie analgésique chez la personne âgée doive être sélectionnée en tenant compte, à la fois, des modifications physiologiques reliées au vieillissement, et des caractéristiques des douleurs à soulager chez ces patients.

Il n'existe donc pas d'analgésique idéal: le choix doit se faire en relation avec la condition du patient. Les doses administrées doivent tenir compte de la sensibilité particulière des personnes âgées aux effets pharmacologiques des analgésiques.

Références

(1) Bellville et al.: Influence of Age on Pain Relief from Analgesics. J.A.M.A. 217 (13): 1835-41, Sept. 27, 1971.

(2) Reuler, James B. et al.: The Chronic Pain Syndrome: Misconceptions and Management. Ann. Intern. Med., 93: 588-596, 1980.

(3) Holloway, Donald A.: Drug Problem in the Geriatric Patient. Drug Intell. Clin. Pharm. 8: 632-642, Nov. 1974.

(4) Lamy, P.: Analgesic and Anti-inflammatory Drugs, in Prescribing for the Elderly, 1st. Ed.; chapter 16, PSG Publishing Co. Littleton. Mass. p. 345-362, 1980.

(5) Mount, B.M. et al.: Use of the Brompton Mixture in Treating the Chronic Pain of Malignant Disease. C.M.A. Journal: 15: 122-124, July 17, 1976.

(6) Lepage-Savary, Dolorès: Les analgésiques et le traitement de la douleur, Can. J. Hosp. Pharm. 32 (1): 6-12, Jan.-Feb. 1979.

(7) Narcotic Analgesics in Terminal Cancer: Drug and Therapeutics Bulletin, Vol. 18: 69-72, August 29, 1980.

(8) Vestal, Robert E.: Drug Use in the Elderly: A Review of Problems and Special Considerations. Drugs 16: 358-382, 1978.

(9) Freeman, Joseph T.: Some Principles of Medication in Geriatrics. J. Ann. Geriatrics Soc. 22 (7): 289-295, July, 1974.

(10) Smith and Craig, R.: Use of Drugs in the Aged. John Hopkins Med. J.: 146: 61-64, 1979.

(11) Lepage-Savary, Dolorès: Le pour et le contre des associations d'analgésiques; Médicaments d'aujourd'hui, 1 (2): 32-33, Novembre 1976.

(12) Abrishami, Ali; Thomas, Joseph: Aspirin Intolerance - A Review. Ann. of Allergy. 39: 28-37, July 1977

Influence des effets indésirables des médicaments sur l'hospitalisation des personnes âgées

G. Barbeau, Ecole de pharmacie, Université Laval, Y. Leblanc, Pharmacienne, Québec et H. Got, Centre de médecine gériatrique de Casselardit (Toulouse).

L'utilisation de médicaments chez les personnes âgées revêt un caractère particulier. L'âge entraîne des modifications physiologiques si importantes que l'on n'obtient pas toujours l'effet attendu de la pharmacothérapie (1). Les vieillards ont une intolérance plus marquée aux effets des médicaments et plusieurs auteurs ont d'ailleurs montré que l'âge est un facteur important dans la fréquence des réactions indésirables aux médicaments (2,6,10,13). Ainsi, entre 60 et 70 ans, le risque d'effets indésirables aux médicaments est presque deux fois plus élevé qu'entre 30 et 40 ans (11). Nous avons voulu savoir dans quelle mesure ces effets indésirables aux médicaments pouvaient être un motif d'hospitalisation.

1- Méthode

L'enquête effectuée dans le Service de médecine gériatrique de Casselardit (Toulouse) s'est déroulée pendant une période de trois mois et porte sur tous

les patients admis dans le service. Sur 178 patients hospitalisés, 166 observations ont été retenues puisque dans 12 cas, il nous a été impossible d'obtenir des renseignements suffisants pour compléter un dossier valable. Chaque patient a été interrogé quant à ses habitudes de consommation médicamenteuse. La famille est consultée également et le médecin traitant interrogé par lettre. Le dossier d'enquête est complété par le dossier d'observation constitué dans le service. Deux types d'informations furent utilisés pour discussion du dossier: les renseignements thérapeutiques (traitement médicamenteux suivi avant l'hospitalisation) et les renseignements pathologiques. Les renseignements ainsi obtenus permettaient d'établir l'existence ou non d'un effet médicamenteux indésirable et de déterminer la part de cet effet indésirable dans l'hospitalisation du patient. L'assentiment d'un pharmacologue et d'un médecin était nécessaire pour considérer qu'un effet indésirable observé est le motif principal d'hospitalisation. La classification par Karch et Lasagna (5) est utilisée pour évaluer un effet indésirable.

2- Résultats

Les 166 patients de l'étude se répartissent comme suit: 100 femmes (60%) et 66 hommes (40%). La moyenne d'âge des femmes est de 81.1 ans et celle des hommes de 78.7 ans pour une moyenne générale de 80.1 ans. La durée moyenne de séjour à l'hôpital est de 24 jours et 90% de ces personnes ont été hospitalisées au moins une

fois. Plus de 40% des personnes interrogées ont présenté, dans leurs antécédents, des effets médicamenteux indésirables.

Il y a eu 35 (21%) patients hospitalisés à cause d'un effet indésirable aux médicaments, soit 25 femmes (71%) et 10 hommes (29%). Le Tableau 1 nous montre la répartition des effets indésirables suivant les critères approuvés par Karch et Lasagna (5).

TABLEAU 1

Effets indésirables	Hommes	Femmes	Total
Certain	2	6	8
Probable	4	12	16
Possible	7	4	11
Grand total	13 (37%)	22 (63%)	35 (100%)

Le Tableau 2 nous montre le type d'effets indésirables ayant motivé l'hospitalisation.

TABLEAU 2

	Nombre	Hommes	Femmes
1. Episode psychiatrique	10	2	8
2. Intoxication digitalique	9	1	8
3. Déséquilibre électrolytique	3	1	2
4. Hypoglycémie	2	1	1
5. Interaction	2	2	0
6. Intoxication accidentelle	2	1	1
7. Autres effets	11	3	8

Les effets indésirables ayant motivé l'hospitalisation correspondent aux groupes de médicaments les plus utilisés, soit les médicaments du système nerveux central, du système cardiovasculaire et les diurétiques. Il faut remarquer que deux interactions médicamenteuses sont à l'origine de l'hospitalisation pour infection pulmonaire. Il s'agit en fait de l'association Doxycycline et pansements gastriques de type Actapulgite. L'interruption des pansements et l'utilisation de Doxycycline par voie intraveineuse ont fait régresser l'infection respiratoire en six jours et ont permis le départ du patient après dix jours d'hospitalisation. Dans "Autres effets", on retrouve des intolérances digestives, une diarrhée, une insuffisance rénale aggravée, un état subocclusif et un trouble de transit.

Le Tableau 3 nous fait voir la consommation médicamenteuse en termes de principes actifs. Le principe actif est une substance chimique (naturelle, semi-synthétique et synthétique) qui exerce un effet biologique par opposition aux substances inertes que sont les excipients. Dans notre enquête, l'ensemble des vitamines et les nombreux extraits de plantes contenus dans un même médicament sont considérés comme un seul principe actif.

La classification thérapeutique utilisée dans le Tableau 3 est celle de la liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (juillet 1979).

Tableau 3: Consommation médicamenteuse (en termes de principes actifs)

Classe thérapeutique	Nombre de principes actifs	
	Patients admis à cause d'un effet indésirable (35)	Patients admis pour un autre motif (131)
Cardiovasculaires	52 (23%)	135 (19%)
Système nerveux central	36 (16%)	110 (15%)
Electrolytes - Diurétiques	32 (14%)	58 (8%)
Gastro-intestinaux	20 (9%)	44 (6%)
Anti-infectieux	19 (8%)	51 (7%)
Hormones et substituts	17 (7%)	64 (9%)
Système nerveux autonome	16 (7%)	65 (9%)
Oxygénateurs cérébraux	11 (5%)	50 (7%)
Autres	32 --	140 --
Total	231 (100%)	717 (100%)
Moyenne des principes actifs:	6.6/patient	5.4/patient

3- Discussion et conclusion

Le pourcentage rapporté d'hospitalisation (21%) due à des effets indésirables aux médicaments peut paraître élevé. D'autres études faites dans des centres hospitaliers de soins aigus, avec des populations de tous les groupes d'âge rapportent une fréquence d'admission hospitalière reliée aux médicaments de l'ordre de 1,7% à 5% (4,8,9,10,12). Une étude française portant uniquement sur les personnes âgées signale que 5,3% des admissions dans un service de médecine interne à vocation gériatrique est motivée par un accident médicamenteux. Enfin, Learoyd (7) dans un centre de psychogériatrie découvre que 16% au moins des admissions hospitalières est d'origine médicamenteuse. Cependant, en ne considérant que les effets indésirables certains, notre pourcentage est ramené à 4,5% et à 14%, si l'on inclut les effets probables.

Le type d'effets indésirables ayant motivé l'hospitalisation n'appelle pas de commentaire particulier. Rappelons cependant que c'est dans le groupe des épisodes psychiatriques que se retrouvent surtout les effets indésirables classés comme possibles.

Les chiffres de consommation médicamenteuse cités dans le Tableau 3 nous paraissent inférieurs aux chiffres et pourcentages réels de consommation des médicaments. En effet, sur 948 principes actifs consommés, 6% environ reviennent à une automédication avouée, ce qui paraît peu. Tous les autres sont le fait de prescription médicale. Il est à remarquer également que la consommation moyenne des médicaments dans le groupe

des patients hospitalisés à cause d'effets indésirables aux médicaments est légèrement plus élevée (6,6/patient) que dans l'autre groupe (5,4/patient). Bien que ces chiffres puissent être apparemment intéressants, ils n'ont aucune signification du point de vue statistique. Ce qui est par contre important, c'est que l'utilisation de diurétiques (probablement alliée aux cardiovasculaires) semble être un motif important d'hospitalisation iatrogène.

En résumé, l'analyse globale de nos résultats nous amène à tirer les conclusions suivantes:

1. Les personnes admises à cause d'un effet indésirable à un/ou des médicaments consomment une moyenne de 6,6 principes actifs par jour alors que les patients admis pour d'autres motifs consomment 5,4 principes actifs par jour (n.s.).

2. 93% des patients (154) consomment au moins un médicament au moment de l'admission et 29% (40) rentrent chez eux sans médicament (p 0,01).

3. Les personnes admises avec des médicaments quittent l'hôpital avec 70% moins de médicaments qu'à l'arrivée (5,7 principes actifs à l'arrivée contre 1,7 au départ).

4. Les femmes sont plus sensibles aux effets indésirables des médicaments que les hommes (p 0,01).

5. La consommation des diurétiques (p 0,05) et des digitaliques (p 0,01) est plus élevée dans le groupe des personnes admises à cause de leur médicament que dans l'autre groupe.

Références

1. Bender, A.D., Pharmacologic aspects of aging: a survey of the effect of increasing age on drug activity in adults. J. Am. Geriatrics Soc., 12: 114-118, 1964.

2. Berger, J.P. et al, Incidence, types and severity of adverse reactions to drugs occuring in a university teaching hospital. Proc. of the Eur. Soc. for the Study of Drug Toxicity, 14: 282-288, 1972.

3. Bouchon, J.P. et al, Les accidents médicamenteux chez les personnes âgées. Ann. Méd. Interne, 127: 681-687, 1976.

4. Hurwitz, N., Admissions to hospital due to drugs. Br. Med. J., 1: 539-540, 1969.

5. Karch, F.E. et Lasagna, L., Adverse drug reactions. Jama, 234: 1236-1241, 1975.

6. Klein, U. et al, The frequency of adverse drug reactions as dependent upon age, sex and duration of hospitalization: Int. J. Clin. Pharmacol. 13: 187-195, 1976.

7. Learoyd, B.M., Psychotropic drugs and the elderly patient. Med. J. Aust., 1: 1131-1133, 1972.

8. McKenney, J.M. et Harrison, W.L., Drug-related hospital admissions. Am. J. Hosp. Pharm. 33: 792-795, 1976.

9. Ogilvie, R.I. et Ruedy, J., Adverse drug reactions during hospitalization. Can. Med. Assoc. J. 97: 1450-1457, 1967.

10. Seidl, L.G. et al, Studies on the epidemiology of adverse drug reactions III, reactions in patients on a general medical service. Bull. Johns Hopkins Hosp. 119: 299-315, 1966.

11. Sherwood, L.M. et Parris, E.E., Preventable drug reactions, causes and cures. New England J. of Med. 284: 24, 1361-1368, 1971.

12. Smith, J.W. et al, Studies on the epidemiology of adverse drug reactions V, clinical factors influencing susceptibility. Ann. Intern. Med. 65: 629-640, 1966.

13. Wynne, R.D. et Heller, F., Drug overuse among the elderly: a growing problem. Perspective on aging, 15-18, 1973.

Les formes de violence dont sont victimes les personnes âgées: résultats d'une cueillette d'information auprès des intervenants

Lise Bélanger, Direction des Services Professionnels, Centre de Services Sociaux du Montréal-Métropolitain.

Introduction

A la suite des onze colloques régionaux tenus au Québec à la fin de 1979 et portant sur le thème général de la violence, le Ministère de la Justice a tenu à favoriser l'implication des citoyens dans la recherche de tous les moyens susceptibles d'endiguer la violence sous toutes ses formes afin de permettre une prise de conscience plus aiguë du problème en soi et des moyens propres à l'enrayer.

Un budget avait été prévu à cet effet pour financer ce programme "anti-violence" au niveau provincial. Conformément à la procédure prévue, l'Association Québécoise de Gérontologie (A.Q.G.) a parrainé au début de 1980 une demande de subvention de 5 000$ qui fut accordée. En posant ce geste, l'A.Q.G. était convaincue qu'il était de sa mission de contribuer ainsi à enrayer les effets néfastes d'un problème qui, de l'aveu de tous, frappe de plus en plus les personnes âgées.

Un comité fut mis sur pied au printemps 1980 pour procéder à la réalisation des deux objectifs suivants:

1) Identifier les diverses formes de violence dont sont victimes les personnes âgées, de même que les mécanismes existant ou à développer dans un but d'enrayer les principales formes de violence.

2) Sensibiliser les intervenants qui sont en contact et en relation d'aide avec les personnes âgées.

Méthodologie

La méthode retenue, compte tenu des limites de temps et des ressources humaines et matérielles, a été celle du questionnaire qui a été adressé à 440 intervenants des secteurs médical et social.

Le contenu du questionnaire a été élaboré à partir principalement d'une revue de la littérature sur le sujet de la violence envers les personnes âgées. L'instrument comprenait d'une part, une série de questions d'ordre biographique devant permettre de caractériser les répondants, d'autre part, les questions relatives aux divers types et formes de violence, enfin les questions relatives aux divers moyens existants permettant d'enrayer les diverses formes de violence.

Le questionnaire a été soumis à une étape de pré-expérimentation auprès d'une dizaine d'intervenants sociaux, oeuvrant tous dans un même service auprès de la population âgée de la région de Montréal, ce qui a permis de préciser, d'ajouter ou de retrancher certains éléments du questionnaire et ainsi de le finaliser.

Il fut ensuite envoyé par courrier à deux groupes d'intervenants. Le premier regroupant les intervenants oeuvrant dans les territoires des centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) Centre-Ville et Centre-Sud de Montréal, le deuxième étant constitué par les membres de l'Association Québécoise de Gérontologie.

L'instrument qui a servi à la cueillette de données fut adressé à plusieurs types d'intervenants (travailleur social, médecin, infirmière, étudiant, bénévole, auxiliaire familiale, animateur communautaire, administrateur) oeuvrant dans différents milieux de travail (centre d'accueil (C.A.), centre local de services communautaires (C.L.S.C.), centre hospitalier de soins prolongés (C.H.S.P.), centre hospitalier de courte durée (C.H.C.D.), centre de services sociaux (C.S.S.), département de santé communautaire (D.S.C.).

Les destinataires ont eu une période de quatre à six semaines pour répondre. Une lettre de rappel fut envoyée à chacun des répondants.

Présentation des résultats

Caractéristiques des répondants

Le questionnaire fut envoyé à 440 intervenants qui oeuvrent auprès de la population âgée. Un taux de réponse de 32% fut obtenu, ce qui totalisait une cueillette de 140 questionnaires retournés.

Approximativement 65% des répondants étaient âgés de 25 à 50 ans, alors que 10% se situaient dans le groupe des moins de 25 ans, et que 25% avaient

dépassé la cinquantaine. Près de 75% des intervenants étaient de sexe féminin. Quant à la région socio-administrative, la représentation des régions de Montréal (68%) et de Québec (23%) se faisait nettement dominante.

Parmi les 140 répondants, près de la moitié (45.7%) des intervenants travaillaient dans un milieu institutionnel (C.A., C.H.S.P., C.H.C.D.) et environ le tiers (30.8%) dans les C.L.S.C.

Formes et actes de violence les plus rencontrés

Cette section du questionnaire visait à cerner les formes de violence auxquelles étaient soumises les personnes âgées. De plus, l'étude voulait quantifier la fréquence des manifestations de la violence 1) soit parce que les intervenants en avaient été témoins ou 2) soit parce que des cas avaient été portés à leur connaissance.

De façon générale, une personne sur 14 n'avait jamais entendu parler de mauvais traitements infligés à des personnes âgées; cinq personnes sur 14 en avaient entendu parler mais ne connaissaient pas de cas spécifiques; et finalement, huit personnes sur 14 connaissaient au moins un cas de mauvais traitements.

Lorsque les cinq formes de violence présentées dans le questionnaire furent ordonnées selon l'importance du pourcentage des répondants qui en avaient été témoins ou informés, les résultats suivants furent obtenus:

1) Mauvais traitements psychologiques 34%

2)	Mauvais traitements matériels	30%
3)	Mauvais traitements physiques	25%
4)	Mauvaises conditions de l'environnement	25%
5)	Violation des droits	23%

Quant aux actes spécifiques de violence infligés aux personnes âgées, l'ordre d'importance en était le suivant:

1)	Assaut verbal	41%
2)	Abandon par la famille	40%
3)	Institutionnalisation forcée par la famille	38%
4)	Menace, chantage	37%
5)	Dévalorisation, jugements négatifs	37%
6)	Vols d'argent, de chèque de pension, etc.	36%
7)	Abus d'autorité	36%
8)	Nourriture inadéquate, diète non suivie	35%
9)	Vols personnels: bijoux, sacs à main, etc.	32%
10)	Soins médicaux non respectés	31%
11)	Chauffage inadéquat, risque de feu, etc.	31%
12)	Eviction du domicile	28%
13)	Loyer abusif	28%
14)	Escroquerie	26%
15)	Blessures infligées délibérément	24%
16)	Ligotement au lit, à une chaise	24%
17)	Interdiction de conserver des effets personnels	24%
18)	Interdiction de personnaliser l'environnement immédiat	21%
19)	Consommation forcée de médicaments non thérapeutiques	20%
20)	Limites contraignantes des heures de visites	15%
21)	Médicaments ou prothèses non fournis	15%

22) Assauts graves: viol, meurtre 12%
23) Séquestration 11%

Il est à noter que parmi les mauvais traitements énumérés, certains constituent des offenses criminelles (ex.: viol et meurtre) graves; conséquemment, le pourcentage en cause doit être placé dans une perspective appropriée.

Caractéristiques générales des victimes de violence

Le questionnaire cherchait également à déterminer la catégorie d'âge, le sexe, et les indices de vulnérabilité observées chez les personnes victimes d'actes de violence. Soixante-quinze pourcent (75%) des répondants ont indiqué que les actes de violence survenaient principalement chez les 60 à 79 ans plutôt que chez les 80 ans et plus (25%).

Il est important de signaler que sur trois personnes victimes d'abus, deux sont de sexe féminin.

Les indices de vulnérabilité observés chez les personnes victimes d'abus furent regroupés en trois groupes selon l'ordre décroissant du nombre de cas rapportés:

- Dépendance physique: mobilité réduite, besoin d'aide pour repas, besoin d'aide pour entretien et hygiène corporelle, alitement, handicaps, incontinence urinaire et fécale, faiblesse générale en raison de l'âge.

- Dépendance psychologique: abandon social, peur des représailles, impuissance et ignorance devant les

possibilités de recours, sentiment de domination projetée par l'entourage, incompatibilité de caractère en raison de conflits de génération.

- Confusion et sénilité: manque de jugement, perte de mémoire, comportement imprévisible.

Lieux et auteurs de mauvais traitements

Les résultats indiquent que les cas de mauvais traitements observés prennent place surtout en milieu institutionnel (35.5% des cas observés) et au domicile de la personne âgée (21.6% des cas observés).

Les réponses nous permettent d'observer également qu'il existe une relation étroite entre les lieux et les auteurs des mauvais traitements.

Le personnel des institutions publiques fut identifié comme un des principaux auteurs des actes de violence. Parmi les 974 cas de mauvais traitements rapportés par les intervenants, un nombre de 419 ou 43.1% se produisait dans les institutions publiques; au surplus, chaque répondant a dit avoir été témoin ou informé de 5.3 cas d'incidents violents en moyenne en milieu institutionnel.

Il est permis de faire l'hypothèse que ce genre d'incidents est plus facile à identifier et à être rapporté dans un milieu institutionnel que dans tout autre endroit. Il convient de rappeler que la majorité des répondants intervenaient en milieu institutionnel.

Moyens pour contrer la violence

Un des principaux objectifs de cette étude était de dresser un inventaire des moyens existants pour endiguer la violence envers les personnes âgées et de trouver jusqu'à quel point les intervenants étaient sensibilisés à leur existence et utilisation dans leurs communautés et quartiers respectifs. Une liste de moyens regroupés autour de trois grands thèmes, soit: 1) programmes éducatifs, 2) programmes de services directs, 3) programmes d'assistance aux victimes fut suggérée aux répondants.

L'aspect le plus surprenant découlant des résultats est le haut pourcentage de répondants ignorant l'existence de certains moyens pour contrer la violence; il suffit de mentionner "l'assistance légale organisée" (48%) pour se rendre compte que la personne âgée n'a peut-être pas en main l'information de base lui permettant de faire valoir ses droits et d'avoir accès aux recours dont elle pourrait bénéficier si ces moyens étaient davantage connus par les intervenants et exposés aux personnes âgées. Cette donnée était, d'une certaine façon, corroborée par les résultats obtenus dans une autre question où les répondants devaient indiquer s'ils avaient lu, écrit ou visionné un audio-visuel sur le sujet de la violence envers les personnes âgées. Le fait que 73% des intervenants aient répondu négativement indique qu'il y a un travail de sensibilisation à faire auprès des intervenants pour leur permettre de mieux identifier et observer les formes de violence et les moyens de les endiguer.

Parmi les moyens qui semblaient plus largement connus, mentionnons "l'assistance du service social", "l'assistance médicale organisée" et "l'accompagnement de la personne âgée par des bénévoles chez le médecin, à la banque et autres endroits du voisinage". D'autre part, les moyens du type "vérification par du personnel qualifié des portes, serrures et fenêtres du domicile des personnes âgées" et "apprentissage de moyens de défense contre un agresseur" étaient quasi inexistants ou peu connus.

Implantation des moyens

La responsabilité de mettre en oeuvre des moyens d'action pour contrer la violence incombait, selon les répondants, d'abord au Ministère des Affaires Sociales, deuxièmement aux divers organismes communautaires, et troisièmement aux Services de police et aux personnes âgées elles-mêmes.

Quant à la nécessité de promouvoir une loi de la "protection de la personne âgée", 72% des répondants ont manifesté leur accord.

Profil type d'une victime de violence

A partir des modestes résultats obtenus dans cette étude, il devient plus facile de dresser un portrait factuel de la personne âgée susceptible d'être la victime de mauvais traitements. Les principales caractéristiques se présentent comme suit:

- Age : Septuagénaire
- Sexe : Féminin

- Lieu de résidence : Institution publique
- Nature des abus : 1) Assaut verbal, menace et chantage
  2) Abandon et institutionnalisation forcée par la famille
  3) Vols d'argent, chèques, bijoux, etc.
  4) Nourriture et diète inadéquates
  5) Soins médicaux non respectés
- Indices de vulnérabilité : 1) Mobilité réduite, besoin d'aide pour repas et entretien personnel, alitement
  2) Abandon social, peur des représailles
  3) Confusion et sénilité

Conclusion et recommandations

L'interprétation des résultats de la cueillette de données a mis en évidence des situations très claires:

- L'existence d'un fort mouvement de violence à l'encontre des personnes âgées. Cette ampleur a pu en surprendre plus d'un, bien que le phénomène de la particulière vulnérabilité des personnes âgées soit généralement connu de la plupart. Il est à noter que les milieux institutionnels et familiaux censés épanouir et protéger les personnes âgées sont souvent générateurs de violence et de mauvais traitements.

- L'absence d'information de la part des personnes âgées et des intervenants en général sur les ressources disponibles pour atténuer, sinon enrayer le phénomène de la violence. Cette constatation remet

en lumière l'isolement d'une grande partie des personnes âgées et aussi des intervenants qui bien souvent, consciemment ou non, travaillent en vase clos et ignorent parfois l'existence de certaines ressources.

- L'éloignement, l'indifférence et parfois même la complicité dans la violence d'un milieu ambiant peu soucieux en général de contribuer à la sécurité des personnes âgées.

Ces constatations ne portent que sur des situations locales à partir d'un échantillonnage relativement restreint de répondants. Il convient donc de se garder de généralisations hâtives. Ce qui incite la formulation des recommandations suivantes:

En terme de prévention

- Que le Ministère des Affaires Sociales, relayé par les établissements du réseau, notamment les C.R.S.S.S. mette sur pied des campagnes de sensibilisation, à l'instar de ce qui se fait dans le domaine de la jeunesse ou de la condition féminine. Cette sensibilisation s'adresserait essentiellement à l'opinion publique en général.

- Que les personnes âgées soient systématiquement aidées à prendre les dispositions financières précises pour mettre leurs biens à l'abri de la convoitise des tiers qui sont bien souvent leurs propres familles.

- Que les média soient particulièrement bien utilisés pour encourager auprès des personnes âgées des mesures préventives simples et efficaces.

- Qu'au chapitre de l'éducation des adultes des cours ou sessions sur la prévention de la violence

aux personnes âgées soient mis sur pied.

- Que soit opérée une sensibilisation systématique du personnel travaillant avec les personnes âgées. Cette tâche pourrait être confiée aux établissements du réseau comme les C.S.S. ou les C.L.S.C. qui pourraient organiser à l'intention des intervenants des sessions de réflexion destinées à faire le point sur ce phénomène de la violence à l'endroit des personnes âgées.

- Que les personnes âgées soient incitées à mieux prendre connaissance des formes de recours existantes et en particulier à faire systématiquement rapport aux autorités policières des gestes de violence perpétrés à leur encontre.

En terme de services

- Qu'une aide particulière soit accordée aux divers organismes et associations représentant les personnes âgées dans leurs efforts de dépistage de la violence et de lutte contre ses effets.

- Qu'un matériel de dépistage et de lutte contre la violence soit systématiquement colligé et mis à la disposition des intervenants, notamment sous la forme d'audio-visuel ou de documents écrits.

- Que les personnes âgées puissent recourir par le biais du réseau des affaires sociales ou d'autres organismes à des avis désintéressés avant de poser des gestes qui pourraient leur être préjudiciables postérieurement.

- Etant donné la grande vulnérabilité de beau-

coup de personnes âgées, et l'urgence d'améliorer leur situation, que soit nommé un ombudsman ou protecteur du troisième âge qui répondrait aux problèmes spécifiques portés à sa connaissance.

- Qu'une des tâches primordiales de cet ombudsman soit de prévoir une procédure accélérée d'aide aux victimes de la violence.

En terme de législation

- Qu'en conformité avec la grande majorité des répondants (72%) l'ensemble des dispositions destinées à protéger les personnes âgées soient regroupées sous la forme d'une loi-cadre qui régirait les responsabilités des intervenants, les recours des personnes âgées et créerait les instruments les plus aptes à prévenir et à combattre la violence dans le cadre de la législation actuelle. Cette loi devrait voir à la réintégration du troisième âge dans la société tout en lui assurant les moyens spécifiques à sa protection. L'accent devrait être davantage mis sur l'incitation que sur la coercition, tant il est vrai que la violence à l'encontre du troisième âge est autant une question de mentalités à changer que de gestes à réprimer.