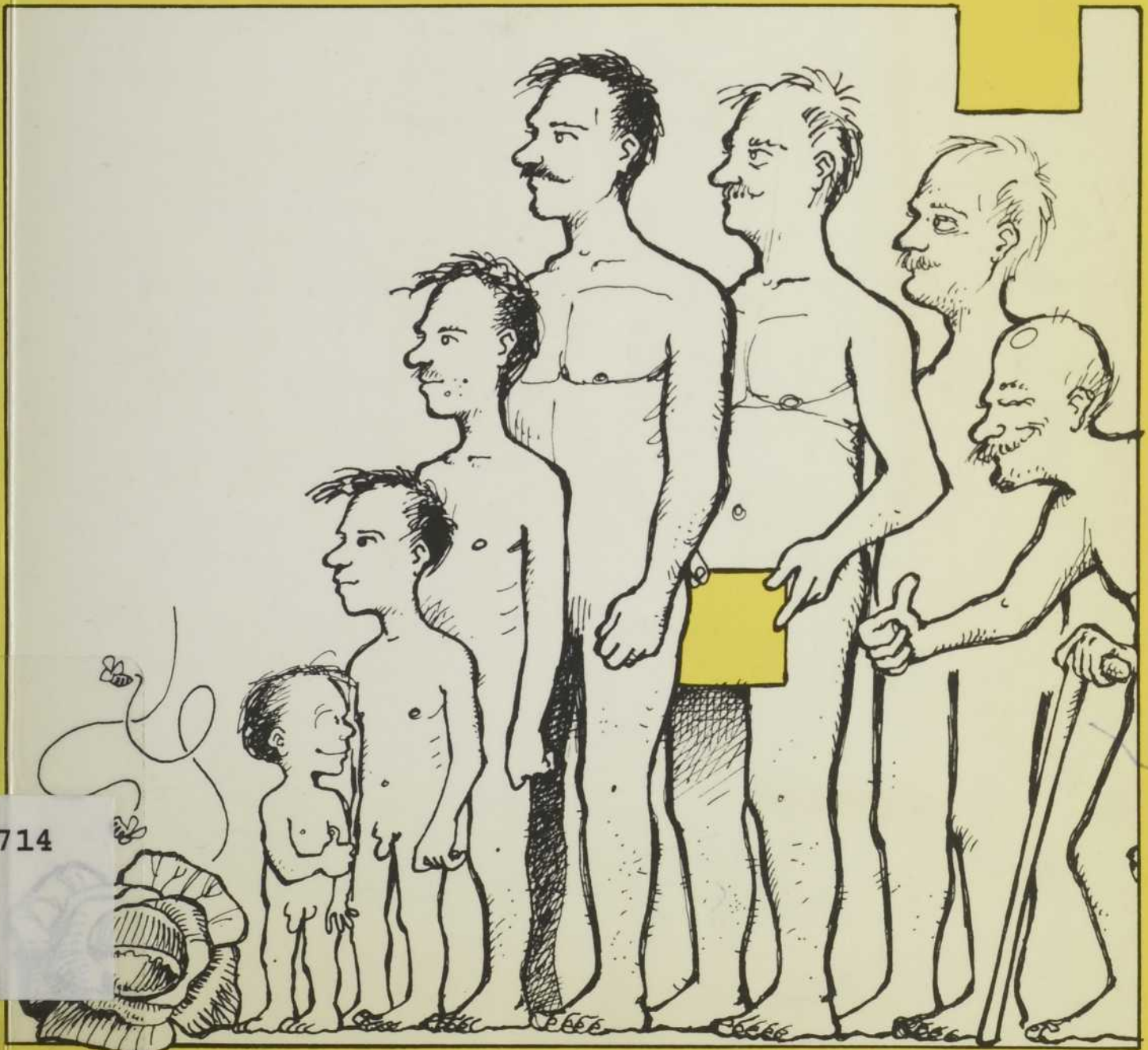




24

Recherches
en g erontologie

Cahiers
de l'ACFAS
1984



09714

Les Cahiers de l'ACFAS

No 24

Recherches en gérontologie

- Responsable: Raymond Champagne
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
- Édition: L'Association canadienne-française
pour l'avancement des sciences
2730, chemin de la Côte Ste-Catherine
Montréal H3T 1B7 (342-1411)
- Distribution: Les Presses de l'Université du Québec
C.P. 250, Sillery, Québec G1T 2R1
Commandes téléphoniques sans frais:
1-800-463-4799

© 1984 Association canadienne-française pour l'avancement des sciences
Dépôt légal, 2^e trimestre 1984
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN: 2-89245-015-2

D840341S

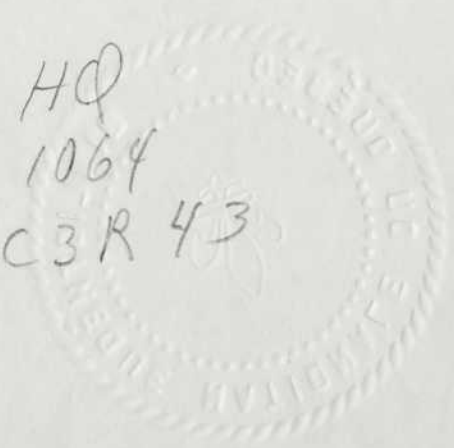
RECHERCHES EN GÉRONTOLOGIE

COMpte RENDU
DU COLLOQUE
TENU EN MAI 1983
AU 51^e CONGRÈS
DE L'ACFAS





HQ
1064
C3R 43



SOMMAIRE

Présentation 7

Administration

Evaluation des critères du partage
des ressources du MAS, élaboration
et modélisation stratégique et im-
plantation pour les foyers d'accueil
dans la région 01, par Berthe A. Lambert 9

Architecture

La gérontologie à l'école d'architecture,
par Zbigniew Jarnuskiewicz 30

Art dentaire

Principales caractéristiques de la santé
bucco-dentaire des personnes âgées. Sug-
gestions en vue de son amélioration, par
J.M. Brodeur, P. Simard, D. Kandelman et
Y. Lepage 40

Bénévolat

Le bénévolat: un lien entre des personnes
âgées et la communauté, par Lucie Martin
et Margaret C. Kiely 50

Intergénération

L'Ecole: Carrefour des Générations, par
Marie-Claude Denis 73

Intervention sociale

- Evaluation pluri-dimensionnelle
du mieux-être d'aînés en insti-
tution, par Denise P. Allard 85
- Programme de préparation à
l'hébergement pour la personne
âgée et sa personne significa-
tive à l'admission en centre
d'accueil, une démarche systé-
matique, par Mireille Ducros-Gagné 109
- Un réseau de services professionnels
dans le service gériatrique d'un hô-
pital, par Lilly Katofsky 150
- Organisation d'un réseau de tra-
vailleurs professionnels et semi-
professionnels au centre-ville de
Montréal, par Daphné Nahmiash 171
- Les réseaux de supports naturels:
avantages au vieillissement, par
Edith Skutezky-Odier 182

Nursing

- Promotion de l'utilisation appropriée
des médicaments chez les personnes
âgées grâce à un livret genre carnet
de santé, par Marthe Briand 192
- Les soins infirmiers auprès des pa-
tients âgés: l'évaluation d'une
approche basée sur un modèle d'adap-
tation, par Louise Lévesque, Mary Reidy,
Evelyn Adam et Denyse Latourelle 194

Philosophie

Le loisir idéal selon Sénèque:
la retraite féconde, par Jean-
Louis Paré 206

Pré-retraite

L'influence des activités de
pré-retraite sur l'adaptabilité
du retraité à son nouveau mode
de vie, par Raymond Champagne 228

Psychologie

Stéréotypes de la population qué-
bécoise envers les personnes âgées,
par Raymond Champagne et Lyse Frenette 270

Influence de l'insertion de la personne
âgée, dans un milieu scolaire, sur son
niveau de dépression et d'anxiété, par
Anne Doucet 299

Sociologie

Les perspectives d'avenir des personnes
âgées, par L. Bouffard 308

Etude comparative de deux groupes de
personnes âgées dont l'un fréquente
un centre de jour et l'autre demande
son admission à ce centre, par L.
Brissette et V. Morin 317

Le cycle de la vie familiale, par
Johanne Gagnon 326

La mobilité résidentielle de retraite:
une approche théorique, par René Kirouac 341

Colloque A.Q.G.

Le 51e Congrès de l'Association canadienne
pour l'avancement de la science (A.C.F.A.S.)
et le colloque sur la recherche gérontologi-
que, par Denis Carrier, secrétaire 372

Présentation

Les recherches en gérontologie sont de plus en plus nombreuses au Québec. Et ce n'est que la pointe du iceberg qui surgit lors des présentations à l'A.C.F.A.S. Or, on peut remarquer un accroissement constant du nombre de présentations depuis que l'A.Q.G. a pris en charge la section gérontologique. Il y a tout lieu de se réjouir de la vitalité de la recherche.

Au premier abord, la déversité des présentations attire l'attention. Les vingt textes couvrent onze aspects du champ gérontologique. Cette diversité permet aux participants non seulement de réfléchir sur autant de problèmes étudiés ou soulevés, mais aussi de prendre conscience que la gérontologie est essentiellement multi et inter-disciplinaire. Il est donc à souhaiter que le Comité sur la Recherche de l'A.Q.G. réussisse à atteindre son objectif de coordonner l'information sur la recherche au Québec, afin que les chercheurs* puissent se regrouper autour de thèmes communs.

Ceci prend d'autant plus d'importance que plusieurs chercheurs sont jeunes, isolés, sans ressource et trop souvent ignorés dans leur milieu de travail. Cette dernière observation est particulièrement vraie pour les intervenants-chercheurs motivés à améliorer l'acte professionnel.

Nous avons regroupé les textes non selon l'ordre de présentation à l'A.C.F.A.S. mais selon la discipline concernée. Nous espérons ainsi inciter les chercheurs d'une même discipline à communiquer entre eux.

* Dans ce texte, "chercheur" signifie "chercheur homme et femme".

Nous profitons de la circonstance pour rappeler aux lecteurs, l'existence de S.I.M.E.G., c'est-à-dire cette Source d'Informations Multidimensionnelles En Gériologie, publiée par le Laboratoire de Gériologie du Département de Psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'objectif de S.I.M.E.G. est d'informer, dans la mesure du possible, les chercheurs, intervenants et aînés de l'existence des recherches, publications, documents audio-visuels, etc. qui sont produits annuellement au Québec, d'abord, puis au Canada et à l'étranger.

Comme les moyens du Laboratoire sont fort réduits, l'opération ne peut être une réussite qu'à la condition que les auteurs fassent connaître à S.I.M.E.G., l'existence de leur production.

Cette oeuvre collective pourrait devenir un outil québécois d'usage courant en gériologie.

L'édition 1981 comprend quelque 6 000 titres publiés entre 1976 et 1981.

Le Supplément 1982 est publié également.

En mai 1984, le Supplément 1983 sera mis en vente.

Raymond Champagne

EVALUATION DES CRITERES DU PARTAGE DES RESSOURCES
DU MAS, ELABORATION ET MODELISATION STRATEGIQUE
ET IMPLANTATION POUR LES FOYERS D'ACCUEIL
DANS LA REGION 01

Par Berthe A. Lambert

Avant d'entrer dans le coeur du sujet, je vais vous présenter le plan de l'exposé. Je vais vous donner brièvement une vue d'ensemble de la région 01, la structure typique d'un centre d'accueil, la classification de la clientèle et les critères du Ministère des Affaires Sociales pour établir une norme. Dans la deuxième partie, je verrai la délimitation du problème, les trois (3) hypothèses, la première, deuxième et troisième, celle qui sera retenue par les directeurs des CRSSS et des Centres d'accueil, puis la conclusion.

Le réseau des centres d'accueil de la région 01 comprend tout le territoire du Bas St-Laurent, à partir de St-Fabien, de la Gaspésie jusqu'aux Iles-de-la-Madeleine. Sur ce territoire, s'érige neuf (9) Centres d'accueil en hébergement, leur capacité varie de 50 à 246 places. (Annexe 1)

Structure organisationnelle

Un maximum de quatorze (14) membres constitue le conseil d'administration où différents groupes sont représentés: le personnel clinique, le personnel non clinique, les médecins et dentistes, les pensionnaires, les groupes socio-économiques.

Le directeur général assume le fonctionnement quotidien. Les

bénéficiaires jouissent de certains services: pastorale, pharmacie. Certains centres d'accueil en hébergement ont un chef du service du personnel. Tous les centres possèdent une direction des soins de santé et d'assistance et une direction des services administratifs. (Annexe II)

Classification de la clientèle

La classification de la clientèle des établissements d'hébergement se définit en terme de A1, A2, A3, A4 et le chronique. La personne classifiée A1, est celle qui demande au centre d'accueil le moins d'heures-soins par jour, c'est une personne autonome bien qu'elle manifeste un besoin de sécurité et demande certains soins ou services. Les bénéficiaires A2, présentent une diminution de leur autonomie physique ou psychique et requiert des services satisfaisant leurs besoins psychologiques et sociaux.

Les requérants classifiés A3, exigent une surveillance médicale de l'ordre d'une consultation mensuelle. Ils nécessitent l'hébergement de longue durée, protection, aide physique ou sociale et surveillance médicale. Ils requièrent plus de soins que les A2. Les A4, eux, nécessitent des soins infirmiers qui, quantitativement, sont en général le double de ceux dispensés aux personnes de la catégorie A3.

Les chroniques sont ceux qui sont atteints d'une maladie chronique et/ou d'une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale). Ils réclament une gamme de services thérapeutiques: attention médicale et soins infirmiers expérimentés sans oublier des services pour pourvoir à leurs besoins psychologiques et sociaux.

Critères du Ministère des Affaires Sociales pour établir une norme

Les critères du Ministère sont surtout basés sur un facteur historique: un budget de départ est alloué pour chaque centre d'accueil lorsqu'il fut mis sur pied, puis d'année en année, le Ministère ajoute un certain pourcentage d'accroissement. De plus, chaque établissement peut essayer d'aller chercher des fonds supplémentaires en intercédant directement auprès du Ministère.

Ainsi, les centres d'accueil nouvellement établis se voient allouer, dû à des facteurs économiques (tels que l'inflation, le coût du capital) des budgets de fonctionnement beaucoup plus élevés par rapport aux anciens établissements. Ceux-ci sont pénalisés puisqu'ils n'avaient qu'un budget de départ qui fut majoré d'année en année que par un pourcentage d'accroissement. Donc, pour les mêmes services offerts, les nouveaux centres d'accueil reçoivent beaucoup plus que les anciens. Le dilemme est le suivant: les anciens centres d'accueil non seulement, reçoivent moins pour les mêmes services offerts mais aussi, ils doivent offrir plus de services en terme de coûts dûs à une clientèle qui s'alourdit (l'espérance de vie augmente, la clientèle du Centre vieillie). Ce sont eux qui subissent le plus durement la contrainte budgétaire imposée par le Ministère des Affaires Sociales.

Un autre critère utilisé est le facteur clientèle (3). Le Ministère prend comme pourcentage de base que chaque centre d'accueil en hébergement possède à peu près la même image concernant ses bénéficiaires 80 % de A3 et A4 et 20 % de A1 et A2.

(3) La classification de la clientèle telle que définit au début.

A partir de cette image que doivent avoir chaque centre d'accueil en hébergement, le Ministère utilise comme hypothèse à la budgétisation, les composantes suivantes pour allouer les budgets individuels.

46,32 % du budget est alloué à la composante soins

22,89 % du budget est alloué à la composante soutien

30,77 % du budget est alloué à la composante hébergement

En réalité, la lourdeur de la clientèle varie d'un centre d'accueil en hébergement à un autre. Dans l'exposé qui suit, nous tenterons de démontrer, dû aux critères utilisés par le Ministère, l'inéquité du partage des ressources entre les établissements. Auparavant, définissons le problème.

Délimitation du problème

Le problème se situe à divers niveaux:

- le problème d'équité (1) entre les régions
- le problème d'équité entre les établissements d'une même région

(1) Par équité, nous entendons l'uniformité définie par rapport à l'effort à fournir et aux ressources et non pas par rapport aux résultats.

- La faisabilité (2) des objectifs demandés par le Ministère des Affaires Sociales concernant la contrainte budgétaire.

L'équité entre les régions

Les budgets pour chacune des régions sont fixés par le Ministère des Affaires Sociales. Il est fort probable qu'il y a inéquité entre les régions. Quoi qu'il en soit, les directeurs généraux des CRSSS n'ont pu évaluer cette inéquité et ne peuvent exiger du Ministère, un partage plus équitable, faute d'outil pour le mesurer: coûts des services en régions éloignées (la région 01) versus la région métropolitaine.

L'équité entre les établissements d'une même région et la faisabilité des objectifs

La compression budgétaire imposée par le Ministère des Affaires Sociales n'a pas été contestée. Il s'agit, tout simplement, de répartir le plus équitablement possible le budget disponible entre les établissements d'une même région (en l'occurrence, la région 01, celle qui nous intéresse), puis, par la suite, de regarder la faisabilité. Il s'agit de fournir au Ministère des Affaires Sociales, un plan de redressement en tenant compte de différents éléments touchant la spécificité de chaque établissement. Démontrons l'inéquité entre les établissements.

(2) Par faisabilité, nous entendons la réalisation possible des objectifs de contraintes budgétaires imposés par le Ministère.

L'inéquité entre les établissements de la région 01

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette inéquité. Premièrement, il faut considérer le taux d'accroissement insuffisant des dépenses non salariales: le déficit indexé (L.2) la contrainte budgétaire générale (L.4) et la contrainte sur les fournitures (L.7). (Annexe III)

La contrainte budgétaire générale (L.4) imposée par le Ministère des Affaires Sociales est égale à chaque établissement soit approximativement .5 % de leur budget brut. La contrainte sur les fournitures est égale à chaque établissement soit un pourcentage (%) du budget brut (4). Comme résultante, à cause du déficit indexé, le pourcentage de la contrainte totale estimée par rapport au budget brut varie d'un établissement à l'autre, exemple, Matane a une contrainte totale estimée par rapport au budget brut (L.10 Annexe III) de 11,60 % tandis que Villa Plaisance située aux Iles-de-la-Madeleine: 1,83 %. A remarquer que Villa Plaisance n'a pas de déficit indexé.

Les deuxièmes et troisième facteurs à considérer, ce sont la lourdeur de la clientèle et le per diem alloué à chaque centre d'accueil. Si l'on compare des établissements qui sont à peu près de même taille, Résidence Mont-Joli et Centre d'accueil de Matane qui possèdent respectivement 78 et 82 lits: Résidence Mont-Joli possède 50 % de A3 et A4 tandis que Matane 85 % de A3 et A4. Dépendamment de la lourdeur de la

(4) La contrainte sur les fournitures est estimée à 6,4 % X 21,94 % du budget brut de chaque établissement.

clientèle, il en coûte plus ou moins cher en heures-soins requises par bénéficiaires, or Matane se voit allouer par jour présence, 33,41 \$ tandis que Mont-Joli qui possède une clientèle moins lourde obtient par jour présence 38,01 \$. (Annexe IV)

Pour terminer, reprenons l'exemple de Matane et Villa Plaisance.

Les deux centres d'accueil sont similaires du point de vue lourdeur de la clientèle (approximativement 85 % de A3 et A4) alors que la contrainte totale estimée pour Matane est beaucoup plus élevée que celle de Villa Plaisance.

Le budget par jour présence, varie de 33,41 \$ à 52,32 \$. Matane arrive aux 2e rang pour la lourdeur de la clientèle et arrive au 9e rang selon le budget par jour présence et plus encore, sans se gêner on demande à Matane de se serrer la ceinture puisque comme je l'ai dit il y a quelques minutes, la contrainte totale estimée demandée à Matane est la plus forte de tous les centres d'accueil soit 11,60 %. (Annexe V)

Suite à une initiative du CRSSS, les directeurs généraux des centres d'accueil en hébergement se sont réunis (3 séances) pour établir une norme qui réduirait les inéquités quant au partage des ressources entre les établissements de la région 01. Du même coup, l'étude de faisabilité des objectifs demandés par le Ministère des Affaires Sociales concernant les contraintes budgétaires devenaient réalisables. C'est ce que nous tenterons de démontrer dans l'exposé qui suit.

Différentes hypothèses furent mises de l'avant et présentées aux directeurs généraux des centres d'accueil en hébergement.

La première hypothèse, si le Ministère alloue 37,29 \$ par jour présence par bénéficiaire, il répartit les argents de la façon suivante:

17,27 \$ par jour présence-soins

8,54 \$ par jour présence-soutien

11,48 \$ par jour présence-hébergement

Pour ces différentes composantes, seul Rimouski s'approche des données du Ministère.

	MAS	RIMOUSKI	MOYENNE REGIONALE
Le pourcentage de la composante soins par rapport au total	46,32 %	47,16 %	38,55 %
Le pourcentage de la composante soutien par rapport au total	22,89 %	21,79 %	27,39 %
Le pourcentage de la composante hébergement par rapport au total	30,77 %	31,03 %	34,04 %

Comme le pourcentage de la moyenne régionale des diverses composantes s'éloigne passablement de celle du MAS, les directeurs généraux des centres d'accueil ont convenu comme hypothèse de budgétisation

d'allouer les pourcentages suivants pour chacune des composantes:

42,72 % du 37,29 \$ irait au soin

25,0 % du 37,29 \$ irait au soutien

32,28 % du 37,29 \$ irait en hébergement

Donc, on veut se rapprocher de la norme fixée par le Ministère. Cette hypothèse a le désavantage de ne pas tenir compte de la lourdeur de la clientèle (Annexe VI), ce que nous ferons avec la deuxième hypothèse.

Voici les résultats de cette hypothèse du per diem de 37,29 \$. Selon cette hypothèse, Matane recevait 110 mille (\$); Rimouski se voyait enlever 83 mille (\$); La Vallée se voyait ajouter 135 mille (\$); Villa Plaisance perdait 207 mille (\$), on lui enlevait approximativement 20 % de son budget.

La deuxième hypothèse soumise aux directeurs généraux fut celle qui tenait compte de la lourdeur de la clientèle.

Il y a trois (3) sources possibles de l'évaluation de la lourdeur de la clientèle. Premièrement, celle faite par les établissements selon le (As-479 (80-81)), deuxièmement, selon le rapport de développement des ressources aux personnes âgées et troisièmement selon l'évaluation de juillet 1978 (Annexe VII). Les directeurs généraux ont retenu l'évaluation qui se rapprochait le plus de celle de juillet 1978.

Avec cette hypothèse de budgétisation selon la méthode des heures-soins par bénéficiaires par jour on alloue à la composante soins un pourcentage de 47,83 % puis 22,63 % à la composante soutien et 29,54 % à la composante hébergement. (Annexe VIII)

La moyenne régionale pour la composante soins était de 38,55 %, selon cette hypothèse elle passe à 47,83 %. On tient compte davantage de la spécificité des établissements quant à leurs bénéficiaires. Voici les résultats de cette hypothèse: Matane se voyait ajouter 211 000 \$; Rimouski perdait approximativement 5 000 \$; La Vallée ajoutait 254 000 \$ et Villa Plaisance perdait 187 000 \$. Facteur qu'il faut retenir, on se fiait à une évaluation de la clientèle dont les critères n'avaient pas été appliqués uniformément dans les centres d'accueil. Le pourcentage retenu de A3 et A4 pour chaque centre d'accueil ne reflétait pas nécessairement l'image présente des bénéficiaires composant les centres d'accueil. On ne pouvait donc pas tenir compte de ce facteur. A remarquer, l'écart moyen passe de 9,23 \$ sous la répartition du MAS: il était de 15,57 \$. Ceci nous amène à étudier une troisième hypothèse.

La troisième hypothèse de budgétisation provient de 75 % du per diem (la première hypothèse) et 25 % des heures soins requises (la deuxième hypothèse). Les résultats sont: Matane se voyait ajouter 141 000 \$; Rimouski perdait 64 000 \$; La Vallée se voyait ajouter 165 000 \$; Villa Plaisance perdait 20 % de son budget. Cette hypothèse a l'avantage de tenir compte de la lourdeur de la clientèle sans toutefois lui donner un trop grand poids. Présentement, une étude chapeautée par la CRSSS est menée pour évaluer la lourdeur de la clientèle de chaque centre d'accueil ce qui amènera peut-être éventuellement à changer la pondération attribuée au per diem et aux heures soins requises. Cette hypothèse a comme avantage

de réduire l'écart moyen par jour présence à 2,31 \$, selon la répartition du MAS cet écart était de 15,57 \$. De plus, l'on remarque qu'il y a un meilleur équilibre entre le rang selon le pourcentage de A3 et A4 et le rang selon le budget brut sans services particuliers par jour présence. (Annexe IX)

L'application de ce nouveau plan de redressement s'est fait de part et d'autre avec une grande maturité. Ce nouveau plan, accepté par les directeurs généraux, alors que l'année financière était passablement avancé, 6 mois d'écoulés; ne devait pénaliser aucun centre. Pour cette raison, dès le départ, il a été entendu que les surplus budgétaires devaient combler les déficits des autres centres.

Dans les années antérieures, les surplus budgétaires des centres d'accueil étaient retournés au Conseil du Trésor et n'étaient pas nécessairement redistribués dans la région. Le principe énoncé sous-jacent à l'implication du plan de redressement, venant tant des directeurs généraux que des administrateurs du CRSSS, les surplus devaient être redistribués aux centres d'accueil déficitaires et ce, sur une base équitable pour tous. Sur neuf (9) centres, huit (8) ont atteint l'équilibre budgétaire. La situation déficitaire du Centre d'accueil en hébergement au Foyer de Rimouski s'explique d'une part, par la composante soins qui est plus près de la norme du Ministère que celle de la moyenne régionale et d'autre part, le fait de maintenir des locaux temporaires à Luceville et d'y desservir des soins. Le rapatriement des bénéficiaires de Luceville au Foyer de Rimouski va permettre l'équilibre budgétaire.

Sans équivoque, on peut affirmer que la région 01 a assumé un leadership dans le domaine de la répartition des ressources au niveau des

centres d'accueil. C'est un modèle stratégique de répartition des ressources que d'autres ont copié.

Pour conclure, soulevons certains points pouvant être discutés en atelier: les critères tels qu'utilisés, 75 % du per diem et 25 % sur l'alourdissement de la clientèle sont-ils les meilleurs? Est-ce qu'il y aurait d'autres critères que l'on pourrait développer ou tenir compte? Est-ce que l'on ne devrait pas essayer d'évaluer les résultats en cherchant des indicateurs appropriés?

Une autre étape que les directeurs du CRSSS auront à se pencher et qui est de taille: l'équité entre les régions. Quels critères devons-nous utiliser? Doit-on tenir compte de la spécificité de chacune des régions?

Université du Québec à Rimouski

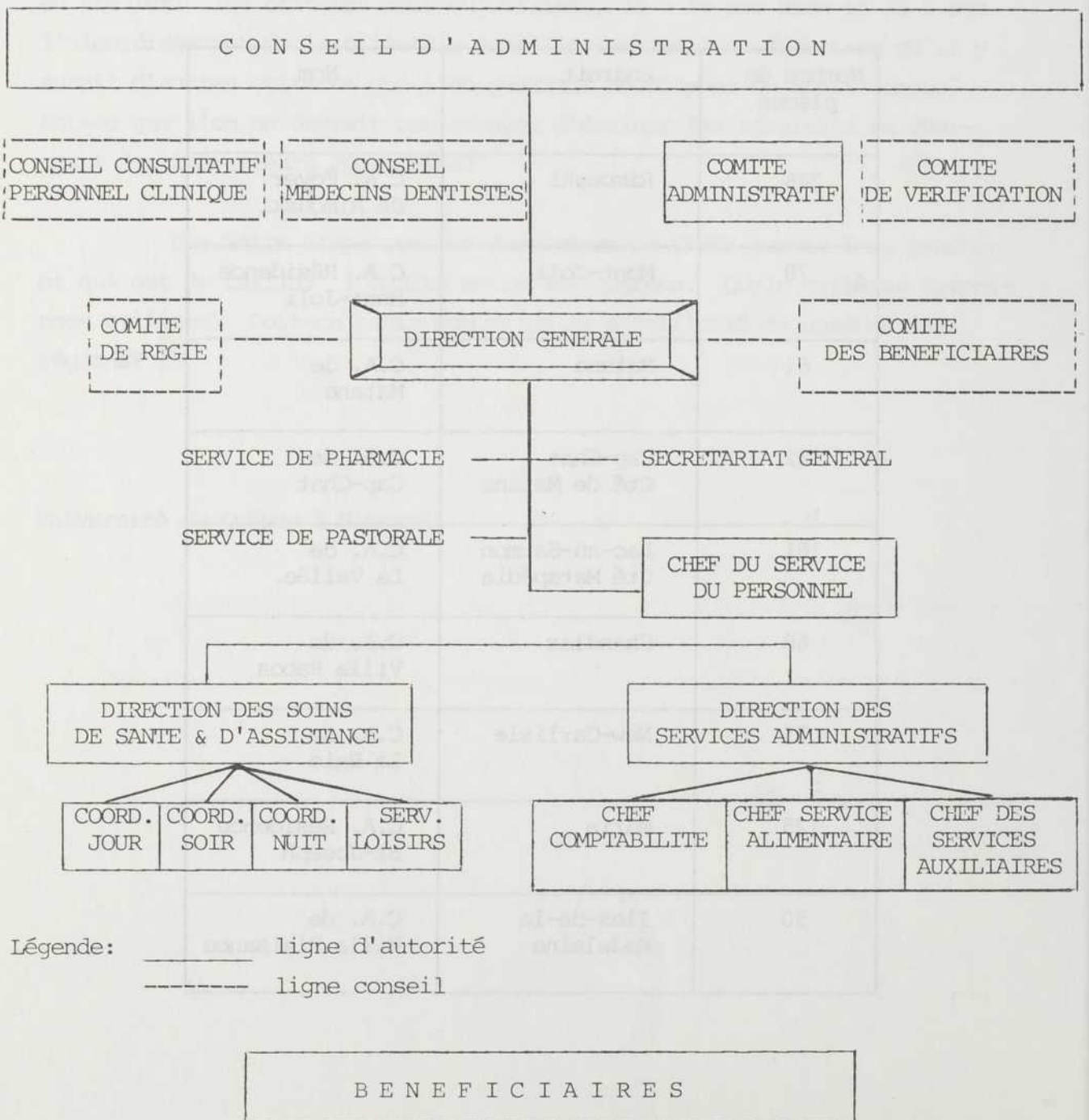
ANNEXE I

LISTE DES CENTRES D'ACCUEIL DE LA REGION 01

Nombre de places	Endroit	Nom
246	Rimouski	C.A. Foyer de Rimouski
78	Mont-Joli	C.A. Résidence Mont-Joli
82	Matane	C.A. de Matane
82	Cap-Chat Cté de Matane	C.A. de Cap-Chat
101	Lac-au-Saumon Cté Matapédia	C.A. de La Vallée
60	Chandler	C.A. de Villa Pabos
75	New-Carlisle	C.A. de La Baie
125	Maria	C.A. Résidence St-Joseph
50	Iles-de-la Madeleine	C.A. de Villa Plaisance

ANNEXE II

STRUCTURE ORGANISATIONNELLE D'UN CENTRE D'ACCUEIL



Légende: _____ ligne d'autorité
 - - - - - ligne conseil

ANNEXE III

COMPARAISON ENTRE MATANE ET VILLA PLAISANCE:
 LE POURCENTAGE DE LA CONTRAINTE TOTALE
 ESTIMEE PAR RAPPORT AU BUDGET BRUT
 1981-82

DESCRIPTION	L	MATANE	V. PLAISANCE	MOYENNE REGIONALE
Surplus (déficit) 80-81	1	(86,031)	131,364	-
Déficit indexé 80-81	2	(94,591)	-	-
Budget brut 81-82	3	975,467	1,027,215	-
Moins la contrainte budgétaire générale	4	(4,877)	(4,425)	-
Moins les revenus	5	347,542	200,512	-
Budget net (finance- ment du MAS)	6	623,048	822,278	-
Contrainte sur les fournitures (estimée 11.2 % - 4.8 % 6.4 % x 21.94 x L.3)	7	(13,697)	(14,423)	-
Contrainte totale estimée L.2 L.4 L.3	8	(113,165)	(18,848)	-
% contrainte générale par rapport au budget brut	9	0,50	0,43	0,47
% contrainte totale estimée par rapport au budget brut	10	11,60	1,83	5,87

ANNEXE IV

COMPARAISON ENTRE MATANE ET MONT-JOLI:
LA LOURDEUR DE LA CLIENTELE ET LE PER DIEM ALLOUE POUR
L'ANNEE 1981-82

DESCRIPTION	MATANE	MONT-JOLI	MOYENNE GENERALE
Lits au permis	82	78	
% de A3, A4	85	50	
Budget brut 81-82 (sans S.P.) Par jour présence	33,41	38,01	38,05

ANNEXE V

COMPARAISON ENTRE MATANE ET VILLA PLAISANCE:
LA LOURDEUR DE LA CLIENTELE ET LE PER DIEM ALLOUE POUR
L'ANNEE 1981-82

DESCRIPTION	MATANE	V. PLAISANCE	MOYENNE GENERALE
% de A3, A4	85	84	-
Rang selon % Cas A3, A4	2	3	-
Budget par jour présence	33,41	52,32	38,05
Rang selon le budget par jour présence	9	1	-
% contrainte totale estimée par rapport au budget brut	11,60	1,83	5,87
Rang selon la contrainte totale estimée par rapport au budget brut	1	9	-

ANNEXE VI

PREMIERE HYPOTHESE DE BUDGETISATION
 37,29 \$ PAR JOUR PRESENCE REPARTI SELON LE
 POURCENTAGE ACCEPTE PAR LES DIRECTEURS GENERAUX
 1981-82

	Budget brut 81-82 sans les services particuliers soins: 42,72 % soutien: 25 % hébergement.: 32,28 %	Services particuliers	Budget brut 81-82 selon le per diem de 37,29 \$	Budget brut 81-82 selon le MAS	Ecart gain (perte)
Cap-Chat	1,066,493	5,250	1,071,743	1,034,153	37,590
Matane	1,083,759	4,331	1,088,090	970,590	117,500
Mont-Joli	1,046,207	282,225	1,328,432	1,317,255	11,177
Rimouski	2,927,290	329,703	3,256,993	3,340,703	(83,710)
La Vallée	1,369,186	259,087	1,628,273	1,492,442	135,831
St-Joseph	1,674,789	189,490	1,864,279	1,790,622	73,657
La Baie	978,485	2,100	980,585	1,018,024	(37,439)
V. Pabos	789,420	208,695	998,115	1,045,350	(47,235)
V. Plaisance	671,243	144,176	815,419	1,022,790	(207,371)
TOTAL	11,606,872	1,425,057	13,031,929	13,031,929	Ø

ANNEXE VII

COMPARAISON ENTRE LES DIFFÉRENTS CENTRES D'ACCUEIL
SELON LE POURCENTAGE DE A3, A4

	L	CAP-CHAT	MATANE	MONT-JOLI	RIMOUSKI	LA VALLEE	ST-JOSEPH	LA BAIE	V. PABOS	V. PLAISANCE
% de A3, A4 selon As-479 (80-81)	1	61	89	* 51	77	* 97	* 68	61	* 39	90
% de A3,A4 selon rapport de développement des ressources aux personnes âgées	2	* 62	* 85	39	* 75	98	80	* 56	63	* 84
% de A3,A4 selon évaluation de juillet 1978	3	72	40	55	51	76	52	51	14	N.A.

ANNEXE VIII

DEUXIEME HYPOTHESE DE BUDGETISATION
SELON LES HEURES SOINS PAR BENEFICIAIRE PAR JOUR

	Total du budget brut sans les services particuliers	Services particuliers	Budget brut selon les heures soins par bénéficiaire par jour	Budget selon le MAS	Ecart économie (excédent)	Budget brut par jour présence	Rang selon le % de A3, A4	Rang par jour présence selon le MAS
Cap-Chat	1,016,435	5,250	1,021,685	1,034,153	(12,468)	35,54	6	6
Matane	1,177,853	4,331	1,182,184	970,590	<u>211,594</u>	40,53	2	9
Mont-Joli	958,624	282,225	1,240,849	1,317,255	(76,406)	34,17	8	5
Rimouski	3,005,244	3,297,039	3,334,947	3,340,703	(5,756)	38,28	4	4
La Vallée	1,488,053	259,087	1,747,140	1,492,442	<u>254,698</u>	40,53	1	8
St-Joseph	1,657,780	189,490	1,847,270	1,790,622	56,648	36,91	5	7
La Baie	948,908	2,100	951,008	1,018,024	(67,016)	36,16	7	3
V. Pabos	622,613	208,695	871,308	1,045,350	(174,042)	31,30	9	2
V. Plaisance	691,362	144,176	835,538	1,022,790	<u>(187,252)</u>	38,66	3	1
TOTAL	11,606,872	1,425,057	13,031,929	13,031,924	∅	9,23 Ecart moyen	-	-

ANNEXE IX

TROISIEME HYPOTHESE DE BUDGETISATION
PROVENANT DE 75 % PER DIEM ET 25 % DES HEURES SOINS REQUISES

	Budget brut sans les services particuliers 75 % per diem 25 % heures soins	Services particuliers	Budget brut total 75 % - 25 %	Ecart gain (Perte)	Budget brut sans services particuliers par jour présence	Rang selon la troisième (3e) hypothèse	Budget brut sans services particuliers selon MAS par jour présence	Rang selon jour présence	Rang selon % de A3, A4	
6	Cap-Chat	1,053,979	5,250	1,059,229	25,076	36,85	7	35,97	6	6
9	Matane	1,107,282	4,331	1,111,613	<u>141,023</u>	38,10	2	33,24	9	2
5	Mont-Joli	1,024,311	282,225	1,306,536	(10,719)	36,51	8	36,89	5	8
4	Rimouski	2,946,779	329,703	3,276,482	<u>(64,221)</u>	37,53	4	38,35	4	4
8	La Vallée	1,398,902	259,087	1,657,989	<u>165,547</u>	38,10	1	33,59	8	1
7	St-Joseph	1,670,537	189,490	1,860,027	69,405	37,19	5	35,65	7	5
3	La Baie	971,091	2,100	973,191	(44,833)	37,00	6	38,71	3	7
2	V. Pabos	757,719	208,695	966,414	(78,936)	35,79	9	39,52	2	9
1	V. Plaisance	676,272	144,176	820,448	<u>202,342</u>	37,57	3	48,51	1	3
	TOTAL	11,606,872	1,425,057	13,031,929	Ø	37,29 Ecart Moyen 2,31	-	37,29 Ecart moyen 15,57	-	-

LA GERONTOLOGIE A
L'ECOLE D'ARCHITECTURE

Par Zbigniew Jarnuszkiewicz

Les changements rapides des années 60 et 70, quant au phénomène du vieillissement et la recherche par la gérontologie d'une définition humaniste et scientifique, ont largement ouvert la porte à la collaboration multidisciplinaire.

Dans ce contexte, sur l'invitation du président du comité de concertation en gérontologie-gériatrie de l'Université Laval et en vue de contribuer au futur programme des premier et deuxième cycles en gérontologie, un module "Santé-Gérontologie" a été établi en septembre 1976 à l'Ecole d'Architecture de cette Université.

Le programme initial de gérontologie ne reflétait que les consultations des organisations de santé et de sécurité sociale, malgré l'importance que le Comité d'exploration attachait à la multidisciplinarité. Un domaine qui en est partie intégrante, le milieu physique nécessaire à la réalisation de tous les programmes en gérontologie-gériatrie, faisait totalement défaut.

L'Ecole d'Architecture, en établissant le module "Santé-Gérontologie", a manifesté son intérêt et souligné l'importance de l'environnement général du milieu immédiat pour les personnes âgées.

Cet intérêt s'est traduit par l'introduction de projets architecturaux suscitant la collaboration de spécialistes de disciplines ra-

rement contributives aux programmes de l'Ecole, et de spécialistes déjà engagés dans le domaine de la gérontologie; médecins, psychiatres, infirmières, administrateurs, thérapeutes, éducateurs physiques, récréologues, planificateurs des ministères concernés, représentants des associations de retraités et, plus spécialement, des bénéficiaires eux-mêmes, à savoir les personnes âgées.

La confrontation avec toutes ces disciplines, révèle une caractéristique qui, sans être générale, n'est pas moins vraie pour la grande majorité des architectes.

Art, ingénierie, socio-économie: cette triade, qui constitue traditionnellement la base de la formation en architecture, ne prépare pas nécessairement davantage à développer chez l'architecte une attitude vraiment multidisciplinaire dans le sens d'une collaboration réelle et active, ni avec les disciplines traditionnelles, ni avec celles qui sont en voie de se définir en termes de sciences physiques et humaines. Au contraire, cette triade a plutôt tendance à créer un sens de sécurité prétendument pluridisciplinaire, ayant le caractère d'un "circuit fermé" complet et autosuffisant, produisant pour soi-même, se nourrissant sur sa production, développant ses règles et ses habitudes professionnelles: celles-ci, par leur inertie, contribuent sinon à la négation, du moins à un retard considérable dans l'application de l'architecture à l'avancement du savoir fondé sur la recherche authentique des disciplines spécifiques dans le domaine des sciences tant physiques qu'humaines.

La preuve de l'aliénation survenue entre l'architecture et les autres disciplines, consiste en un grand étonnement face à la présence inattendue et difficilement explicable de l'architecte aux délibérations

professionnelles des médecins, psychiatres, avocats, infirmières, politiciens, administrateurs. Fait encore plus étrange, l'architecte est l'objet de la même surprise aux réunions des supposés alliés: ingénieurs, artistes et sociologues. En revanche, personne ne peut raisonnablement prétendre coudoyer, dans les rencontres et délibérations du monde architectural, des membres d'autres professions que la sienne, avec la même remarquable absence d'artistes, de sociologues et d'ingénieurs.

L'Ecole d'Architecture n'échappe pas à ce phénomène. Elle a davantage de raisons de devenir un "circuit fermé" si l'on songe seulement aux paramètres tels que: programme universitaire, composition du corps enseignant, formation préalable des étudiants, structure administrative censément liée à l'obligation que la société a de dispenser une formation professionnelle aux futurs architectes, tout cela signifie, ne pas transmettre seulement des informations sur le "que faire?", mais fonder également les bases du savoir "comment faire".

Une fois sorti du "circuit fermé", grâce à l'introduction dans le projet de "personnes-ressources" appartenant au domaine de la gérontologie, l'architecte ou l'adepte de l'architecture, confronté aux représentants des différentes disciplines plus proches des sources scientifiques et humanistes, s'aperçoit vite de la richesse et de la valeur nourricière des spécialistes, tant dans la philosophie d'approche, la méthodologie d'analyse, la vérification des hypothèses que dans la technologie des réalisations. Tout cela conduit souvent à des phénomènes de "ricochet", élément précieux et dynamique de la véritable pluridisciplinarité.

Sans tenter de procès pour chercher le coupable, constatons que l'architecture est méconnue par les autres disciplines. Pourtant,

après la surprise initiale, due à la présence inattendue d'un architecte parmi les membres d'autres disciplines, l'architecte gagne facilement leur confiance. Il devient évident que, après notre vêtement, c'est notre milieu physique en grande partie construit par l'homme qui constitue l'enveloppe, l'encadrement de nos besoins vitaux et qui symbolise nos pensées et nos aspirations.

Cette constatation par la communauté pluridisciplinaire devient souvent la pierre angulaire de relations et d'échanges d'idées enfin générateurs de travaux originaux et innovateurs.

Le programme du module consiste dans l'enseignement en troisième ou quatrième année du "design" architectural sous la forme de recherche appliquée au milieu des personnes âgées. Le programme est accessible à un groupe de 12 à 16 étudiants par trimestre. Ils profitent, dès le stade initial "Information-Assimilation", des ressources humaines des sciences de la santé, des sciences sociales de l'Université Laval ainsi que de l'aide de spécialistes oeuvrant dans le domaine de la gérontologie à l'extérieur de l'Université. L'étude débouche sur la production d'un projet destiné à permettre l'évaluation qualitative, fonctionnelle, économique et visuelle du problème. Les résultats escomptés dans une première étape concernent le développement et l'utilisation des habiletés nécessaires à l'élaboration de projets architecturaux; puis, dans une deuxième étape, chaque étudiant doit acquérir à court terme une compréhension et, à long terme, une perspective des problèmes croissants de la gérontologie et de la gériatrie. Notre but est d'élaborer des structures physiques permettant la réalisation de programmes et de services: habitation, hébergement, bâtiments socio-culturels et de loisirs, centres d'accueil, centres de jour, hôpitaux de jour, centres hospitaliers de soins prolongés et hôpitaux communautaires.

La méthode d'élaboration adoptée est la suivante: le programme "Information-Assimilation" et les colloques, avec les "personnes-ressources", sont organisés avec la collaboration de tous les participants. Les propositions des programmes d'ensemble, soumis par les étudiants sous la forme de rapports précisant le but et l'étendue de l'étude-projet, sont élaborées par équipes. Après discussion et approbation du rapport, l'étude-projet est continuée soit à titre de projet individuel, soit par des équipes de deux étudiants au maximum. Des contrôles d'étapes et des évaluations périodiques ont lieu, déterminés en collaboration avec tous les membres du module pour créer un réseau de consultations individuelles.

ATTENDU que l'étudiant s'instruit par ses recherches personnelles et par ses découvertes, le programme a pour but de créer un besoin d'informations diverses, leur organisation et l'utilisation des résultats obtenus comme éléments intégrés d'un projet architectural.

ATTENDU que les travaux d'atelier du module doivent s'intégrer dans l'ensemble du programme de l'Ecole d'Architecture, l'accent prédominant porte: dans un premier temps, sur le développement et l'utilisation des habiletés nécessaires à l'élaboration des projets architecturaux; dans un deuxième temps, sur un approfondissement de la réflexion concernant la liaison enseignement-recherche et l'expérimentation. Le critère d'évaluation est discuté avec les participants du module et établi comme suit:

1. COMMUNICATION

Les dessins, diagrammes et maquettes expriment-ils clairement les idées de l'étudiant?

2. ANALYSE DU PROBLÈME

Apparaît-il que l'étudiant a réussi l'étude du problème choisi?

3. SYSTEMES ET MATERIAUX

Les systèmes de structure, les services et les matériaux.

4. ASPECT FONCTIONNEL

Le projet est-il planifié de façon fonctionnelle, sans sacrifier l'aspect qualitatif et humain du milieu considéré?

5. IMAGINATION

Quel degré de sensibilité créatrice, l'étudiant a-t-il manifesté pour parvenir à résoudre le problème posé?

L'importance et l'aspect unique du module, consistent, de notre point de vue, dans ce qu'il offre un enseignement systématique intégré au programme de l'Ecole d'Architecture au niveau du premier cycle.

L'accessibilité au programme du module étant de 12 à 16 étudiants par trimestre, 32 étudiants par année universitaire représentent une contribution importante à la formation de futurs architectes initiés au problème du vieillissement de la population, problème reconnu prioritaire dans la politique socio-économique des gouvernements fédéral et provincial. Le programme met en évidence la nécessité de repenser et de structurer les

relations pluridisciplinaires comme élément générateur dans les domaines du "design architectural" et, en même temps, oblige les participants à prendre conscience de tous les compromis et interactions qui conduisent aux décisions dans le "design" en général et dans le domaine de la santé-gérontologie en particulier. Cette constatation conduit à une philosophie particulière d'approche des problèmes de "design", philosophie souvent contradictoire avec les critères communément reconnus, avec les règlements et les codes en vigueur. Parmi les personnes âgées, ces contradictions se manifestent par des conflits souvent observés entre les éléments quantitatifs de la technocratie et de l'administration au pouvoir décisionnel d'une part, et les aspirations qualitatives des usagers d'autre part.

Tous les projets sont élaborés dans le contexte de la ville ou de la région du Québec, afin d'assurer une base réaliste aux programmes fonctionnels et techniques provenant souvent des Directions des programmes de santé, de la planification de services sociaux et de la construction du Ministère des Affaires Sociales du Gouvernement du Québec. Certains programmes (comme la maison évolutive, l'hôpital communautaire, l'habitation protégée) sont inspirés par des exemples observés surtout en Angleterre, mais adaptés au milieu québécois en collaboration avec des médecins, des économistes, des sociologues et des administrateurs.

Le trimestre consacré à l'élaboration du projet comprend 15 semaines d'activités universitaires. Douze heures par semaine sont prévues à l'atelier de "design" où l'étudiant dessine les différentes alternatives possibles par rapport aux problèmes posés. Ces études donnent naissance aux projets d'atelier.

On appelle "design" l'ensemble des opérations, relevant tant de la connaissance que de la sensibilité, exprimées par l'habileté et conduisant au projet. La méthodologie du "design", sujet d'intérêt particulier pour les étudiants comme pour les professeurs, trouve ses interprètes tant parmi des logiciens équipés d'ordinateurs que parmi des psychologues à l'approche intuitive. Quelle que soit l'approche du phénomène du "design", l'élément essentiel de ce procès est le choix. L'histoire de l'architecture démontre que le choix a le caractère d'une synthèse entre les connaissances intellectuelles et la motivation d'ordre psychologue ou sensible. La pédagogie se doit de développer les connaissances et la sensibilité émotive en rapport avec le projet conçu avec habileté.

En général, les quatre premières semaines du trimestre sont consacrées à une activité nommée "Information-Assimilation", qui consiste en études bibliographiques, en colloques avec des personnes-ressources et en visites à des institutions de vocations pertinentes au projet. Le but des visites n'est pas seulement la familiarisation avec le milieu physique existant, mais surtout l'observation et la communication avec les usagers ou personnes âgées et avec le personnel de service. Cette partie du programme, a pour fin, d'éveiller les étudiants au problème du vieillissement, à les "sensibiliser" à la qualité de vie et aux besoins des personnes âgées.

Cette partie de l'étude révèle constamment chez les étudiants l'enracinement de stéréotypes, de clichés et de généralisations fortement liés au régime socio-économique d'un vieillard en difficulté fonctionnelle et existentielle. La découverte de la différence entre l'âge fonctionnel et l'âge chronologique, de l'individualité des rendements et des besoins, la découverte de l'accroissement de la sensibilité grâce à

la longueur de l'apprentissage et à la fréquence de l'opportunité, finalement la prise de conscience que la gérontologie apporte au moins autant aux jeunes qu'aux vieux, tout cela établit pour les étudiants le lien entre "nous et les autres": état d'esprit qui constitue la "pierre de touche" du projet.

Le programme architectural du module encourage l'activité "exotérique" de la recherche appliquée, qui aboutit à un projet de "design" plutôt qu'à une activité "ésotérique" de recherche sur des modèles théoriques ou des thèses écrites. Les projets profitent par "ricochet" à des recherches effectuées en sciences médicales, sociales, en éducation physique et en gérontologie. Ils comportent les quatre éléments essentiels de toute recherche:

- 1/ Hypothèse
- 2/ Analyse des informations
- 3/ Observation des faits
- 4/ Projets présentés en "design",
capables de résister à la critique
en fournissant une réponse spécifique
au problème architectural.

Le module, inspiré par les authentiques recherches fondamentales des disciplines déjà engagées dans les services de santé, vise au "design" d'aménagements physiques à la mesure des changements sociaux, techniques et thérapeutiques de ces disciplines.

L'atelier constitue surtout un plateau de travail où sont transposées en projets d'architecture des informations provenant des recherches

fondamentales des multiples disciplines reliées au domaine de la gérontologie.

Malgré plusieurs publications qui exposent la difficulté de la communication entre la recherche et son application (provenant de la confrontation entre l'attitude analytique du chercheur intéressé par la théorie du modèle abstrait et l'approche synthétique et intuitive du concepteur visant l'objet particulier), la difficulté persiste toujours.

Pour le module "Santé-Gérontologie" une telle difficulté est considérée comme un défi. Cette approche implique un mystérieux joint entre savoir et faire dans notre monde divisé entre ceux qui savent quoi faire et ceux qui savent comment le faire, entre théoriciens et praticiens.

Le module relève ce défi dans la substance d'une des plus jeunes sciences en développement: la gérontologie avec l'espoir de profiter largement de l'un des plus vieux conflits de l'enseignement professionnel.

Les résultats de ces travaux, même modestes, sont peut-être de petites victoires, de petits pas par lesquels on tend vers l'idéal, l'idéal du milieu que nous formons depuis notre jeunesse et auquel nous aspirons dans notre vieillesse.

Université Laval
Ecole d'Architecture

"PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE
DES PERSONNES AGEES.
SUGGESTIONS EN VUE DE SON AMELIORATION".

Par J.M. Brodeur, P. Simard, D. Kandelman et Y. Lepage

Une étude a été effectuée dans la province de Québec sur la santé bucco-dentaire de 1822 individus âgés de 65 ans et plus et choisis au hasard. Les principaux objectifs de ce projet consistaient à déterminer le degré d'utilisation des services, la condition des tissus bucco-dentaires et l'état prothétique ainsi que les besoins de traitements ressentis et diagnostiqués. La recherche a révélé que les Québécois de 65 ans et plus se prévalent peu des services dentaires, que la majorité de cette population porte des prothèses complètes et que moins de la moitié de ceux-ci ressentent des besoins alors que de l'avis des examinateurs, leur état nécessite presque sans exception des soins dentaires.

Il ressort de l'analyse des résultats que la solution au problème que présente la santé bucco-dentaire des personnes âgées ne réside pas nécessairement dans l'instauration d'un programme universel de soins.

NATURE ET METHODOLOGIE

L'étude a été réalisée grâce à une subvention du ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social et à la collaboration du ministère des Affaires Sociales du Québec. Le docteur David Barnes de l'Organisation mondiale de la santé a agi comme aviseur.

Les principaux objectifs du projet consistaient à déterminer le degré d'utilisation des services, la condition des tissus bucco-dentaires et l'état prothétique ainsi que les besoins de traitements ressentis et diagnostiqués et à faire la relation entre ces variables et certaines caractéristiques socio-démographiques.

Le plan de sondage a été conçu en tenant compte des directives du Guide d'enquête épidémiologique sur la santé buccale de l'Organisation mondiale de la santé.¹ Il comprend une stratification à deux niveaux: les régions - métropolitaine, urbaine, semi-urbaine et rurale - et le lieu de résidence, soit à domicile, en centre d'accueil ou en centre hospitalier. Comme l'étude englobe un grand nombre de variables de caractère différent, il a été convenu que la recherche de la proportion des sujets porteurs de deux prothèses était prioritaire. Pour établir ce taux avec une précision de 1 % et un niveau de confiance de 95 %, l'échantillon devait totaliser 2,000 personnes, d'après les tables statistiques de Mainland et collaborateurs².

L'échantillon de départ comprenait 2,145 personnes choisies de façon aléatoire parmi les 480,070 Québécois âgés de 65 ans et plus. De ce nombre, 1,822 ont accepté de répondre à un questionnaire et de passer un examen clinique; le taux de participation s'élève donc à 84,9 %. Douze dentistes travaillant dans les départements de santé communautaire ont agi comme examinateurs après avoir participé à des séances de calibrage.

RESULTATS

En raison de la quantité et de la diversité des données récoltées au cours de cette étude, il vaut de souligner en premier lieu les points qui méritent de retenir tout particulièrement l'attention. Un deuxième volet de

présentation portera sur quelques considérations suggérées aux auteurs par les faits saillants de l'enquête.

Un bref aperçu des caractéristiques de la population étudiée facilitera la compréhension de son comportement relativement à la santé dentaire. Elle est constituée de personnes qui comptent peu d'années de scolarité et dont les revenus sont limités; elles ne bénéficient pas par surcroît d'un programme public de services dentaires ni ne recourent à une assurance privée pour soins dentaires.

La grande majorité des Québécois de 65 ans et plus, soit 72 %, ne comptent plus une seule dent et l'édentation se retrouve davantage chez les femmes, les personnes moins scolarisées, moins fortunées et demeurant dans des centres d'accueil ou hospitaliers. Les gens âgés n'ont en moyenne que 3,5 dents; pour ceux qui ne sont pas complètement édentés, le nombre de dents présentes se situe à 13,4, dont 2,3 sont cariées et 2,4 obturées. La proportion des personnes qui présentent des caries est plus forte en centre d'accueil ou hospitalier qu'à domicile et le rapport entre le nombre de dents obturées et cariées est plus élevé chez les femmes, les gens des zones métropolitaines, les plus instruits et les mieux nantis.

La perte marquée des dents naturelles se traduit forcément par un très grand recours aux prothèses. Aussi 64,7 % des gens âgés sont-ils porteurs d'appareils complets à la fois supérieurs et inférieurs. De plus, les prothèses ne sont pas de confection récente; en effet, les 3/4 d'entre elles (incluant les partiels) datent de cinq ans et davantage. La situation est pire dans les centres d'accueil et hospitaliers qu'à domicile.

Selon le diagnostic posé par les enquêteurs, des traitements s'avèrent nécessaires chez la presque totalité des gens. Ainsi les 3/4 des non-édentés devraient recevoir des soins aux dents et les 4/5 des traitements périodaires. Quant aux porteurs de prothèses, seulement le tiers de leur appareils sont jugés adéquats. Par contre, aussi peu que 1,6 % des personnes âgées ont besoin de soins d'urgence; encore là la proportion est plus forte en centre d'accueil et hospitalier qu'à domicile.

L'existence généralisée - à quelques exceptions près - de problèmes d'ordre bucco-dentaire chez les personnes âgées est en bonne part attribuable au peu de recours aux traitements, qui date en moyenne de treize (13) ans. Cette faible utilisation des services se retrouve davantage hors des grands centres, chez les gens plus âgés, moins scolarisés et moins fortunés. De plus, moins de 10 % des gens compris dans cette tranche de la population ont effectué leur dernière visite chez un thérapeute dentaire pour un examen, une prophylaxie ou de la restauration. Cette attitude, qui témoigne du peu d'attention apportée à la santé bucco-dentaire contribue également à son mauvais état.

Seulement 42 % des Québécois âgés sont par ailleurs d'avis qu'ils ont besoin de soins dentaires alors que 96 % d'entre eux devraient recevoir des traitements. Cette faible perception des besoins se rencontre davantage chez les gens plus âgés, moins scolarisés, à moindre revenu et demeurant dans des centres d'accueil ou hospitaliers.

Il est à noter enfin qu'une très forte proportion des Québécois âgés qui n'ont pas reçu de services dentaires lors des cinq dernières

années évoquent comme principale raison du non-recours qu'ils n'en voyaient pas la nécessité (80 %). Contrairement à une opinion assez largement répandue, les facteurs d'ordre pécunier interviennent peu (14 %). Il est aussi intéressant de remarquer que moins de 2 % des gens de 65 ans et plus se sont abstenus de traitements dentaires depuis cinq ans à cause d'un handicap physique; une constatation similaire est aussi faite pour les maladies systémiques.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude fournissent un ensemble d'éléments qui peuvent servir de base à une réflexion en profondeur sur la situation de la santé bucco-dentaire de la population du troisième âge et à l'instauration d'un plan d'action en vue d'apporter des correctifs à un état de fait qu'une société responsable ne peut accepter en tout confort. Suivent donc quelques observations qui ne se veulent pas des recommandations mais une première démarche vers une prise de conscience collective.

MAUVAIS ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE ET SANTE GENERALE

L'absence totale ou partielle des dents - très fréquente chez les personnes de 65 ans et plus - comme d'ailleurs l'inadéquation des prothèses peuvent occasionner une mastication insuffisante des aliments, des retards de digestion et des problèmes de flatulence après les repas.*

* SIMARD, P., MORENCY, R. et PERUSSE, R. Manifestations systémiques de lésions buccales. Can Dent Assoc J 9: 422-426, (1978).

L'apparence inesthétique des dents naturelles ou artificielles engendre souvent des problèmes de comportement et, à l'instar des difficultés d'ordre masticatoire, hypothèque de façon appréciable la qualité de la vie.

PROGRAMME DE SERVICES DENTAIRES

La forte prévalence des problèmes buccaux et la faible fréquentation des thérapeutes militent à prime abord en faveur d'une couverture généralisée d'assurance dentaire pour les personnes âgées. Avant toutefois de conclure à la nécessité d'une mesure aussi coûteuse, il est certes indiqué de procéder à une analyse plus en profondeur de la situation.

Un programme universel de soins n'éliminerait pas tous les obstacles psychologiques, sociaux, économiques et culturels que peut rencontrer la population et n'améliorerait pas en soi l'accessibilité géographique aux soins. Les personnes vivant dans des régions excentriques ou encore dans des centres d'accueil ou hospitaliers - et elles sont nombreuses - ne seraient guère plus en mesure de se prévaloir des avantages du programme. De plus, comme ce sont surtout les gens plus scolarisés et mieux nantis qui recourent déjà aux traitements dentaires, il y a tout lieu de croire que la gratuité des soins n'inverserait pas la situation, tel que ce fut le cas pour le programme québécois de services dentaires pour les enfants.*

* VILLENEUVE, C. et GINER, M.M. Etude sur les caractéristiques socio-économiques des parents d'enfants ayant reçu des soins dentaires gratuits. Ministère des Affaires Sociales. Québec, (1976).

L'enquête révèle par ailleurs que le non-recours aux soins dentaires vient davantage de l'absence de perception des besoins que de l'insuffisance des ressources économiques. Il faudrait cependant scruter à fond ce dernier point car, des 555,581 bénéficiaires d'une pension de vieillesse au Québec, 354,357, soit 63,8 % ont reçu un supplément de revenu en 1980.*

Ces quelques considérations ne représentent qu'une facette de la question et sont faites à titre de démonstration de la complexité du problème que les données de cette étude permettront d'analyser plus en profondeur.

SERVICES DENTAIRES DANS LES INSTITUTIONS POUR PERSONNES AGEES

Avant de mettre en oeuvre un programme de soins dentaires pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes du troisième âge - moyen qui exige des ressources humaines et pécuniaires considérables -, plusieurs interventions de moindre envergure sauraient corriger ou tout au moins atténuer un bon nombre des lacunes actuelles. A la lumière des données recoltées dans cette étude, la plus prioritaire porte sur l'organisation de services dans les centres d'accueil ou hospitaliers. L'accès sur place aux services est à peu près inexistant dans ces institutions, condition qui ne facilite certes pas le recours aux traitements. Déjà peu sensibilisés à l'importance d'une bonne santé dentaire, les pensionnaires de ces résidences sont peu enclins à entreprendre des démarches, souvent difficiles, pour

* Communication verbale. TURBIDE, G. Ministère de la Santé et Bien-être social, (1982).

aller chercher à l'extérieur des services dont elles connaissent mal la nature et auprès de professionnels qui ne font pas partie de leur environnement. Des thérapeutes, rattachés aux centres d'accueil et hospitaliers, se familiariseraient avec les besoins particuliers des personnes âgées qui y vivent et sauraient faire l'animation souhaitable pour qu'elles assument la prise en charge de leur santé dentaire.

PREVENTION COMMUNAUTAIRE ET EDUCATION SANITAIRE

Tout compte fait de la disponibilité des services, il demeure que les gens de 65 ans et plus ne perçoivent qu'en partie leurs besoins. Cette situation est sans doute attribuable au fait que les problèmes bucco-dentaire sont loin d'être toujours accompagnés de douleur et aussi au manque de connaissances sur les rudiments de la santé dentaire. Le seul fait que les derniers soins dentaires datent en moyenne de treize (13) ans, dévoile de façon très nette que les visites régulières ne font pas partie des habitudes des personnes âgées. Aussi, sans tomber dans l'excès et créer des besoins qu'il est impossible de satisfaire, s'avère-t-il nécessaire de fournir à cette tranche de la population des services de dépistage, de prévention et d'éducation sanitaire en vue de l'informer de l'importance de rendez-vous périodiques chez les thérapeutes dentaires et des répercussions des conditions de l'appareil bucco-dentaire sur la santé générale.

SENSIBILISATION DES THERAPEUTES DENTAIRE AUX PROBLEMES BUCCAUX DES PERSONNES AGEES

Une brève étude, faite par un étudiant au cours de l'été 1982 auprès d'un nombre restreint de personnes âgées, a fait ressortir que la recommandation de visites périodiques et l'enseignement de mesures

d'hygiène adapté au troisième âge étaient à peu près inexistantes de la part des thérapeutes dentaires. Il en est de même du système de rappel dont l'application cesse, règle générale, pour les personnes âgées. Cette attitude est en bonne part attribuable au manque d'informations dispensées en gériatrie dans les programmes d'études dentaires et aussi à une certaine ignorance de la part des thérapeutes dentaires face au rôle social qui leur incombe à l'endroit d'une aussi grande proportion de la population.

Il ressort de ces quelques considérations que la solution au problème que présente la santé bucco-dentaire des personnes âgées ne réside pas nécessairement dans l'instauration d'un programme universel de soins. Avant de recourir à un tel investissement de ressources humaines et physiques, il serait sans doute avisé de sensibiliser les organismes responsables de la santé communautaire au rôle qui leur incombe en gériatrie-gérontologie dentaire.

Le Ministère des Affaires Sociales se doit d'assurer l'accessibilité des soins dentaires de façon prioritaire dans les centres d'accueil et hospitaliers. Il revient par ailleurs aux établissements du réseau des Affaires Sociales, les C.H. - D.S.C. et C.L.S.C., de promouvoir l'éducation sanitaire et la prévention chez les populations adultes et chez les personnes du troisième âge. Pour leur part, les corporations des professionnels impliqués ont le devoir de rappeler à leurs membres leurs responsabilités à l'endroit de cette importante tranche de la population. Enfin, les institutions chargées de la formation en médecine dentaire doivent sans délai incorporer à leurs programmes d'étude l'enseignement de la gériatrie.

L'action conjointe de tous ces organismes s'avère indispensable à l'amélioration tangible de la santé bucco-dentaire des personnes âgées du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guide to Oral Health Epidemiological Investigations, W.H.O., (1979).
2. MAINLAND, D., HERRERA, L. et SUTCLIFFE, M.Z. Statistical tables for use with binomial samples, contingency tests, confidence limits and sample size estimates. Department of Medical Statistics. New-York University. College of Medicine, (1956).

Jean-Marc Brodeur, chercheur-autonome, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Paul L. Simard, professeur titulaire et directeur-adjoint à la recherche. Ecole de médecine dentaire, Université Laval.

Daniel Kandelman, professeur agrégé, Faculté de médecine dentaire. Université de Montréal.

Yves Lepage, professeur agrégé, Faculté des sciences. Université de Montréal.

Projet no 6605-1705-43, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

LE BENEVOLAT: UN LIEN ENTRE
DES PERSONNES AGEES
ET LA COMMUNAUTE

Par Lucie Martin et Margaret C. Kiely

Cette recherche décrit les changements qui surviennent, dans le cadre d'un projet communautaire, lorsqu'un bénévole (intervenant) entre en relation avec une personne âgée (bénéficiaire) vivant à domicile.

Par l'intermédiaire de formations différentes, l'une destinée au rôle de visiteur amical (groupe contrôle) et l'autre destinée au rôle d'intermédiaire à court terme (groupe expérimental), sont étudiés les changements qui se produisent dans les motivations des bénévoles ainsi que leurs répercussions sur le degré de solitude ou d'isolement social des personnes âgées. Les données sont obtenues à partir d'une combinaison de tests fréquemment utilisés en psychologie (T.T.P. et G.A.T.) et de questionnaires élaborés selon les expériences de travail pratique avec ces deux populations. Les résultats laissent supposer: premièrement, que les degrés d'égoïsme et d'activité sont supérieurs pour le groupe contrôle, alors que le degré d'altruisme est supérieur pour le groupe expérimental; deuxièmement, que le degré de solitude ou d'isolement social des personnes âgées jumelées avec les bénévoles du groupe expérimental se modifie positivement par rapport aux personnes jumelées avec les bénévoles du groupe contrôle. La conclusion met en évidence les différences et les similarités qui apparaissent chez les deux populations en fonction de leur relation d'aide respective.

La vieillesse requiert de nombreuses adaptations qui sont difficiles pour les personnes âgées, particulièrement si elles se sentent seules ou isolées socialement. Dans la littérature, ces deux concepts sont employés de façon ambivalente, c'est-à-dire qu'ils sont tantôt distincts l'un de l'autre et tantôt, ils sont complémentaires. Pour certains auteurs, l'isolement social précède la solitude, alors que pour d'autres, l'isolement social est une conséquence de la solitude. De Freudis (1975) postule que l'isolement social entraîne un manque d'interactions sociales responsable à son tour du sentiment de solitude. Il décrit l'isolement social de deux façons, soit que des gens sont mis à l'écart des autres (perception objective) soit qu'ils se sentent comme tel (perception subjective). Townsend (1963) soutient que la solitude est une réponse individualisée à une situation extérieure à laquelle, d'autres personnes réagissent différemment. Pour cet auteur, la solitude ne se définit pas par le nombre de contacts qu'entretient la personne âgée mais par le maintien d'une relation qui est essentielle au bien-être de la personne âgée. La solitude ou l'isolement social sont des phénomènes complexes et diversifiés qui doivent être définis selon un groupe d'âge spécifique. Qu'en est-il des personnes âgées, c'est-à-dire des individus dont l'âge chronologique est de 65 ans et plus?

Malgré qu'il soit difficile de fournir une estimation réelle des personnes âgées qui ressentent la solitude ou l'isolement social, les conséquences que ces problèmes peuvent apporter sont importantes à considérer. Celles-ci influencent toute la perception et le fonctionnement personnel et relationnel de l'individu et se répercutent au niveau physique et psychologique. Théoriquement, vieillir n'est pas synonyme de solitude ou d'isolement social. Malheureusement, de 30 à 60 % des retraités vivent isolés et sans "aide mutuelle" des gens de leur âge qui sont plus à l'aise et en meilleure santé (Dulude, 1978). Cette situation semble atteindre plus les

femmes âgées puisque trois femmes sur cinq de plus de 65 ans et quatre femmes sur cinq de plus de 75 ans sont veuves, divorcées ou célibataires (Dulude, 1978).

Trois principales solutions s'offrent à ces personnes âgées: un contact presque à sens unique avec les mass média, un contact avec leur famille et enfin un contact social régulier mais temporaire avec une personne bénévole. La première solution est assez récente puisque la technologie a modifié l'image de la vieillesse et diminue à certains moments l'ampleur de la solitude ou de l'isolement social. Ainsi, le téléphone (Pfaff, 1980), la télévision (Birren et Woodruff, 1975) et la radio sont des palliatifs au manque de contacts sociaux. De plus, la présence d'animaux domestiques s'ajoute souvent à ces mécanismes compensatoires chez les personnes vivant seules à domicile. La deuxième solution, soit le contact avec la famille, semble une alternative agréable et appréciée des personnes âgées. Toutefois, plusieurs familles n'entretiennent pas ou très peu de contacts avec leurs aînés. De nombreuses raisons peuvent expliquer cette situation: le temps, la distance, l'incompatibilité des valeurs, etc. Il semble que la nécessité d'un soutien à domicile est inversement proportionnelle à l'aide que la famille et le conjoint peuvent assumer (MAS, 1969). La troisième solution, soit l'établissement d'une relation entre une personne bénévole et une personne âgée, constitue une solution de rechange disponible et avantageuse pour tous les membres de la communauté. En fait, plusieurs s'intéressent et se sensibilisent aux répercussions qu'engendre la solitude ou l'isolement social et ils tentent d'apporter des modifications perpétuelles pour s'y ajuster. Entre autres, on retrouve le gouvernement, avec sa politique de maintien à domicile, cherche les moyens de promouvoir l'autonomie et la prise en charge des personnes âgées par elles-mêmes. Il ne peut être considéré ou se considérer comme l'unique responsable du bien-

être ou du mieux-être de ces citoyens, même s'il assume les services de premier ordre qui lui incombent (Gouvernement du Québec, 1980). Il délègue donc certaines de ces tâches aux professionnels. A leur tour, les professionnels ne peuvent combler entièrement et à eux seuls tous les besoins qu'ils identifient; ils ont besoin d'aide de la part de la communauté. Les voisins, les amis ou les ressources communautaires peuvent se substituer aux relations familiales inexistantes (Noël, 1973). Les psychologues communautaires adoptent, dans une nouvelle perspective, une forme d'entraide ou d'assistance qui est à l'origine de la création de plusieurs professions ou spécialisations, le bénévolat. L'utilisation des bénévoles, aussi désignés sous les appellations de "volontaires" ou de "non-professionnels", représente une alternative de choix pour pallier à ces problèmes. A ce niveau, les bénévoles peuvent pallier aux besoins socio-affectifs des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces ressources humaines disponibles dans la communauté peuvent offrir leur présence à autrui. Il s'agit d'apprendre à les utiliser efficacement pour répondre aux besoins exprimés par les clientèle-cibles. Présentement, nombreux sont les programmes communautaires qui emploient des ressources telles que les non-professionnels, là, où auparavant seuls les professionnels intervenaient.

Les activités bénévoles reliées au maintien à domicile et destinées aux personnes âgées revêtent de plus en plus d'importance, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, la vieillesse et le bénévolat sont deux sujets d'actualité très controversés. Deuxièmement, ils partagent des caractéristiques similaires et complémentaires, malgré que ces deux sujets soient très peu souvent analysés de pair. D'une part, ils présentent des éléments similaires, c'est-à-dire que leur proportion numérique subit des augmentations toujours plus considérables, que leur description et leurs fonctions réfèrent souvent à des images publiques fausses ou désuètes;

personnes âgées et bénévoles sont majoritairement des femmes; les faiblesses ou les conséquences négatives de ces deux statuts sociaux sont fortement mises en évidence. D'autre part, ils sont complémentaires dans les cas où une personne âgée agit à titre de bénévole ou lorsque des bénévoles créent des relations d'aide interpersonnels (intervenants) avec des personnes âgées démunies qui requièrent leurs services (bénéficiaires). A partir d'un projet communautaire nommé ECHANGE, une tentative est faite pour conceptualiser et pour opérationnaliser une comparaison entre deux processus d'aidant-aidé. Le projet ECHANGE se réalise dans un centre communautaire pour les retraités d'Ahuntsic, à Montréal (Centre Trait d'Union Enrg.), de janvier à mai 1981. Les bénévoles se recrutent à partir du Service d'Aide Volontaire du Centre. Après deux réunions de sensibilisation, 10 bénévoles sur 50 manifestent un intérêt marqué et continu face au projet. Tous sont d'origine canadienne-française et leur moyenne d'âge est 60,3 ans. La majorité sont veufs(ves) ou célibataires et possèdent en moyenne 12,3 années de scolarité, alors que les années d'expérience de bénévolat auprès de personnes âgées est d'un minimum d'un an. Les dix bénévoles sont divisés au hasard en deux groupes, un groupe expérimental (I) et un groupe contrôle (II). Etant donné le nombre important de femmes inscrites à ce service par rapport aux hommes, il y a quatre femmes et un homme dans chacun des groupes. Différents critères sont exigés des bénévoles qui désirent participer au projet: 1) aimer et vouloir connaître plus en profondeur l'univers des personnes âgées; 2) s'engager physiquement et psychologiquement durant toute la durée du projet; 3) disposer d'environ trois heures et demie à quatre heures de temps libre par semaine durant les mois de février, mars et mi-avril; 4) manifester un intérêt au niveau individuel (intervention auprès du bénéficiaire) et au niveau d'un groupe (discussions en groupe).

Les personnes âgées résident dans le quartier d'Ahuntsic depuis un minimum d'un an et sont d'origine canadienne-française. La moyenne d'âge des deux groupes est de 74,5 ans et la majorité sont veufs(ves) depuis 20 ans et plus, alors que les autres sont célibataires. Sur les dix personnes âgées, il y a quatre femmes et un homme dans chacun des groupes. Certains critères sont nécessaires aux personnes âgées pour participer au projet, soit 1) toutes ces personnes doivent vivre seules dans leur domicile, 2) ces personnes doivent manifester l'intention de recevoir une personne bénévole une fois par semaine à leur domicile, 3) ces personnes doivent avoir une vision appropriée (pour les tests), une ouïe adéquate (pour la conversation) et être capables de se déplacer à l'extérieur de façon autonome, 4) le principal obstacle de toutes ces personnes doit être le sentiment subjectif d'être isolées socialement ou de se sentir seules, indépendamment de l'origine de cet isolement ou de cette solitude (manque d'encouragement pour une vie sociale active, incapacité provisoire d'utiliser ses habiletés sociales et/ou physiques, etc.). Chaque personne âgée est jumelée à un bénévole selon le sexe et selon la proximité physique qui existe entre la demeure du bénévole et celle du bénéficiaire. L'expérimentateur adopte les trois rôles du psychologue communautaire, c'est-à-dire qu'il est simultanément participant conceptualisateur, consultant et agent de changement. Ces rôles s'exercent à travers la formation qu'il offre à chaque groupe de bénévoles. Le contenu de cette formation se base sur le type d'intervention respective de chaque groupe de bénévoles exercée auprès de leur bénéficiaire et tel que discuté en groupe. Ainsi, le groupe expérimental (I) de ce projet agit à titre d'intermédiaire à court terme et le groupe contrôle (II), à titre de visiteur amical.

Etre visiteur amical, consiste à visiter régulièrement une personne âgée qui manifeste le désir d'une relation de confiance interpersonnelle (besoin d'écoute). Il semble que les bénévoles sont très utiles auprès de ces personnes âgées (Cowen, 1966). Lowentall et Haven (1968) concluent qu'une relation humaine stable constitue un palliatif qui peut amoindrir l'impact de la vieillesse et qui peut favoriser une meilleure adaptation chez les personnes âgées. Clark et Baker (1975) mentionnent que les visites d'amitié peuvent apporter la communauté aux gens qu'ils visitent. Les deux, le visiteur bénévole et la personne âgée visitée, profitent agréablement du temps passé ensemble. Etre intermédiaire à court terme ajoute une nouvelle dimension au rôle de visiteur amical; celui-ci devient un agent de liaison entre les personnes âgées et les ressources présentes dans leur quartier. Signell (1979) pense que le bénévole, en plus de visiter régulièrement un retraité, doit chercher à lier son bénéficiaire aux ressources communautaires environnantes. En ce sens, le bénévole peut servir de modèle à son bénéficiaire. Il précise que la combinaison de ces deux procédés peut diminuer l'isolement social et ultérieurement l'hospitalisation. Dans cette perspective, les bénévoles servent d'intermédiaires entre les personnes âgées isolées d'un quartier et un milieu social approprié. Ainsi, lorsque le bénévole discontinue ses visites amicales, le retraité n'est pas démuné car il s'est vu offrir la possibilité de se créer de nouveaux contacts sociaux.

Le projet ECHANGE tente d'observer et d'analyser les changements qui surviennent: 1) dans les motivations des bénévoles, 2) dans le degré de solitude ou d'isolement social des personnes âgées, 3) dans le processus dynamique de deux types de relation aidant-aidé.

METHODES D'ANALYSE DES RESULTATS

Afin de présenter une vision plus globale des changements qui surviennent chez les bénévoles et les personnes âgées selon le type de relation d'aide respective auquel chacun est assigné, différentes mesures sont employées. Ces mesures représentent une combinaison de tests préparés et adaptés au projet. Pour mesurer les changements dans les motivations des bénévoles (égocentrisme, altruisme et activité), nous nous servons du Test de Tendances Personnelles, un questionnaire sur la perception du bénévolat auprès des personnes âgées, des Fiches de supervision et un questionnaire d'Evaluation du cours. Pour mesurer les changements dans le degré de solitude et d'isolement social chez les personnes âgées, nous utilisons quatre planches du GERONTOLOGICAL APPERCEPTION TEST (G.A.T.) reliées plus particulièrement à l'isolement social ou à la solitude, et un questionnaire sur leur participation sociale. Les résultats respectifs pour chaque population, les bénévoles et les personnes âgées, sont compilés en tenant compte des trois moments de passation, avant, pendant et après le projet. L'analyse des résultats, tant qualitative que quantitative, est présentée selon une analyse de groupe étant donné le nombre inégal de sujets du même sexe dans chacun des groupes. Ainsi, les personnes âgées du groupe I sont jumelées au bénévoles du groupe I, tout comme les intervenants et les bénéficiaires du groupe II. Cette analyse ne prétend pas fournir des résultats vérifiés empiriquement sur le processus dynamique de deux relations d'aide différentes, mais tente plutôt de soulever des questions intéressantes et pertinentes pour la recherche en psychologie communautaire.

PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS (Pour les Bénévoles)

Les résultats obtenus lors du Test de Tendances Personnelles pour chacun des groupes coïncident avec ceux obtenus lors des autres tests. Les

moyennes en rangs percentiles obtenues pour chaque tendance sont présentées au tableau 1. La consistance des sujets de chaque groupe pour le test-retest varie de 13/15 à 14/15. Selon Edwards (1953), la distribution théorique du facteur chance pour 13/15 de consistance est de .00369, alors que 14/15 est de .0049. La question de recherche concernant les modifications qui surviennent dans les motivations des bénévoles par l'intermédiaire d'une formation spécifique est: le degré d'égoïsme et le degré d'activité sont-ils supérieurs au degré d'altruisme pour les bénévoles du groupe contrôle par rapport à ceux du groupe expérimental?

L'expérimentateur croit que ces motivations sont toujours présentes mais que la priorité accordée à chacune d'elles se modifie avec le type d'intervention que le bénévole effectue et avec le temps.

Au niveau de l'égoïsme, les tendances à l'agression, à l'infériorité, à l'individualité ainsi qu'à l'exhibitionnisme se retrouvent à un niveau acceptable avant et après le projet pour le groupe I. Toutefois, la tendance à la dépendance se situe au-dessus du 70e percentile, avant le projet, ce qui dénote selon Edwards (1953) que cette tendance est trop élevée. Il semble qu'à la fin du projet cette tendance se retrouve à un niveau favorable.

Pour le groupe II, avant le projet, toutes les tendances se situent à un niveau acceptable. Après le projet, deux tendances augmentent, soit l'exhibitionnisme et la dépendance à un niveau moins favorable, c'est-à-dire qu'elles sont trop élevées.

Au niveau de l'activité, les tendances à l'accomplissement, l'ordre, le changement et la persévérance se retrouvent à un niveau moyen et

acceptable avant le projet pour le groupe I. La tendance à l'ascendance se situe à un niveau supérieur à la moyenne avant le projet et augmente à la fin du projet. De plus, après le projet, la tendance à la persévérance diminue de 19,9 % pour le groupe et se retrouve à un niveau insuffisant, donc sujet à amélioration.

Pour le groupe II, la tendance au changement se situe à un niveau inférieur à la moyenne, donc sujet à amélioration; les tendances à l'accomplissement, à l'ordre et à la persévérance se situent dans la moyenne alors que la tendance à l'ascendance est supérieure à la moyenne, donc elle est très favorable. Après le projet, deux tendances se retrouvent à un niveau supérieur, l'ascendance et la persévérance, qui augmentent de 44,8 %, les autres tendances se retrouvent dans la moyenne.

Au niveau de l'altruisme, pour le groupe I, avant le projet, la tendance à la bienveillance se situe à un niveau inférieur à la moyenne, donc sujet à amélioration; les tendances à la déférence, à la sociabilité se situent dans la moyenne. L'extrospection et l'hétérosexualité se retrouvent à un niveau supérieur, donc dénotent un comportement très favorable. Après le projet, l'extrospection augmente de 6,6 % pour demeurer à un niveau supérieur à la moyenne alors que toutes les autres tendances se situent à un niveau moyen.

Pour le groupe II, une tendance, soit la bienveillance, se situe à un niveau supérieur à la moyenne; trois tendances se retrouvent dans la moyenne, soit la déférence, la sociabilité et l'hétérosexualité. La tendance à l'extrospection est supérieure à la moyenne et le demeure même après le projet, avec une augmentation de 9,6 %. De plus, après le projet, la bienveillance décline de 19,05 %, donc à un niveau très inférieur à la moyenne par rapport aux autres tendances.

Comparaison entre les deux groupes

La figure 1 présente la comparaison de chacun des groupes, avant et après le projet, pour chacun des thèmes. Au niveau de l'égoïsme, les tendances à l'exhibitionnisme, à l'individualité et à l'agression, dénotent les mêmes profils pour les deux groupes à la fin du projet. Les autres tendances présentent des profils différents entre les deux groupes, soit la dépendance qui est à un niveau trop élevé dans les deux groupes et plus particulièrement dans le groupe II, et l'infériorité. Au niveau de l'activité, les tendances à l'ordre, à l'ascendance, au changement et à la persévérance présentent les mêmes profils pour les deux groupes. Particulièrement, l'ascendance se situe à un niveau supérieur à la moyenne, ce qui est très acceptable. Deux tendances présentent des profils contraires, soit l'accomplissement et la persévérance.

Au niveau de l'altruisme, les tendances à la sociabilité, à l'extrospection et à l'hétérosexualité présentent les mêmes profils pour les deux groupes après le projet. L'extrospection se situe à un niveau supérieur, donc très acceptable, pour les deux groupes avant et après le projet. Deux tendances, soit la déférence et la bienveillance, présentent des profils contraires après le projet pour les deux groupes.

Deux motivations semblent présentes chez les bénévoles à des niveaux différents: l'intérêt personnel (égoïsme) et l'altruisme. Avant le projet, le degré d'égoïsme, d'activité et d'altruisme est supérieur pour le groupe expérimental, alors qu'après le projet, le degré d'égoïsme et d'activité sont plus élevés dans le groupe contrôle. Les résultats semblent être dûs aux rôles différents que doivent assumer les bénévoles de chaque groupe. Le rôle de visiteur amical implique une rela-

tion interpersonnelle assez limitée où deux personnes possédant un niveau d'autonomie différent se retrouvent ensemble. Aucune méthode ou procédure précise n'est fournie à ces bénévoles qui développent un style personnel de relation de confiance. Ils n'ont pas de but défini et aucune limite de temps. S'il y a discontinuité des visites par le bénévole, l'attachement qui s'est créé entre les deux personnes est difficile à rompre. On retrouve souvent d'une part, un sentiment de culpabilité pour le bénévole et d'autre part, un sentiment d'abandon et de délaissement pour la personne âgée. Conséquemment, le bénévole se sent presque obligé de continuer ses activités amicales, même s'il sent qu'il est parfois exploité par les exigences du bénéficiaire ou par les professionnels.

Le nouveau rôle exploratoire d'intermédiaire à court terme se définit en plusieurs étapes précises où le bénévole sert de lien entre le bénéficiaire et un milieu social quelconque. Le bénévole n'est pas le seul à s'impliquer, il y a aussi le bénéficiaire et les membres du milieu social désiré. Dès lors, lorsqu'il y a discontinuité, le bénévole ressent moins de culpabilité et le bénéficiaire se sent moins délaissé puisqu'il connaît d'autres ressources et d'autres membres qu'il a rencontrés entre temps. L'intervention du bénévole implique au début un attachement émotif qui doit graduellement diminuer en faveur de l'augmentation des sentiments positifs que le bénéficiaire entretient au niveau social face à d'autres individus. Conséquemment, la relation bénévole-bénéficiaire est plus centrée sur l'altruisme car le bénévole cherche à lier le bénéficiaire à d'autres bénéficiaires ou membres importants et la chaîne continue.

TABLEAU 1

Moyenne en rangs percentiles pour chacune des tendances regroupées sous les thèmes d'égoïsme, d'activité et d'altruisme

TENDANCE	Groupe I (Int. à court terme)				Groupe II (Visiteur amical)			
	Avant		Après		Avant		Après	
	N	5	N	4	N	5	N	4
EGOCENTRISME¹								
Exhibitionnisme		65.2		69.3		63.2		86.5
Individualité		19.8		11.8		27.6		16.0
Dépendance		91.4		64.0		59.2		88.0
Infériorité		27.8		27.5		13.4		14.75
Agression		23.7		30.0		63.2		38.3
ACTIVITE²								
Accomplissement		59.4		59.5		60.6		56.0
Ordre		52.4		44.8		53.8		46.8
Ascendance		87.6		94.8		86.2		87.5
Changement		41.6		45.0		22.2		30.0
Persévérance		39.4		19.5		35.2		80.0
ALTRUISME²								
Déférence		64.2		44.5		42.4		45.0
Sociabilité		34.2		42.0		38.0		54.0
Extrospection		83.2		89.8		86.2		95.8
Bienveillance		18.8		36.5		27.8		8.75
Hétérosexualité		72.0		63.3		69.2		67.0

¹Egoïsme: moins de 70 percentiles: comportement favorable
plus de 70 percentiles: comportement non acceptable.

²Activité et altruisme: moins de 30 percentiles: comportement insuffisant, sujet à amélioration: entre 30 et 70 percentiles: comportement dans la moyenne et plus de 70 percentiles: comportement très favorable.

Pour les personnes âgées

La question de recherche est de connaître l'influence qui apparaît au niveau du degré de solitude et d'isolement social des personnes âgées lors de l'intervention respective de chaque groupe de bénévoles. Plus spécifiquement, le degré de solitude ou d'isolement social se modifie-t-il positivement pour les bénéficiaires visités par les bénévoles du groupe expérimental comparativement à ceux du groupe contrôle? Les résultats obtenus pour chacun des groupes sont présentés au tableau 2.

L'analyse et l'interprétation des résultats suggèrent que le type de relation d'aide exercé par les bénévoles auprès des personnes âgées influence le degré d'isolement social ou de solitude. Ainsi, à partir de l'analyse des histoires racontées (G.A.T.) et du questionnaire sur la Participation sociale des bénéficiaires des deux groupes, une différence s'observe entre les groupes après le projet.

Avant le projet, le groupe I présente un degré total de solitude et d'isolement social de 32,5, c'est-à-dire une moyenne de 6,5. Le groupe II présente un degré total de solitude et d'isolement social de 27,5, c'est-à-dire une moyenne de 5,5. Après le projet, une diminution uniforme s'observe chez les bénéficiaires du groupe expérimental par rapport à ceux du groupe contrôle. C'est-à-dire que le groupe I présente un degré de solitude et d'isolement social total de 23, soit 5,75 en moyenne, alors que le groupe II présente des variations différentes pour chaque sujet. Leur degré de solitude et d'isolement social total est de 19,5, soit 6,5 en moyenne. Il semble que les bénéficiaires du groupe expérimental profitent du rôle d'intermédiaire à court terme, qui favorise l'autonomie et la prise en charge des personnes âgées par elles-mêmes.

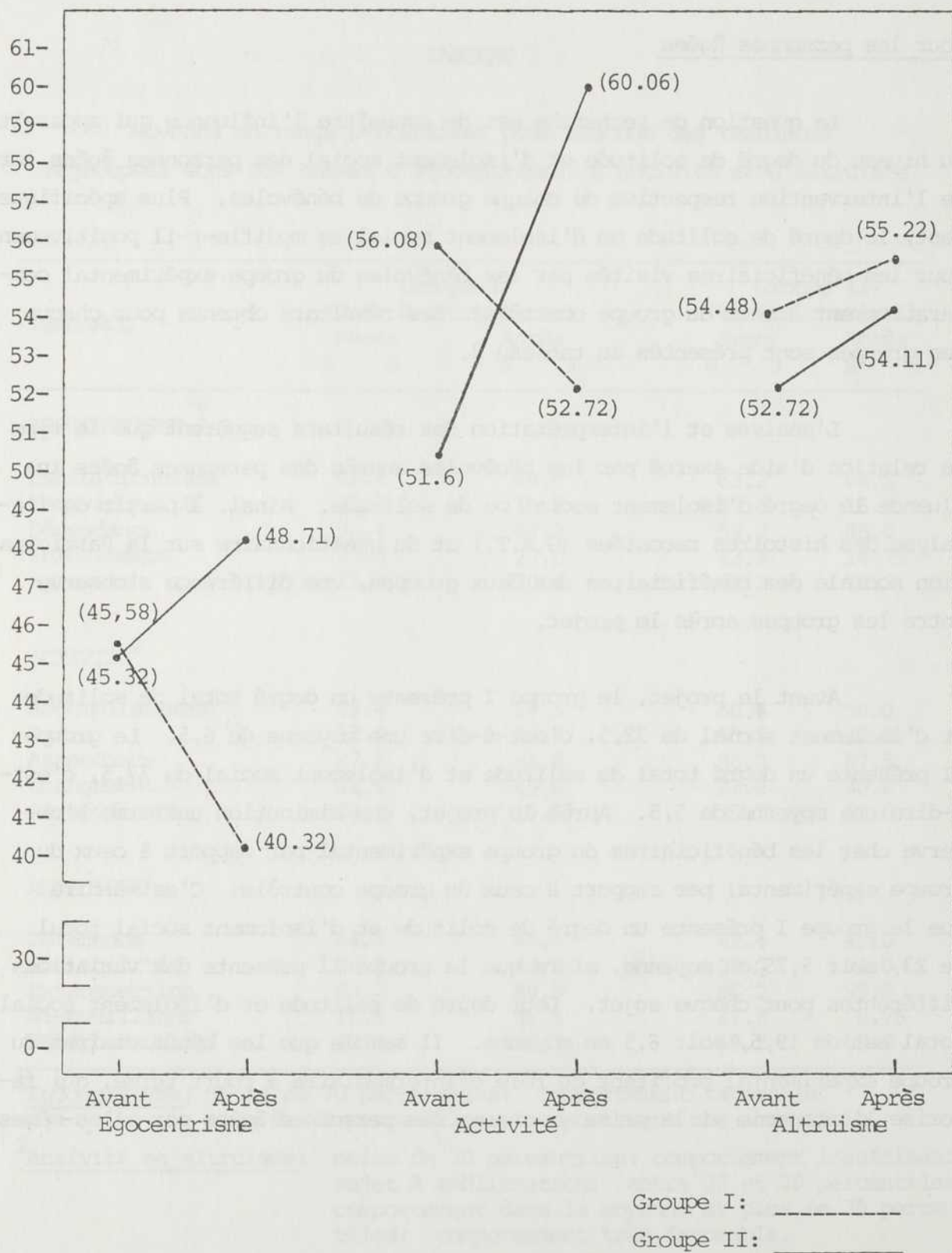


Fig.1 — Comparaison de chacun des groupes avant et après le projet, pour chacun des thèmes.

TABLEAU 2

Cotes attribuées à chaque sujet pour le degré de solitude et d'isolement social pour les deux groupes aux deux séances du test G.A.T.

Sujet	Groupe	Degré de solitude ou d'isolement social			
		Première séance		Deuxième séance	
		N	5	N	4
		/10		/10	
A ¹	I	6.5		6.5	(contrôle)
B	I	7		6	
C	I	7		6.5	
D ²	I	7		6	
E ²		5		4.5	N 3
F	II	4.5		—	
G	II	5.5		5.5	
H	II	8		6	
I ³	II	5.5		8	
J ³	II	4		—	

¹ Sujet contrôle qui a passé les tests une deuxième fois.

² E: sujet qui est tombé gravement malade et qui a été hospitalisé.

³ J: sujet contrôle qui n'a pas repassé les tests.

Groupe I : groupe expérimental (Intermédiaire à court terme).

Groupe II: groupe contrôle (Visiteur amical).

Les bénévoles de ce groupe n'offrent qu'une aide passagère à leurs bénéficiaires. Donc, les bénéficiaires du groupe I semblent avoir plus de possibilités à moyen terme et à long terme de demeurer actifs socialement que ceux du groupe II. En général, le groupe II présente à la fin du projet, un degré légèrement plus élevé (.2) de solitude et d'isolement social qu'au début du projet. Ces résultats portent à réfléchir sur les questions suivantes: Quel est le rôle réel des bénévoles dans la motivation (niveau social) des personnes âgées? Quelles sont les conséquences du rôle de visiteur amical chez les bénéficiaires? Des recherches ultérieures nous permettront peut-être d'obtenir des points de référence plus précis. Toutefois, ce degré d'isolement social ou de solitude ressenti actuellement par les personnes âgées peut varier dans le temps et selon les situations.

Plusieurs facteurs tels que la personnalité de la personne âgée, particulièrement son seuil de tolérance à la frustration, l'équilibre de ses mécanismes adaptatifs et défensifs pour faire face aux situations quotidiennes, son niveau de santé physique et mentale, la qualité des conditions extérieures de vie (point de vue financier, logement, etc.), et enfin, les relations avec l'entourage, en général, influencent le degré de solitude et d'isolement social.

CONCLUSION

Ce projet fournit plusieurs informations théoriques et pratiques relatives aux personnes âgées et aux bénéficiaires. Il semble que ce ne soit pas toutes les personnes âgées qui requièrent l'aide des bénévoles, mais celles qui en ont besoin ont le droit de recevoir une aide de qualité appropriée à leurs besoins. Les besoins des personnes âgées se situent sur un continuum allant de l'aide purement matérielle à une aide psycholo-

gique. Parmi ces besoins, la solitude ou l'isolement social semble prédominer chez plusieurs personnes âgées, indépendamment du lieu de leur domicile. Ainsi l'ennui, la solitude ou le manque de contacts sociaux reflètent les mêmes réalités pour les personnes âgées, que celles-ci soient à l'intérieur des institutions ou qu'elles soient à l'extérieur. Ce qui diffère, c'est l'éventail des ressources disponibles dans l'entourage immédiat. Glidewell (1971) précise que le meilleur indice de santé mentale d'une communauté est la présence de ressources et non l'absence de symptômes. Depuis le début de la politique de maintien à domicile, des ressources humaines sont identifiées et sont reconnues comme pouvant aider des populations-cibles telles que les personnes âgées. Ce sont des bénévoles (des volontaires ou des non-professionnels). On s'aperçoit que ce ne sont pas tous les bénévoles qui veulent effectuer des actions volontaires au domicile des bénéficiaires, certains préfèrent offrir de leur temps dans les institutions.

Très peu d'auteurs situent l'action volontaire selon le lieu de travail des bénévoles. Pourtant, il semble que le lieu de l'intervention (l'institution ou le domicile, hors de l'institution) influence considérablement le rôle, les tâches des bénévoles, et la sorte de clientèle visitée. D'une part, le bénévolat dans les institutions (les hôpitaux, les centres d'accueil, les foyers, etc.) est plus structuré que le bénévolat à domicile. En ce sens qu'il est grandement influencé par les structures internes de l'institution qui règlementent en partie le mode de vie des patients. De plus, on retrouve plus fréquemment un bénévolat de groupe, c'est-à-dire où des bénévoles sont jumelés à des bénéficiaires pour effectuer une tâche ou une activité commune. Enfin, la clientèle dans les institutions semble relativement plus hypothéquée au niveau santé par rapport à celle vivant hors des institutions.

D'autre part, le bénévolat à domicile (H.L.M. dans un quartier, etc.) requiert plus d'initiative et de spontanéité de la part des bénévoles. Les seules structures existantes sont les capacités psycho-sociales et motrices du bénéficiaire, les facilités du milieu physique et la personnalité du bénévole. De plus, la relation bénévole-bénéficiaire est de type interpersonnelle, donc les rencontres entre les bénévoles qui oeuvrent à domicile ne sont pas spontanées mais doivent être planifiées dans un lieu physique approprié, c'est-à-dire à l'extérieur du lieu de leur intervention. Chez certains bénévoles, la formation est bienvenue, alors que pour d'autres, elle est superflue. Ce ne sont pas tous les bénévoles qui désirent recevoir une formation. Il semble que la question de formation dépende de plusieurs facteurs comme la personnalité des bénévoles, leur lieu d'intervention, le type d'intervention et la population-cible qu'ils desservent. Toutefois, la formation qui accorde autant d'importance à la personne elle-même qu'au rôle de bénévole peut modifier les motivations de ces individus. Ainsi, avant le projet, les bénévoles du groupe expérimental présente un degré d'égoïsme, d'activité et d'altruisme supérieur au groupe contrôle, alors qu'après le projet, les bénévoles du groupe contrôle présentent un degré d'égoïsme et d'activité supérieurs au groupe expérimental. Particulièrement en ce qui concerne le type d'intervention choisi pour ce projet, les conséquences de deux modes de relation d'aide face aux personnes âgées sont étudiées, soit le rôle de visiteur amical et le rôle d'intermédiaire à court terme. Le premier rôle, celui de visiteur amical, consiste à rendre visite à une personne âgée isolée vivant à son domicile et à exercer sa capacité d'écoute à travers une relation de confiance. Malgré que ce rôle traditionnel soit privilégié en tant que service important dans les centres de bénévolat, aucune étude n'établit les conséquences possibles de ce rôle chez les bénévoles et chez leurs bénéficiaires. Le second rôle, celui d'intermédiaire à

court terme, ajoute une nouvelle dimension au rôle de visiteur amical, celui de lier les personnes âgées à des ressources communautaires présentes dans leur quartier. Il semble que ce dernier rôle innovateur favorise d'une part, plus d'autonomie, d'indépendance et de prise en charge chez les personnes âgées elles-mêmes et d'autre part, fournisse des buts réalistes, concrets et à court terme pour les bénévoles.

L'évaluation, étape essentielle dans l'élaboration d'un projet, laisse croire que le rôle d'intervention à court terme comporte plus d'avantages pour les personnes âgées et les bénévoles. Il semble que les bénévoles du groupe I continuent régulièrement de s'informer et/ou de visiter leur bénéficiaire respectif. De plus, tous les bénévoles du projet désirent participer activement à l'ouverture d'un centre de bénévolat dans leur quartier où ils seraient les principaux responsables et intervenants. A leur tour, les bénéficiaires du projet manifestent le goût d'être des bénévoles, c'est-à-dire qu'ils sont prêts à effectuer des actions volontaires selon leurs capacités physiques. Donc, il semble que ce projet, nommé ECHANGE, ait atteint ses différents objectifs et fasse boule de neige pour tous les gens impliqués, y compris le psychologue communautaire. Ce dernier ressentait au début de l'ambiguïté et de l'incertitude face à l'application de ces nouveaux rôles auprès des bénévoles et des personnes âgées. Progressivement, il se rend compte des avantages que ces rôles représentent, particulièrement lorsqu'il y a un respect mutuel du cheminement unique de chaque population étudiée et lorsque pointe à l'horizon un espoir éventuel de prise en charge des membres de la communauté par eux-mêmes.

ABSTRACT

This study examines the various solutions for loneliness and social isolation with the elderly who live outside of an institution. The sample consisted of senior citizens and volunteers who were randomly selected from a community day centre. Specifically, the study examines the effects of the relationship on the volunteer, the senior citizen and on their interactive process.

The volunteers were divided into two interventions groups. One control intervention group played the role of the "friendly visitor" which consisted of visiting the senior citizen of their residence and interacting in an informal manner. The other group, the experimental intervention group consisted of volunteers who served as a "short-term link" between the elderly and the possible social community resources available to them. The volunteers motivational levels were examined as a function of which group they belonged to. The degree of loneliness and social isolation for the elderly were examined as a function of what kind of intervention they received. The results appear to demonstrate that the volunteers in the control group have 1) a higher degree of egocentrism and activity than the experimental group; 2) a lower level of altruism than the experimental group. For the elderly, the results seem to indicate that the degree of loneliness and social isolation substantially decreased when the elderly are visited by the volunteer belonged to the experimental intervention group. From these results, one can readily ascertain that the helping relationship of the short-term link nature lead to a more successful type of intervention for the elderly sample in this study. Implications and the importance of the role of the community psychologist are discussed as a function of the differences and similarities between the volunteers and the elderly respectively.

REFERENCES

- BIRREN, J.E., WOODRUFF, D.S. Aging: scientific perspectives and social issues. New-York: Litton Educational Publishing., 1975.
- CLARK, L., BAKER, J. Volunteer training: a study of community practice. Volunteer center of metropolitan Toronto, 1975, 30-39.
- COWEN, E.L. A college student volunteer program in the elementary school setting. Community mental health journal, 1975, 2.
- DE FREUDIS, F.V. La biologie de la solitude. Recherche, 1975, 6, 55, 344-356.
- DULUDE, L. Vieillir au féminin. Conseil consultatif de la situation de la femme, Ottawa, 1978.
- EDWARDS, A.L. Edwards personal preference schedule manual. New-York: Psychological Corporation, 1953.
- GLIDEWELL, J. Priorities for psychologist in community mental health, in G. Rosenblum (Ed.): Issues in community psychology and preventive mental health. New-York: Behavioral Publications, 1971.
- GOUVERNEMENT du Québec. Pour mieux vieillir au Québec: document de consultation sur une politique du troisième âge. Ministère des affaires sociales, Bibliothèque nationale du Québec, 1980, 3-42.
- LOWENTHAL, M.F., HAVEN, C. Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. American sociological review, 1968, 33, 20-30.

MINISTÈRE des Affaires Sociales. Les Services à domicile: politique du Ministère des affaires sociales. Bibliothèque nationale du Québec, 1979, 6-27.

NOEL, R. Motivation et facteur de dépendance dans la réadaptation et le traitement d'entretien de la personne âgée. Revue de gérontologie, juillet, 1973, 19-26.

PFAFF, E. Le téléphone et les services téléphoniques chez les personnes âgées. La revue de gériatrie, 1980, 5, 81, 403-404.

SIGNELL, K. The new volunteer, in S.R. Alley, J. Biantron, R.E. Feldman (Eds): Paraprofessionals in mental health. Human Sciences Press, 1979.

TOWNSEND, P. Isolation and loneliness in the aged, in Loneliness: the experience of emotional and social isolation, MIT Press, 1963.

"L'ECOLE: CARREFOUR DES GENERATIONS"

Par Marie-Claude Denis

"L'Ecole: Carrefour des Générations" est un projet pilote, initié par une équipe de chercheurs rattachés au Laboratoire de Gérologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Nous avons brièvement présenté le projet l'an dernier, dans ce même cadre de l'ACFAS, principalement dans l'optique des recherches auxquelles il avait servi de support.

Comme le projet s'est avéré riche tant aux plans humain et social qu'à celui de la recherche, nous avons poursuivi cette année, la démarche d'insertion d'âgés à l'école, ayant cette fois l'objectif spécifique de la rédaction d'un guide pouvant servir à l'implantation de projets analogues ailleurs dans la province, et ce, en espérant que le programme pourrait éventuellement servir d'occasion et de lieu d'expérimentation pour des recherches ultérieures relatives à la gérontologie.

Dans le sens de ce même objectif, nous avons choisi de vous présenter ici, le projet dans l'aspect concret de sa mise en œuvre. Après avoir brièvement présenté l'idée initiatrice du projet, nous vous présenterons les différents éléments à considérer dans l'élaboration du projet en vue de sa réalisation. Nous traiterons ainsi du choix du lieu de l'expérience, du choix des personnes âgées, des rôles respectifs des gens impliqués dans le projet et finalement, de la détermination du programme d'activités.

L'idée initiatrice:

FAVORISER LA RENCONTRE INTERGENERATIONNELLE

L'idée du projet "L'École: Carrefour des Générations", inspirée des Teaching - Learning Communities, implanté par Carol H. Tice au Michigan, vise à faire de l'école, un lieu favorisant les relations inter-générationnelles entre les enfants et les personnes âgées. L'objectif poursuivi dans le programme, est de mettre en relation des enfants et des personnes âgées dans un milieu qui est naturel à l'enfant: l'école.

Nous estimons en effet, qu'en raison de l'évolution de notre société les deux groupes générationnels, enfants/personnes âgées ont moins l'occasion qu'auparavant d'être mis en relation, et de profiter l'un et l'autre d'un apport mutuel. Les aînés sont souvent isolés dans des résidences spécialisées limitant les contacts avec la famille. D'autre part, il arrive souvent qu'en raison de l'éclatement du noyau familial, dans les cas de séparation, de divorce, ou encore de familles monoparentales, par exemple, les jeunes n'aient plus accès de façon aussi fréquente à des relations avec des gens du troisième âge.

L'école, tout en étant un milieu de vie naturel à l'enfant, offre la possibilité de mettre à profit l'expérience et les connaissances des aînés. En effet, l'étude des objectifs d'apprentissage énoncés par le Ministère de l'Éducation, a permis de découvrir que le contact avec des personnes âgées, dans le cadre même des activités académiques, pourrait constituer un enrichissement tout à fait intégré aux objectifs de formation visés par l'école.

LES PARTICIPANTS ET LE LIEU DE L'EXPERIENCE

La suite des démarches que nous présenterons ici est évidemment tirée de l'expérience spécifique réalisée à l'école St-Michel des Forges, de la Commission Scolaire de Trois-Rivières. Il se peut que certains points mentionnés, conservent un caractère local impropre à la situation particulière des lieux de projet éventuel. Nous avons quand même choisi de ne pas épurer le texte en ce sens et de vous offrir nos particularités à titre d'illustration.

Imaginons que nous sommes au point suivant pour démarrer le périple: le lieu de l'expérience est choisi. Cela implique que déjà on sait dans quelle école elle va se dérouler, qu'on en connaît la direction, que les classes d'enfants et les enseignants impliqués sont déterminés. Le choix de ce lieu sous-tend évidemment quelques préalables. Ainsi, on a déjà pris la peine d'obtenir les autorisations officielles de la Commission Scolaire et on s'est assuré de l'appui de la direction générale pour la réalisation du projet. Mentionnons aussi que le choix du lieu a largement été déterminé par le choix des personnes impliquées. Pour que le projet marche bien, il est en effet essentiel que la direction d'école y soit intéressée. Tout aussi bien prévu qu'il pourrait idéalement l'être, le projet pourrait bien mettre à bout de nerf, un directeur ou une directrice d'école irrité de voir l'école envahie une ou deux fois par semaine, dérangé d'être à tout bout de champ sollicité par des demandes sortant du cadre de la routine scolaire habituelle, impatient de répondre aux questions des parents concernant un projet pouvant être vu comme dérangeant l'apprentissage. Il semble en effet, que la première personne-clé soit le directeur ou la directrice de l'école. Il ou elle doit croire que le projet a une valeur éducative et sociale, et se montrer intéressé(e) et stimulé(e) à l'idée que le projet prenne place dans le cadre des activités de l'école.

Si la direction d'école apparaît au rang des personnes-clé dans la réalisation du projet, la personne à qui revient le cœur de sa mise en oeuvre est sans contredit l'enseignant. Comme nous le verrons dans la section "Définition des rôles", le titulaire de classe est celui sur qui reposera le bien-fondé pédagogique des activités, en plus d'avoir la responsabilité de l'organisation pratique du programme de rencontre. Il serait difficile d'imposer à un enseignant peu intéressé à ce type de formation la mise en branle d'un tel projet dans sa classe.

On mentionnait plus haut que, le choix du lieu, implique qu'on connaisse aussi les groupes d'enfants à qui le projet s'adresse. En effet, dans la détermination du lieu d'implantation, l'âge et le niveau académique des enfants ont été pris en ligne de compte. A priori, il ne se trouve probablement pas de contre-indication majeure pour quelque groupe d'âge que ce soit, en autant que le contenu du programme d'activités soit cohérent avec le niveau d'apprentissage des enfants. A St-Michel des Forges, la population en était une de cinquième et sixième année. A cet âge, il nous a semblé que les enfants pouvaient bien profiter du contact avec les personnes âgées. De plus, il nous apparaissait que les 9-11 ans constituaient une population relativement facile d'approche pour les aînés. Quel que soit le groupe d'âge directement impliqué dans l'expérience, il demeure important que toute l'école soit ouverte au projet et en soit acceptante, car l'impact de la venue des personnes âgées aura sûrement des répercussions au delà du cadre-classe spécifique où le "Carrefour des Générations" prendra place à proprement parler.

Reste maintenant à considérer qui seront les personnes âgées participant au projet.

Comme dans le cas de la direction d'école et des enseignants, le principal critère de sélection pour le choix des personnes âgées, sera la motivation personnelle à participer au projet. Toutefois, le choix sera aussi conditionné par les besoins de l'école. Comme la fonction de l'âgé sera de voir assister le professeur dans la réalisation de certaines activités s'insérant dans le cadre pédagogique, il faudra que l'aîné soit en mesure de fournir cette assistance. Comme il le deviendra évident à la lecture de la définition des rôles et de la description des activités, il ne s'agit pas de jouer un rôle de spécialiste, ou de maître en quelque art que ce soit, mais il faut que l'aîné ait un entendement du sujet faisant l'objet de l'activité. C'est pourquoi le choix des participants âgés s'effectue en fait, une fois le programme d'activités déterminé. Cependant, le jeu d'apport mutuel, enseignant et aîné, pourrait déjà être en oeuvre advenant le cas où des personnes âgées intéressées au projet, pourraient faire part de leurs compétences aux enseignants. Le choix des activités peut être suffisamment malléable pour prendre en considération les opportunités concrètes d'une contribution pouvant être valable, sans pour autant, que le programme dévie de sa course et des objectifs pédagogiques visés. Prenons par exemple, le cas où une dame se montrerait vivement intéressée au projet, et qu'une activité de macramé ait été pensée au programme. Cette dame, tout à fait ignorante du macramé pourrait fort bien mettre à profit sa contribution dans une autre activité manuelle pouvant recouper des objectifs pédagogiques semblables comme la pose des boutons, ou l'apprentissage à faire des bordures, par exemple. C'est pourquoi, même si dans le temps, le choix définitif des personnes âgées s'effectue après que le programme d'activités ait été déterminé, il s'avère intéressant d'avoir sensibilisé au préalable, la population d'aînés susceptible d'offrir sa participation. Mais qui est-elle cette population? Et comment la rejoint-on?

Existe-t-il des critères d'âge, devant être pris en considération? Dans l'expérience effectuée à Trois-Rivières, il a semblé suffire de s'adresser à une population d'âgés physiquement autonomes (sans handicap physique majeur dû à l'âge), et de laisser le reste se jouer selon la motivation et l'intérêt apportés. En effet, peu importe que l'aîné ait 60 ou 79 ans; s'il se juge capable de participer au projet, se montre de plus, intéressé à mettre à profit ses expériences et a envie de se retrouver au milieu d'une population d'enfants, il est le bienvenu. En général, les aînés sont "assez vieux", pour utiliser l'expression populaire, pour savoir juger de leurs propres capacités (un droit qui, par ailleurs, ne leur est pas toujours reconnu!). Confrontés à une demande d'offre de participation, les âgés peuvent toutefois, dans un premier temps, avoir tendance à se soustraire sous des prétextes d'incompétence tels: "Je ne connais pas ça, l'école, je n'y suis pas allé bien longtemps, ça a bien changé depuis notre temps, je n'ai rien à leur apprendre!", etc." Il revient à ceux qui font le recrutement et la sélection de discriminer et de savoir lire cette première couche de réticence pour aller toucher la possibilité concrète de collaboration. Cette première étape où on passe outre les craintes initiales greffées à un sentiment d'infériorité et d'incompétence plus imaginaire que réelle constitue en soi, une démarche profitable aux aînés. Cette dimension renforce l'idée que le recrutement réel a avantage à être fait via des contacts individuels plutôt que lors de rencontres en groupe. Les rencontres de groupe constituent un lieu privilégié pour distribuer l'information et faire connaître "L'Ecole: Carrefour des Générations". Toutefois, quand vient le temps du véritable recrutement, on constate l'efficacité du contact personnalité et, paradoxalement, son effet d'entraînement. En effet, une personne âgée décidée à participer à l'expérience vaut par son exemple, et par ce qu'elle ne dit aux autres, bien plus que toutes les paroles explicatives et se voulant convaincantes et rassérénantes, proférées devant un grand groupe.

Une fois, le choix des personnes âgées effectué, il reste à considérer comment vont se répartir les rôles respectifs entre les différents participants.

LES ROLES RESPECTIFS DES PARTICIPANTS

a) La direction d'école

Le directeur ou la directrice est la personne ultimement responsable de la réalisation du projet. Elle est la personne-clé tant en ce qui concerne les objectifs pédagogiques touchés par le projet, que pour les aspects de l'organisation concrète et pratique impliqués dans sa réalisation. Il lui revient ainsi un rôle d'animation pédagogique auprès des professeurs participant à l'expérience en ce qui a trait au choix des secteurs d'activités auxquels se greffera le projet. A la dimension pédagogique s'ajoute celle de l'organisation pratique en vue de la réalisation. Cette organisation va depuis l'aménagement de l'horaire, la prévision des locaux et du matériel requis, l'administration financière à la coordination de tous ces gens, enfants, enseignants et âgés circulant à l'intérieur de la vie scolaire. En somme, il en va du projet comme pour le reste des fonctions qui lui sont dévolues; la direction d'école reste le centre de coordination permettant la réussite d'un projet tel "L'Ecole: Carrefour des Générations".

b) Les enseignants

Les enseignants sont ceux à qui la véritable réalisation du projet revient. Ils y contribuent à tous les niveaux:

- Dans la détermination du programme d'activités: ce sont eux

qui choisissent ultimement les secteurs d'activités scolaires et les activités précises auxquels ils souhaitent voir contribuer les personnes âgées. Ils prévoient les détails d'organisation touchant le quoi et le comment de chacune des activités: le but et les objectifs visés par l'activité, la modalité de réalisation, le temps et le matériel requis. Il leur revient de s'assurer que chacun de ces éléments soit bel et bien en place pour chaque période de rencontre.

- Dans la préparation des aînés et des enfants à la rencontre inter-générationnelle: les personnes âgées ont besoin d'être préparées à l'activité, elles doivent être informées de son contenu, ainsi que des objectifs visés. Cette information leur permet d'apporter au mieux, leur contribution. De même, les enfants peuvent avoir besoin d'être motivés préalablement au projet de façon à ce que le moment venu, ils profitent bien de la présence des aînés et sachent en tirer le maximum de profit.
- Dans la réalisation du programme: une fois que le moment est venu, qu'enfants et aînés sont en classe, le professeur est celui qui met l'activité en marche, en installe le contexte et en assure le bon fonctionnement.
- Dans le retour sur chaque activité et son évaluation: la richesse des rencontres inter-générationnelles sera d'autant assumée et relevée que le professeur saura faire un retour avec les enfants sur l'activité venant de se dérouler. Lors d'un tel retour, il va chercher les réactions des enfants tant

au plan cognitif qu'affectif, permettant à ceux-ci d'intégrer l'expérience venant d'être vécue. Il en recueille les points forts et les points faibles, il note les avantages et désavantages de l'activité déroulée, de même qu'il évalue les aspects pratiques et concrets.

L'enseignant est la personne par qui passera, d'une certaine manière toute la trame du vécu affectif inhérent à l'expérience: c'est lui qui favorisera l'établissement et l'élaboration des liens inter-personnels se tissant entre les enfants et les personnes âgées.

c) Les personnes âgées

La principale fonction des personnes âgées est d'être là, en relation avec les enfants. Le rapport s'établit bien sûr via l'activité qui a été prévue. Cette activité pourra faire appel selon le cas, à un talent ou l'autre, ou à un quelconque aspect de l'expérience personnelle de la personne âgée. Cependant, il importe de noter que l'aîné n'est pas sollicité à titre de spécialiste ou d'enseignant. On lui demande de contribuer au meilleur de ce qu'il peut à la réalisation d'une activité, qui sans son concours, aurait peut-être été plus difficilement réalisable par l'enseignant sans assistance. L'essentiel de ce qu'on lui demande est d'être présent et de communiquer avec l'enfant.

d) Les enfants

En plus d'être directement concernés en étant sujets du projet, et d'en être les participants actifs, on sollicite la contribution des enfants au moment de la préparation de certaines activités: selon le cas, ils

étudieront au préalable, le thème de la rencontre ou encore ils prépareront du matériel nécessaire au soutien de l'activité. De plus, leur contribution est essentielle au niveau de l'évaluation de l'activité: ce sont les enfants qui sauront le mieux dire ce qu'ils ressentent et ce qu'ils dégagent de l'expérience.

LA DETERMINATION DU PROGRAMME D'ACTIVITES

Le premier principe régissant la détermination du programme d'activités est que celui-ci doit s'insérer à l'intérieur des objectifs d'apprentissage inscrits au programme scolaire. On pourra par exemple trouver des activités contribuant à l'accomplissement des apprentissages en sciences humaines, en initiation aux arts et à la musique, en catéchèse, en français oral, etc. Mais en tout temps, on trouvera comme fondement au choix des activités, les objectifs pédagogiques précisés par le Ministère de l'Éducation (1).

Considérant ce principe, chaque enseignant ayant le désir de participer, choisit les matières auxquelles il souhaite que le projet contribue. Le cadre général de l'activité (ou des activités) s'en trouve déterminé. Reste à préciser le moyen exact de réalisation: cela constitue le choix spécifique des activités. On trouvera dans le guide de formation sur l'insertion sociale du 3e âge "L'Ecole: Carrefour des Générations", publié par le Ministère de l'Éducation, une série de fiches d'activités pouvant

1. à ce sujet, cf le guide de formation sur l'insertion sociale du 3e âge "L'Ecole: Carrefour des Générations", p. 29 et suivantes.

servir d'illustration à ce chapitre. Dix-neuf activités y sont répertoriées et décrites en termes des objectifs pédagogiques poursuivis, du temps qu'elle nécessitent, du matériel et du coût approximatif de réalisation, du déroulement de l'activité et d'une évaluation sommaire des avantages et désavantages qu'elle présentent.

En effectuant le choix des activités, un second principe, tout aussi important que le premier doit être pris en considération. En effet, si l'on souhaite que le projet constitue une réelle rencontre inter-générationnelle, les activités choisies devront en être qui favorisent les échanges entre les enfants et les aînés, tout en mettant à profit les connaissances et l'expérience de ces derniers. Dans la mesure où on réussira une heureuse conjonction de la poursuite des objectifs pédagogiques et de la mise à profit de l'expérience des aînés, le projet pourra se déployer avec succès et offrir tous ses fruits.

Université du Québec à Trois-Rivières

REFERENCES

Avant de terminer, signalons que quelques documents susceptibles d'aider à la réalisation du projet "L'Ecole: Carrefour des Générations" sont maintenant disponibles. Il s'agit d'une part, du Guide de formation sur l'insertion sociale du 3ième âge mentionné plus haut dans le texte, de même qu'un documentaire vidéo télévisé réalisé par Radio-Canada dans le cadre de son émission "Reflets d'un pays".

Notre désir serait qu'à la faveur de l'expérience réalisée à l'école St-Michel des Forges, de nouvelles cellules du projet se mettent en œuvre et que, de ce fait, elles soient l'occasion tant humaine que scientifique, de faire avancer la gérontologie au Québec.

EVALUATION PLURI-DIMENSIONNELLE
DU MIEUX-ETRE D'AINES EN INSTITUTION

Par Denise P. Allard

Cette présentation sur les mieux-être d'individus aînés en institution à long terme se veut à la fois de nature exploratoire, prudemment osée pour apporter une démarche d'évaluation de qualité de vie chez des résidents (souvent appelés patients) par le résident et pour le résident à volets à la fois subjectivement objectifs et objectivement subjectifs. L'investigation avait comme leitmotiv la quantification objective de mesures prioritairement qualitatives et subjectives pour les sujets et de rendre toute évaluation pertinente au sens et à l'existence de cette même institution et ses semblables et pour donner une voix au récipiendaire des services.

Dans ce sens par choix le rapprochement sélectionné et à faire a été fixé comme les standards d'évaluation du bureau national d'agrément des hôpitaux, de sorte que le résident puisse y apporter sa cote et son chiffre de vérification comme objet et raison d'être de l'établissement même donc un poids rarement considéré dans l'ensemble décisionnel des ministères de santé ou des affaires sociales. La vérification dresse un inventaire des services et des départements dans l'institution en fonction de critères standardisés provinciaux et fédéraux.

Une tentative de faire un lien entre le secteur de la recherche et le secteur contextuel social qu'est l'institution à long terme pour son client demande un moyen de communication efficace (et qui fasse impact) entre les deux mondes que sont la recherche et l'application pratique.

Ces deux pôles peuvent être souvent en écart et déchotomisés i.e., soit le chercheur professionnel ou l'administrateur dans ses théories documentées et efficaces, soit le praticien vivant le quotidien des réalités socio-médicales pour la personne âgée en perte d'autonomie atteintes de morbidités et diminution de capacités. Sont difficilement rejoignables ou en dialogue le statisticien ou politicien provincial ou fédéral et le patient impliqué et renfermé dans l'hôpital municipal.

B. Wigdor, mai, 1983, Directrice du Programme de Gériatrie à l'Université de Toronto, nous incite tous, quoique soit notre formation académique ou professionnelle à se rallier. Dit-elle:

"Les praticiens doivent pouvoir évaluer les résultats de recherche, utiliser la recherche, mesurer l'efficacité des interventions ou des services et réaliser quelles sont les informations dont ils ont besoin pour devenir plus efficaces". (p. 5)

et d'ajouter:

"Il serait utile aux chercheurs que davantage de praticiens s'orientent vers la recherche car ces derniers poseraient des questions et encourageraient la recherche pertinente aux besoins de la profession". (p. 5)

Pour traiter à la fois de mesures et d'états d'être chez le patient gériatrique, la notion de qualité de vie et/ou mieux-être sert de rubrique d'organisation pour faciliter la communication et souligner les intérêts partagés entre investigateurs et praticiens (George, 1978) tout en présentant une philosophie positive désireuse de maintenir, prévenir et améliorer (Crawford, 1982) les états de vie individuels pour les aînés en institution.

Les besoins, désirs, affinités de l'adulte aîné peuvent être perçus de façon bien imprécise et non-définie par la communauté en général, par les personnes du réseau traitant ainsi que toute autre personne n'ayant pas encore atteint les années de l'âge d'or. (Battistella^{1, 3, 12, 16}). Il s'avérerait donc de toute première considération de permettre et présenter à l'aîné tout au long du continuum du réseau de soins et durant tout stade de planification et de prise de décision à son sujet, ainsi qu'à tout moment d'intervention par des soins un moyen et mécanisme d'émettre régulièrement une appréciation subjective; 1) d'opinions sur l'institution et ses intervenants, 2) d'évaluation de l'établissement; 3) de ses désirs et ses besoins changeants; 4) de son état de bien-être et mieux-être, tous en rapport à son état de vie particulier.

Le rapport du Conseil ontarien sur la santé "Health Care for the Aged" rapporte que:

"La majorité des gens aînés ont le désir et le potentiel de demeurer productifs et contribuant comme membre de la société... Autant que possible les personnes âgées devraient avoir le choix dans la détermination de leurs conditions de vie en vieillissant. Elles devraient avoir l'occasion de planifier leur avenir, avec l'aide d'une orientation appropriée pour les périodes de leur vie où des changements importants peuvent s'imposer". (référence 4)

Les personnes âgées devraient toujours avoir l'occasion de participer aux décisions qui les affectent. "(Ces postulats tiennent soins des personnes âgées à domicile jusqu'aux aînés internés dans nos centres de santé)".

D'ailleurs, toute investigation ou recherche atteignant leur personne et identité requiert une démarche avisée, éclairée et d'une simplicité d'approche pour être accueillie par la majorité. Tout moyen d'évaluer devait être conçu comme dynamique versus statique, changeable plutôt que rigide... sensible à cette communauté préférant l'indépendance le plus longtemps possible. (no 8, op. cit.,... réf. 3, 4)

Lorsque les circonstances de vie rendent l'aîné nécessitant de soins chroniques, dits à long terme, l'appréciation de ce temps de résidence devrait se continuer en accordant des moyens de réévaluer le bien-être du résident indépendamment du pronostic ou diagnostic imposé par l'établissement médical. Le bien-être et la santé continue de ces hospitalisés dépendra d'interrelation et de l'engrenage d'un service gériatrique coordonné et orienté sur l'individu faisant partie toujours intégrale de la société en général et apprécié comme pouvant émettre l'opinion la plus valable à son propre sujet. Le malade démuné en risque de plus grande partie d'autonomie, et à la merci de gens qui le servent, présente un haut niveau de vulnérabilité et demande un porte-parole.

Dans son "Guide pour l'Elaboration d'une Politique Publique pour la Vieillesse", le Comité de Vieillessement du Conseil de bien-être de l'Ontario (octobre 1979) certifie:

"Nous constatons avec inquiétude, que les secteurs privés et public n'ont su ni cerner les besoins des personnes âgées ni se pencher sur la question de l'intégration des personnes âgées à la société en tant que membres actifs et productifs... nous considérons l'individu non pas comme une personne séparée, divorcée des mécanismes sociaux, mais comme une personne faisant partie intégrante et interdépendante de la société en général (...)

Le système (gériatrique) devrait favoriser un milieu qui protège, soutient, prévient et informe, de manière à ce que les citoyens puissent se sensibiliser à la participation, à la coopération sociale et à l'autodétermination, et être en mesure d'agir".

La qualité de soin en institution demandait donc:

1. l'évaluation périodique par le client/patient résident de son état d'être dans ce milieu à l'écart de la société mais bien souvent milieu d'avenir d'un bon nombre de l'extérieur;
2. une revue systématique et continue par toute l'équipe (l'auteur ajoute pluri-disciplinaire), d'intervenants ayant les qualités suivantes: une revue, équitable, juste, sans danger et proportionnel aux habiletés d'y répondre par le sujet (3) et le tout pour le maintien ou l'amélioration du patient;
3. La déontologie d'utilisation de sujets âgés pour fins d'expérimentation, projet de démonstration ou investigation suggère *(Reich, 1978);
 - a) le principe de distribution équitable; il s'agit de déterminer si les résultats peuvent se transposer à d'autres populations semblables pour le bien commun;
 - b) le principe de bienfaisance dit simplement le produit de la recherche apporte un bienfait à l'individu âgé et ses congénères et prévient tout mal ou danger;

- c) le principe de respect de la personne exige que la dignité, l'autonomie et la confidentialité de chaque personne âgée soient protégées et encouragées; dans un contexte d'interprétation publique, la notation ou la gérontification peut répondre à ce besoin d'anonymat;
- d) la capacité de consentement, l'habileté de comprendre les renseignements, et toute absence de contrainte, et ce, dans une attitude de bénévolat, s'insèrent dans un protocole averti pour l'aîné dans un schème expérimental adoptable à la disponibilité et au désir de chacun/chacune;
- e) l'aîné(e) en institution est essentiellement "captif" et rendu conforme à la situation environnementale; il est vulnérable, fragile, hautement indépendant. (GOFFMAN, E. Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. A Doubleday Anchor Original, Doubleday, Garden City, New-York, 1961)

(CITRIN, R.S. et DIXON, D.D. Reality orientation: A center therapy used in an institution for the aged, The Gerontologist, 1977, 17, 39-43)

PROTOCOLE ET SCHEME EXPERIMENTAL

(George, 1978) a résumé:

Les dimensions de la qualité de la vie sous quatre titres: premièrement, les évaluations subjectives dont 1) satisfaction face à

la vie et mesures analogues et 2) estime de soi et mesures s'y rattachant; deuxièmement, les conditions objectives dont 1) mesures de santé et statut fonctionnel, 2) paramètres et valeurs de statut socio-économique (George, 1978, Duke University Center for the study of Aging & Human Development).

Il s'agissait de rencontrer un nombre non déterminé de résidents dans un centre de santé de soins à long terme, et de leur proposer des moyens d'être évalués, en acceptant leur choix comme désir propre.

Sutherland souligna (A.C.G., 17 octobre 1980) que les moyens d'évaluation du patient démontrent des lacunes et déficiences à partir de l'évaluation pour le placement jusqu'au moment et incluant le placement même. La collection d'information demande d'être multi-factorelle, possiblement plus longue et le temps accordé à chaque personne âgée de beaucoup augmentée pour ne pas gêner et même offenser les principes de soins axés pour, par, vers le malade âgé.

DEMARCHE

Une trentaine de résidents du Centre de Santé Elizabeth Bruyère de la ville d'Ottawa ont été l'objet de la démarche suivante:

1. Pendant deux mois consécutifs, les résidents ont reçu la visite amicale et pastorale du chercheur; ils étaient connus par nom et beaucoup de renseignements sur leur dossier médical et pharmaceutique avaient été obtenus;

2. le chercheur était à la fois officiellement:
- a) un bénévole sans rémunération
 - b) un chercheur sans parrainage, ni affiliation politique médicale ou gouvernementale
 - c) une ressource communautaire du Conseil sur le Vieillissement et donc représentant les aînés de la communauté externe
 - d) complètement dégagé d'emploi, de liens ou affiliation avec le centre de santé
 - e) libre de protocole d'après le directeur médical
 - f) un chercheur et praticien avec de l'expérience auprès des gens du troisième âge dans des contextes multiples (à domicile, en résidence, dans les centres d'accueil, les hôpitaux à soins aigus et chroniques)
 - g) préparé d'après l'A.C.C.S. en pastorale de santé.

Bref, le chercheur se rendait représentant du patient ayant à répondre qu'au patient.

3. Après ce temps de connaissance, une entrevue était fixée pour que le résident s'exprime sur les services donnés, ses désirs personnels, son fonctionnement multi-dimensionnel ou bien sa satisfaction face à la vie. Il/elle choisissait son mode d'auto-évaluation.

4. Les outils étaient les suivants:
- a) liste d'évaluation de services cotés de 1 à 5 par gradation de préférence; liste numérotée et préparée par Allard (1982) d'après une adaptation de la classification formelle du Bureau Canadien et Agrément des Hôpitaux pour institutions à long terme

- b) satisfaction face à la vie d'après le Centre on Human Development, Université Notre-Dame, South Bend, Indiana (programme Genesis II, 1981, diocèse d'Ottawa)
- c) le O.A.R.S. évaluation multi-dimensionnelle de l'Université Duke, en Caroline du Nord, le Centre on Aging ans Human Development
- d) une liste de goûts personnels préparée par le chercheur d'après les besoins exprimés par les aînés au Conseil pour le Soutien du Troisième Age de la Municipalité d'Ottawa-Carleton.

Il s'agissait de permettre un choix en toute liberté de répondre à ce qu'ils désiraient. Le but pour eux était de dire le plus clairement possible comment ils se sentaient dans leur vie à cet hôpital. Et comme l'aurait posé R. Kahn (1980), le Mah Shloncha? Hébreu signifiant: "Comment est ton mieux-être?"; vous savez, Comment ça va? globalement (p. 47 "Spiritual Well-Being: A relationship that nurtures".)

Dès les visites amicales initiales la clarté de l'intention d'en venir à eux de s'exprimer, avait été énoncée.

RESUME DES REpondants

(Présentation des tableaux)

Conclusion

Services hautement appréciés selon le rang:

1. de la Pastorale
2. par les médecins
3. le nursing
4. la philosophie de soins de l'institution

5. sessions de physiothérapie, réhabilitation
- Services les moins appréciés ou manquants:
1. connaissance et pratique d'un plan d'urgence
 2. éducation, information pour les patients/résidents

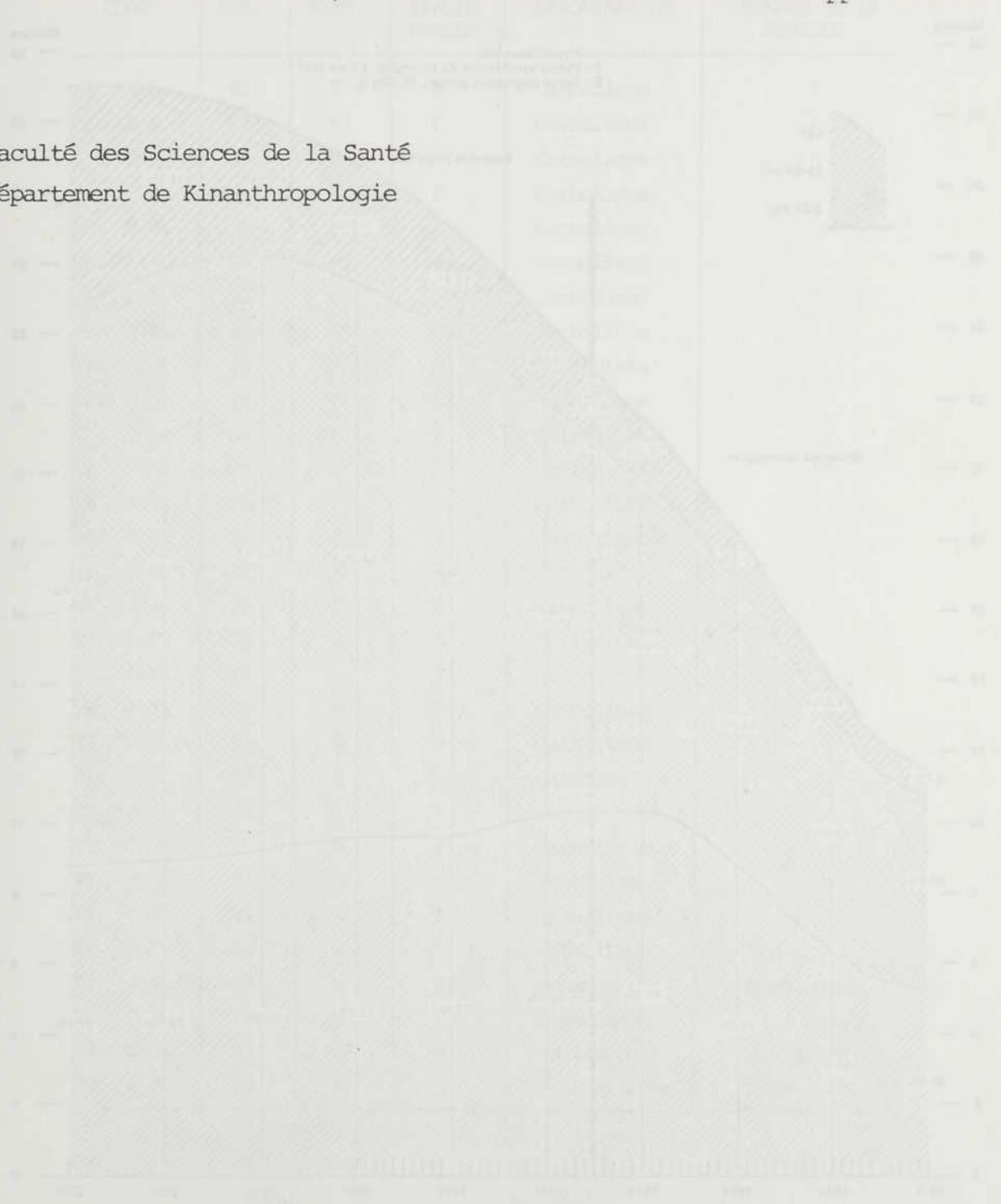
Il devient impératif d'exercer une approche "holistique", multi-dimensionnelle et pluri-disciplinaire à l'évaluation des besoins et de la qualité de vie des aînés en institution; le droit de parole, de parer à la victimisation, de participer à l'élaboration de leur traitement et de demeurer membre actif d'une communauté décisionnelle donneuse de soins... Voilà le défi à rencontrer pour la prochaine décennie et au delà... Le nombre d'âgés en institution augmente; les prévisions indiquent que bon nombre d'institutions offrant des soins prolongés devront s'ouvrir. Le résident aura-t-il un pouvoir verbal passif ou actif pour influencer sa qualité de vie, ainsi que celle de la Communauté entière à l'extérieur des murs de son institution?

Bien que cette recherche fut préliminaire, il faut souligner le fait que 100 % des résidents visités ont demandé une évaluation périodique régulière pour obtenir une estimation de leur état de santé, de leurs besoins, ainsi qu'un droit d'expression sur les services reçus ou absents.

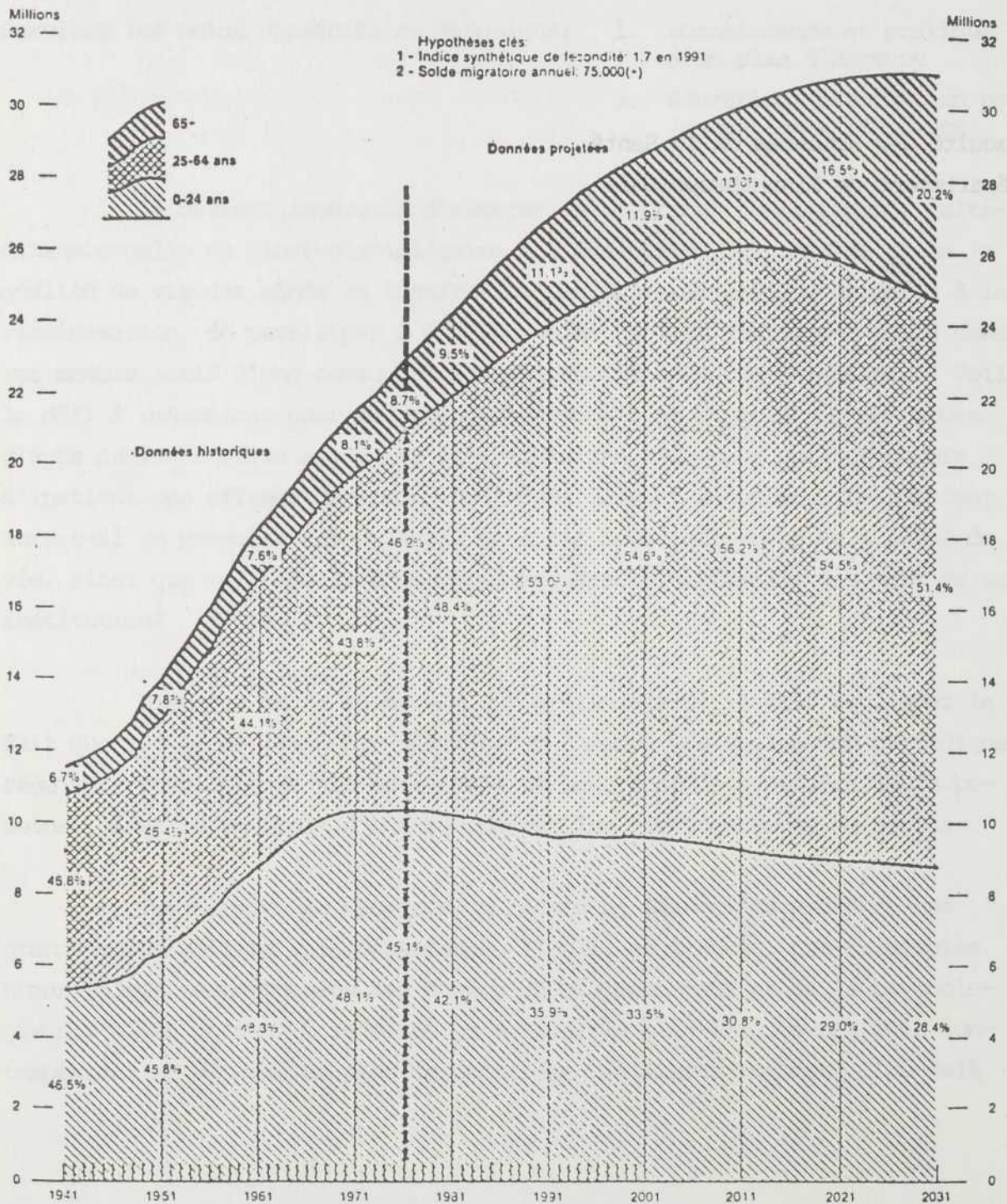
Toute personne éloignée du regard de la société présente une grande vulnérabilité à la dépendance, l'oubli et l'abus. Des stratégies humanitaires respectueuses des stades développementaux et de la psychologie des aînés doivent être mises en action; le bien-être de nos âgés contemporains en dépend, en plus de celui des vieillards nombreux d'au-delà

de l'an 2011 et plus (le résultat de la cohorte vieillissante qui aujourd'hui se situe entre 37 à 17 ans). Bien vieillir demande un sens d'appartenance.

Faculté des Sciences de la Santé
Département de Kinanthropologie



Population totale et distribution en pourcentage pendant les années de recensement, selon certains groupes d'âge, 1941 à 1976, et projections jusqu'en 2031



Source: Statistique Canada - Hôpitaux Horizon 2031, 1979

CODE	AGE	SEXE	LANGUE PARLEE	DENOMINATION	MEMBRE DE LA FAMILLE
1. J.P.	61	F	F	Catholique	*
2. H.S.	87	F	F	Catholique	
3. M.D.	89	F	F	Catholique	*
4. G.C.	79	F	F	Catholique	
5. C.T.	72	F	F	Catholique	
6. Y.W.	65	F	F	Catholique	
7. E.R.	91	F	F	Catholique	*
8. E.W.	82	F	A	Catholique	
9. A.B.	88	F	A	Méthodiste	
10. D.G.	81	F	A	Catholique	
11. D.L.	84	F	F	Catholique	
12. M.D.	78	F	A	Eglise Unie	**
13. A.V.	76	F	F	Catholique	
14. S.G.	70	F	F	Catholique	
15. N.L.	78	F	A	Catholique	
16. I.B.	89	F	A	Catholique	
17. H.F.	73	M	A	Eglise Unie	
18. D.B.	61	M	F	Catholique	
19. L.T.	73	M	F	Catholique	
20. J.G.	51	M	F	Catholique	
21. R.B.	77	M	F	Catholique	
22. R.C.	68	M	F	aucune (C.R.)	
23. L.S.	75	M	F	Catholique	
24. W.B.	74	M	A*	Luthérien	
25. C.W.	76	M	A	Catholique	
26. P.C.	84	M	F	Catholique	
27. I.B.	77	M	A*	aucune	Traducteur
28. R.B.	73	M	F	Catholique	
29. E.J.	92	F	A	Anglicane	Incomplet
30. J.W.	78	M	A	Unitairienne	Temporaire

HOMMES

13

FEMMES

17

TOTAL

30 (Ss)

POPULATION TOTALE

101

CAPABLES DE REpondre

45

POURCENTAGE OBTENU

66 %; 38 % ♀; 28 % ♂

AUGMENTATION SELON L'AGE DE LA POPULATION AGEE
DE L'ONTARIO ET DE LA MROC
ENTRE 1981 ET 1991

Groupe d'âge	1981 - 1986 % d'augmentation		1986 - 1991 % d'augmentation		1981 - 1991 % d'augmentation	
	Ontario	MROC	Ontario	MROC	Ontario	MROC
65 à 69 ans	8	17	22	20	32	41
70 à 74 ans	15	30	9	17	25	52
75 à 79 ans	16	26	16	29	35	64
80 à 84 ans	18	15	17	26	38	46
85 ans et plus	23	25	21	19	49	49
TOTAL, 65 ans et plus	14	22	16	21	33	49

PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES
PAR GROUPE D'AGE DANS LA MROC*,
EN ONTARIO* ET AU CANADA**
POUR 1981, 1985 ET 1991

Année et lieu Groupe d'âge	1981			1986			1991		
	Can. (%)	Ont. (%)	MROC (%)	Can. (%)	Ont. (%)	MROC (%)	Can. (%)	Ont. (%)	MROC (%)
0 à 14 ans	23	22	20	22	20	20	22	19	19
15 à 44 ans	49	48	51	49	49	50	48	48	48
45 à 64 ans	19	20	20	19	20	20	19	21	21
65 ans et plus	9	10	9	10	11	10	11	12	12
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100

* Source: Projections démographiques Teiga (Supposition: fertilité basse)

** Source: Hôpitaux: Horizon 2031, Lefebvre, L.A., Zsigmond, Z., Devereaux, M.S.; Statistique Canada, novembre 1979

AUGMENTATION DE LA POPULATION AGEES DE LA MROC SELON L'AGE ET LE SEXE

AUGMENTATION DE LA POPULATION AGÉE DE LA MROC
 SELON L'ÂGE ET LE SEXE
 POUR LES ANNÉES
 1981 - 1986; 1986 - 1991; 1981 - 1991

Groupe d'âge	Augmentation entre 1981 et 1986			Augmentation entre 1986 et 1991			Augmentation entre 1981 et 1991		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %
65 à 69	1639 20	1536 15	3175 17	1832 19	2424 21	4256 20	3471 43	3960 39	7431 41
70 à 74	1775 34	1974 26	3749 30	1404 20	1435 15	2839 17	3179 61	3409 46	6588 52
75 à 79	1067 35	1152 21	2219 26	1394 34	1742 27	3136 29	2461 81	2894 54	5355 64
80 à 84	395 22	469 12	864 15	754 35	936 22	1690 26	1149 65	1405 37	2554 46
85 et plus	315 26	758 24	1073 25	363 24	689 18	1052 19	678 60	1447 46	2125 49
Total, population 65 ans et plus	5191 27	5889 20	11080 22	5747 23	7226 20	12973 21	10938 57	13115 44	24053 49
Total, population MROC	- -	- -	28860 5	- -	- -	22490 4	- -	- -	51350 9

EVALUATION SUBJECTIVE PAR LES RESIDENTSREGROUPEE PAR CATEGORIES

- PEURS:
- se sentir isolé(e)
 - de mourir seul(e)
 - de tomber seul(e)
 - quand je perds des bouts (mémoire); "avant j'étais "saveuse""
 - jamais retourner chez moi
 - les miens ne m'aiment plus
 - que ma femme tombe malade
 - mes enfants ont "pu" d'argent pour me garder ici

BESOINS:

- Sécurité:
- manque d'un plan d'urgence*
 - faire des appels au téléphone de temps en temps
 - que ça coûte nos dernières économies ici
 - des barres dans les cabinets de toilette
 - ma montre (pour conscience du temps)
 - une chambre privée
 - de la compagnie...
 - ne me comprennent pas (langue étrangère)

- Spirituel:
- que le Bon Dieu soit toujours avec moi
 - si quelqu'un était mal je l'aiderais
 - "pas priarde"; j'aime mieux manger
 - rêve beaucoup, les bons souvenirs du passé
 - mourir ici comme mon frère déjà
 - dire le chapelet tous les jours

- le prêtre pourrait être plus à l'écoute et aussi dire de belles prières
- depuis ma maladie, je ne crois plus en Dieu; mes amis ne viennent plus

le personnel:

- qu'ils soient plus de bonne humeur
- la garde est rude et grossière au coucher
- doute(s) sur le recyclage (formation/éducation)
- qu'ils répondent vite à la cloche
- cette garde est toujours brusque

liens:

- sortir pour visiter, des sorties
- mes garçons ne doivent pas m'aimer
- s'ennuyer et pleurer la nuit pour les siens
- être chez moi avec ma famille, frères et soeurs
- époux et fille décédés l'an passé; angoissée
- aucune conversation avec personne dans cette chambre
- époux ne peut pas venir assez souvent
- les enfants n'aiment pas venir
- besoins de vacances et de sorties
- les bénévoles sont trop variés et certaines journées il n'y en a pas
- mieux préparer les bénévoles (discrétion)
- j'aimerais flatter mes chats

satisfaction:

- m'ont soin comme une reine
- j'ai tout ce qu'il me faut

- quitter cette place
- m'en aller chez nous
- pas de choix de programmes à la T.V.
- besoin d'amusements pour soi-même et de sexe

- physique:
- apprendre à danser avant de mourir
 - abus physique par une garde
 - besoin d'une chambre privée
 - besoin d'air frais
 - besoin de sexe, de se masturber
 - contacts chaleureux, la chaleur de la personne autour de moi
 - refus d'aller en physiothérapie (n'accepte pas son incapacité)

- psychologique:
- suis-je sénile
 - le temps passe et est gâté ici
 - la voisine est toujours déprimée et parle tout haut
 - je ne comprends pas ma maladie
 - trop de temps à penser et pouvoir rien désirer
 - décider moi-même
 - m'ennuyer à mourir
 - peur d'être plus malade

- nourriture:
- avoir des épices comme chez nous
 - pas de choix là
 - pas de nourriture hongroise, polonaise

ALLA/'82, '83

Evaluation Subjective des Services

Subjective Assessment of Services

Confidential and anonymous

Confidentiel et anonyme

	1	2	3	4	5*
A-C <u>General:</u>					
A. Governing body and management					
B. File maintenance and personal information					
C. Fundamental philosophy of institution					
D. <u>Direct Care Services</u>					
D-1 Organization of Services					
D-2 Activities and Recreation					
D-3.1 Medical Services					
D-3.2 Dental Services					
D-4 Nursing Services					
D-5 Pastoral Services (minister, priest, lay person)					
D-6 Social Work Services					
D-7 Therapeutic Services (physio; rehab.; etc)					
D-8 Resident Education (courses, information, seminars for patient)					
D-9 Volunteers, women's auxiliary					

UNABLE TO COMMENT/NE CONNAIS PAS

A-C <u>Général:</u>
A. La Direction et gestionnaires
B. Tenue des dossiers et de l'information personnelle
C. Philosophie de Base de l'institution
D. <u>Soins immédiats/directs</u>
D-1 Organisation des Services
D-2 Activités et Récréation
D-3.1 Services Médicaux
D-3.2 Services Dentaires
D-4 Nursing
D-5 Pastorale (prêtre, ministres, laics)
D-6 Services sociaux
D-7 Services thérapeutiques (physio; réhab.; etc)
D-8 Education des Résidents (information cours pour patients)
D-9 Bénévoles, femmes auxiliaires

(N.B. MAY NOT BE USED WITHOUT WRITTEN PERMISSION AND CREDIT TO THE AUTHOR)

		1	2	3	4	5		
E.	<u>Support Services</u>						E.	<u>Services de Soutien</u>
E-1	Medical files, admission, records						E-1	Dossiers médicaux, admission, formulaire
E-2	Nutrition, dietetic services						E-2	Nutrition, diététique
E-3	Environmental control and services						E-3	Maintien de l'environnement
E-4	Disaster plans (drills, knowledge)						E-4	Le plan d'urgence (connaissance pratique)
E-5	Maintenance of environment						E-5	Entretien physique des lieux
E-6	Laboratory Services						E-6	Services en laboratoires
E-7	Pharmacy						E-7	La pharmacie
E-8	Radiology						E-8	Radiologie (Rayons X)
E-9.1	Library Services						E-9.1	Bibliothèque
E-9.2	On-going training of personnel						E-9.2	Education continue du personnel

UNABLE TO COMMENT/NE CONNAIS PAS

COMMENTS

COMMENTAIRES

To make me personally more comfortable/happier in this institution:

Personnellement pour me rendre plus à l'aise et heureux(se) dans cette institution:

I wish

Je désire

I want

Je veux

I need

J'ai besoin

BIBLIOGRAPHIE

1. BATTISTELLA, R. et DE MINGS, B. Needs of Elderly People Living in Homes for the Aged: from their point of view and from the point of view of young adult, Université d'Ottawa, Faculté de Psychologie, Ottawa, Ontario, (1978).
2. CITRIN, R.S. et DIXON, D.D. Reality Orientation: A Center Therapy Used in an Institution for the Aged, The Gerontologist, 17 (1), p. 39-43, (1977).
3. COMITE DU VIEILLISSEMENT, Conseil du Bien-être de l'Ontario, Exposé de Principe: Guide pour l'Elaboration d'une Politique Publique pour la Vieillesse, Toronto, (octobre 1979).
4. CONSEIL DE LA SANTE, Province de l'Ontario, Twelve Gerontological Principles, Appendice B, Health Care for the Aged, (février 1979).
5. CONSEIL POUR LE SOUTIEN DU TROISIEME AGE, Healthy Aging: A community responsibility, Ottawa, Ontario, (février 1983).
6. CRAWFORD, L. Première Conférence provinciale de l'Association de Gériatrie de l'Ontario, Communication (Secrétariat des Aînés), Toronto, Ontario, (octobre 1982).
7. DONOHUE, W.T. What about our responsibility Toward the Abandoned Elderly? Donald P. Kent Award Lecture, The Gerontologist, 18 (2), p. 102-111, (1978).
8. GARTNER, A. et RIESSMAN, F. Self-Help in the Human Services, Jossey-Bass, Washington, (1977).
9. GEORGE, L. et BEARON, L. Quality of Life in Older Persons: Meaning and Measurement, New-York, Human Sciences Press, Inc., (1980).

10. GOFFMAN, E. *Asylums*, New-York, Doubleday, (1961).
11. KAHN, R.I. *Spiritual Well-Being: A Relationship that Nurtures*, 30-50, dans Thorson, J.A. et Cook, T.C., (eds), *Spiritual Well-Being of the Elderly*, Charles, C. Thomas, (springfield 1980).
12. KASTENBAUM, R. *Essay: Gerontology's Search for Understanding*, The Gerontologist, 18 (1), p. 59-63, (1978).
13. MADDOX, G.L. *Assessment and Evaluation Strategies in Aging: People Populations and Programs*, Asheville, N.C., The Duke University Centre for the Study of Aging and Human Development, Durham, N.C., (1978).
14. REICH, W.T. *Ethical Issues Related to Research Involving Elderly Subjects*, The Gerontologist, 18 (4), p. 326-337, (1978).
15. SCHOOL of Lay Ministries, Diocèse d'Ottawa, *Life Satisfaction, Genesis II* (Université Notre-Dame, Indiana), (1981-82).
16. SUTHERLAND, R.W. *Deficiencies in Patient Assessment*, Association Canadienne en Gérontologie, Assemblée scientifique et éducative annuelle, Saskatoon, Saskatchewan, (octobre 17, 1980).
17. SUTHERLAND, R.W. *Identification of Assets of the Elderly*, Association Canadienne en Gérontologie, Assemblée scientifique et éducative annuelle, Winnipeg, Manitoba, p. 5-7, (novembre 1982).
18. SUTHERLAND, R.W. *Risk Factors and their Identification in the Elderly*, Société de Médecine Prospective, Québec, Québec, (23 octobre 1983).

19. TROPMAN, J.E. et MCCLURE, J.K. Values Dualism and Social Policy Affecting the Elderly, Policy Studies Journal, 9 (4), Spécial # 2, p. 604-613, (1981-82).
20. UNIVERSITE DUKE, Multidimensional Functional Assessment: The O.A.R.S. Methodology, The Centre for the Study of Aging and Human Development, Durham, N.C. (1978).
21. WIGDOR, B.T. Research Aids Practitioners - Encourager les Occasions d'Echanges, O.A.P.S.W. Newsmagazine, (Avril-Mai 1983).

PROGRAMME DE PREPARATION A L'HEBERGEMENT
POUR LA PERSONNE AGEE ET SA PERSONNE SIGNIFICATIVE
A L'ADMISSION EN CENTRE D'ACCUEIL,
UNE DEMARCHE SYSTEMATIQUE

Par Mireille Ducros-Gagné

La baisse du taux de natalité ainsi que les recherches dans des domaines tels que la biologie, la biochimie, la médecine, la sociologie et plus récemment de la gérontologie ont contribué à l'accroissement accéléré du nombre de personnes âgées. Au Canada, la population était de 1,7 millions en 1971 et l'on estime qu'elle atteindra 3 300 000 en l'an 2001. Au Québec, selon les statistiques du Ministère des Affaires Sociales (1980) (1) le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans passera de 7,7 % en 1976 à 11,7 % en 2001.

Il existe déjà au Québec une grande variété de services qui tentent de répondre en partie ou en totalité aux besoins des vieillards selon leurs conditions de vie et leur état de santé: services de lignes téléphoniques, centres de jour, services de maintien à domicile, services de soins à domicile. Tout est mis en oeuvre pour faciliter l'autonomie des personnes âgées qui peuvent rester dans leur habitation. Il n'en demeure pas moins que le moment survient où un certain nombre de vieillards ne peuvent plus, pour toutes sortes de considérations, rester seuls chez eux.

1. Secrétariat général, Développement social M.A.S., Pour mieux répondre aux besoins de nos aînés, 1980.

Le Ministère des Affaires Sociales a prévu à cet effet les centres d'accueil et d'hébergement où sont admis ce qu'il est convenu d'appeler les personnes âgées dont l'autonomie est partiellement ou totalement réduite par rapport aux activités de la vie quotidienne. Pour fin de classification, ces personnes sont catégorisées dans le réseau comme étant des "A3-A4".

Il convient de définir, ici, qui l'on regroupe dans ces catégories puisqu'elles feront l'objet de ma présentation. Les "A3" sont les personnes âgées dont l'état physique, psychique et social est relativement détérioré réduisant considérablement leur autonomie dans la satisfaction de leurs besoins essentiels. Ces personnes requièrent donc hébergement, protection, aide physique et psycho-sociale et surveillance médicale périodique.

Quant aux "A4", ce sont des personnes âgées dont l'état bio-psycho-social est détérioré de telle façon qu'elles sont complètement dépendantes quant à la satisfaction de leurs besoins essentiels. En plus de l'hébergement et de la protection dont il est fait mention ci-haut, ces personnes âgées nécessitent une surveillance médicale régulière et des soins quotidiens.

Bien que la structure organisationnelle du réseau du Ministère des Affaires Sociales ait prévu de nombreux services pour palier la dépendance des vieillards et planifier avec soin l'hébergement, il reste qu'il n'existe pas à ma connaissance de service qui soit dévolu spécifiquement au support aux personnes âgées et à leur personne significative au moment de l'admission en centre d'accueil.

Pourtant, nous savons que pendant cette période, les personnes âgées se sachant dépendantes et craignant d'être une charge pour leur famille, doivent décider "d'être placées". De leur côté, les personnes significatives mettent tout en oeuvre pour aider "leurs vieux" et peuvent se culpabiliser de leur désir de les faire héberger.

Cette situation génère la plupart du temps une tension importante chez les individus et risque de perturber de façon significative la dynamique familiale. Certains auteurs qualifient même cette période difficile qui entoure l'admission au centre d'accueil de situation de crise.

C'est sur cette problématique toute particulière que j'ai fixé mon attention, consacré mon étude et dont j'aimerais vous entretenir.

Problématique

Une étude de Krauss (1976) (2) trace un profil de la personne âgée qui demande l'hébergement. Les principales raisons qui incitent cette dernière ou sa famille à avoir recours aux services d'un centre d'accueil ont été identifiées comme suit: l'âge avancé, l'isolement, le statut économiquement faible, l'incapacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, la confusion, l'état de santé précaire et la surcharge pour les autres membres de la famille.

2. A.S. Krauss et al., "Elderly Applicants to Long-Term Care Institutions. I their Characteristics, Health Problems and State of Mind" in Journal of the American Geriatrics Society, vol. XXIV, n^o 3, 1976.

L'observation clinique systématique lors de visites à domicile chez des personnes âgées devant se faire admettre dans deux centres d'accueil montréalais m'a permis de corroborer ces faits et de noter un stress important chez les personnes âgées et chez leurs proches. Ce stress semble être généré par l'état de la personne âgée d'une part et par la perspective de l'hébergement d'autre part. Ces visites me laissaient entrevoir une immense tristesse chez les personnes âgées, tristesse intimement reliée à un sentiment d'impuissance devant l'issue de leur admission au centre d'accueil. Souvent cette décision n'est pas vraiment la leur, elle leur a été dictée par leurs proches qui se sentent surchargés ou par le médecin qui les confronte avec leur état de dépendance. Quelquefois, c'est le service de maintien à domicile qui leur suggère le placement n'ayant pas assez de personnel pour offrir tout le support nécessaire.

Il arrive même, occasionnellement, que les proches de la personne âgée et les services sociaux et de santé aient décidé seuls de l'opportunité du placement et fassent seuls les démarches pour l'admission. Dans ce cas, la personne âgée ayant été complètement écartée du processus décisionnel se sent abandonnée, rejetée par les siens et réagit fort mal à l'admission. Selon ses traits de personnalité, elle développera soit de l'agressivité face aux siens et au personnel du centre d'accueil soit un retrait qui risque d'engendrer la dépression. Même dans le cas où elle a été bien préparée, la personne âgée craint de ne pouvoir s'intégrer aux résidents du centre. Elle désire plaire et être acceptée du personnel soignant et administratif et hésite à communiquer ses besoins et ses attentes.

La personne âgée se retrouve donc dans un état d'anxiété intense et a très peur. Même si les relations avec le milieu sont chaleureuses et

que l'adulte âgé reconnaît de façon pratique qu'il est nécessaire de procéder à l'hébergement, il n'en demeure pas moins qu'il se sent psychologiquement abandonné. Il en résulte que ses proches peuvent éprouver des sentiments de culpabilité, de honte et d'ambivalence. Sentiments accompagnés d'un désir conscient ou inconscient d'être soulagé du fardeau qu'occasionne le soin prolongé de la personne âgée.

Kennedy et Acland (1976) (3) démontrent que les perceptions des personnes âgées et de leurs familles face à l'admission dans un centre gériatrique demeurent, encore de nos jours très négatives. La personne âgée qui doit se faire admettre en centre d'accueil entreprend une trajectoire de mort, elle ne croit pas à sa survie et les siens y croient encore moins.

Un phénomène culturel nord-américain s'ajoute à cette situation: il existe encore une forte pression sociale en ce qui a trait aux soins à donner "à ses vieux". Il est considéré comme "normal" de garder ses parents âgés chez soi et de s'en occuper. En outre, il arrive souvent que les enfants-adultes ne s'entendent pas entre eux sur le type d'aide à apporter à leur personne âgée.

Au moment où les personnes significatives se trouvent confrontés avec la décision de faire héberger leur personne âgée, elles anticipent leur propre vieillissement et ressentent un sentiment d'ultime séparation.

3. R.D. Kennedy, S.M.S. Acland, "Attitudes of the Elderly and their Relatives to Geriatric Admission" in Health Bulletin, November 1976.

C'est alors que toutes les personnes concernées se communiquent, de façon souvent diffuse, tous ces sentiments et la détresse des uns augmente celle des autres.

L'observation clinique m'a permis de noter que, dans plusieurs cas, on assiste à un phénomène de surprotection et d'infantilisation dans les semaines et les jours qui précèdent l'admission de la personne âgée au centre d'accueil. En effet, ce sentiment de culpabilité dont on a traité précédemment amène souvent les personnes significatives à "gâter" leur personne âgée une "dernière fois", à éviter de leur parler de l'hébergement. Cette attitude contribue à augmenter la dépendance de la personne âgée et l'empêche de faire une démarche intérieure qui favoriserait une meilleure intégration au centre d'accueil. En effet, on remarque que la personne âgée qui conserve une perception réaliste de la situation semble affronter l'admission avec plus de facilité.

De plus, le sentiment d'isolement et d'abandon s'avère moins marqué chez le vieillard qui conserve de bons contacts avec le monde extérieur à l'institution. L'on peut supposer que chez cette personne, le degré de satisfaction de vie, sera accru.

Rodstein, Stavitsky et Starkman (1976) (4) ont étudié le processus d'adaptation dans un centre gériatrique pour soins prolongés New-Yorkais. Ils ont trouvé que le degré d'adaptation était directement relié à deux

4. Manuel Rodstein, Elias Savitsky, Rosalind Starkman, "Initial Adjustment to a Long-Term Care Institution: Medical and Behavioral Aspects" in Journal of the American Geriatrics Society, vol. XXIII, n°2, 1976.

points précis; l'un étant au pôle positif et l'autre au pôle négatif. Ce sont: la capacité d'établir des relations interpersonnelles valorisantes et les attitudes ambivalentes face à l'admission.

Des entrevues effectuées auprès du personnel oeuvrant directement auprès des personnes âgées en centre d'accueil confirment ma perception intuitive que le degré de tension chez les personnes âgées qui arrivent au centre est tellement important qu'il amenuit leur tolérance au changement et favorise même parfois l'installation d'une confusion transitoire qui dure en moyenne 4 à 6 semaines et qui s'installe de façon définitive chez quelques personnes.

Ces entrevues révèlent aussi que trop souvent les personnes significatives craignent de contrecarrer cette confusion et refusent de resituer leur personne âgée dans la réalité préférant lui permettre d'oublier la situation dans laquelle elle se trouve.

Une fois admise, la personne âgée est profondément dérangée dans ses habitudes de vie. Pour elle, tout est nouveau: les lieux, les horaires, les visages. Elle est désorientée et attache beaucoup d'importance aux détails: ses objets personnels doivent toujours être placés au même endroit. Ils deviennent un point de repère. Souvent, elle s'ennuie. La prise des médicaments, les repas, la toilette rompent la monotonie de la journée et elle les attend avec impatience.

Si la personne âgée s'attache à tant de détails, c'est qu'elle n'a plus de rôle à jouer. Elle se sent exclue de la communauté et n'est pas intégrée au centre. Elle souhaite ardemment des contacts avec les siens et espère leur visite. Cependant, elle attend qu'ils fassent le

premier pas. Elle les sait occupés et craint de les déranger. De leur côté, les personnes significatives hésitent à discuter de leurs préoccupations avec leurs aînés, elles évitent de leur parler de la communauté ou de leur maison pensant qu'elles favoriseront ainsi le sentiment d'isolement. Elles ne savent comment réagir aux manifestations de tristesse, d'agressivité ou de confusion de leur personne âgée. Les visites deviennent une corvée et procurent peu de satisfaction. Il arrive même que les personnes significatives croient leur présence inutile si leur personne âgée est confuse.

Brody (1977) (5) prétend qu'il est primordial, lors de l'admission en centre d'accueil, de maintenir des liens très étroits entre la personne âgée et ses proches afin de dissiper les méfaits de l'hébergement.

Dauphin (1980) (6), à la suite d'une étude effectuée dans un centre hospitalier pour soins prolongés québécois auprès des conjoints des personnes âgées hospitalisées, recommande que des recherches se poursuivent dans le domaine de la relation famille-personne âgée afin de permettre à cette dernière de conserver des liens étroits avec les siens et la société en général. Elle croit que la famille peut aider à dissiper la confusion et à contrecarrer le désengagement qui s'installe souvent chez le nouvel admis en institution.

5. Elaine Brody, Long-Term Care of Older People, a Pratical Guide Human Sciences Press, New-York/London, 1977.

6. Lucie Dauphin, Etude des effets d'un programme d'enseignement aux conjoints des malades chroniques âgés hospitalisés, Mémoire de maîtrise non publié, Université de Montréal, 1980, p.67.

La recension des écrits, l'observation clinique et les entrevues effectuées auprès du personnel soignant convergent vers un même point. Les éléments qui constituent la problématique de l'admission de la personne âgée en centre d'accueil peuvent tous être générateurs de situation critique et perturber les relations familles-personnes âgées de façon importante.

Caplan cité par Aguilera (1976) (7) définit une situation de crise ainsi:

Etat de perturbation de l'équilibre émotif durant habituellement quatre à six semaines et se terminant soit par un retour à l'état d'équilibre soit par une détérioration permanente de l'équilibre.

Me basant sur cette définition d'une part et sur mes observations cliniques d'autre part, j'ai posé comme préalable à mon étude que la personne âgée et sa personne significative traversent une situation de crise durant la phase d'admission au centre d'accueil. Croyant, comme Aguilera (1976) (8), que l'issue d'une telle situation est fonction du genre d'interaction qui survient pendant cette période, entre l'individu et les personnes clés dans son milieu émotif, j'ai élaboré un programme de soutien aux personnes âgées et à leur personne significative. Les effets escomptés du programme étaient la diminution de l'anxiété situationnelle chez la personne âgée, le resserrement des liens entre la personne âgée et sa personne significative durant la phase d'admission et la facilitation de l'intégration de la personne âgée au centre d'accueil.

7. Donna C. Aguilera, Janice M. Messick, Intervention en situation de crise, The C.V. Mosby Company, Saint Louis/Toronto, 1976, p.7.

8. Donna C. Aguilera et Janice Messick, Intervention en situation de crise, théorie et méthodologie, The C.V. Mosby Company Saint Louis/Toronto, 1976, traduction française, pp. 18-21.

Forte de ces considérations et intuitivement convaincue par mes observations cliniques que l'état de crise s'installe avant l'admission, lors de la détérioration de l'état de santé de la personne âgée qui déclenche le processus décisionnel menant à l'hébergement. Afin de planifier mes interventions je me suis référée au modèle d'intervention en situation de crise proposé par Aguilera et Messick (1976) (9) qui m'apparaissait adéquat pour fournir le soutien situationnel requis par les sujets de mon étude. J'ai aussi tenu compte de certains aspects de la structure familiale et de son fonctionnement en m'inspirant notamment de Robischon et Smith (1977) (10), Minuchin (1979) (11), Chagaya (1971) (12), Dauphin (1980) (13), York et Calsyn (1977) (14), Fox et Lithwick (1977) (15), Brody (1974) (16), Dye et Richards (17) et enfin Brody (1977) (18).

-
9. Donna C. Aguilera et Janice Messick, Intervention en situation de crise, théorie et méthodologie, The C.V. Mosby Company Saint Louis/Toronto, 1976, traduction française, pp. 18-21.
 10. P. Robischon, J. Smith, "Family Assessment" in Current Practice in Family Centered Community Nursing, Reinhardt et Quinn, St-Louis, Mosby, 1977, pp. 85-100.
 11. Salvador Minuchin, Familles en thérapies, Montréal, ed. France-Amérique, 1979, pp. 62-76.
 12. Leopoldo Chagaya "Dynamique familiale normale et pathologique" in Interpretation, vol. 4, 1971, pp. 7-19.
 13. Lucie Dauphin, Etude des effets d'un programme d'enseignement aux conjoints de malades chroniques âgés hospitalisés, op. cit.
 14. Jonathan L. York et Robert J. Calsyn, "Family Involvement and Nursing Homes", Gerontologist, vol. 17, n^o 6, 1977, pp. 500-505.
 15. Michelle Fox and Maxime Lithwick, Groupwork with Adult Children of Confused Institutionalized Patients, paper presented at the Sixth Annual Gerontology, Montreal, October, 1977.

Le lecteur retrouvera, ci-après, un résumé des notions sur la structure et le fonctionnement familial qui m'ont inspirée ainsi que l'explication du modèle d'intervention en situation de crise d'Aguilera et Messick (19).

LE CADRE THEORIQUE

La famille et la personne âgée

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le fonctionnement et la structure de la famille et certains ont fait des rapprochements entre ceux-ci et les événements critiques de la vie.

Le terme "famille" est utilisé, ici, pour désigner aussi bien la forme traditionnelle de famille: père, mère, enfants que les nouvelles formes de familles: mono-parentales, élargies ou communautaires ou encore tout groupe à l'intérieur duquel les individus sont intimement liés.

-
16. Elaine Brody and Contributors, A Social Work Guide for Long-Term Care Facilities, Washington: DHEW Publication No (HSM) 73-9106, U.S., G.P.O., 1974, pp. 11-26.
 17. Carol, J. Dye and Cheryl, C. Richards, "Facilitating the Transition to Nursing Homes" in Non-Traditional Forms of Therapy, pp. 101-115.
 18. Elaine Brody, Long-Term Care of Older People, a Practical Guide, Human Sciences Press, New-York/London, 1977, pp. 115-120.
 19. Donna C. Aguilera et Janice Messick, op. cit. p. 15.

Robischon et Smith (1977) décrivent la famille ainsi: il s'agit d'un système ouvert sur un environnement précis avec lequel il interagit, duquel il s'alimente et auquel il contribue. L'analyse de la famille en tant que système doit reposer, comme pour tout système, sur cinq principales considérations: 1^o sa performance; 2^o son environnement; 3^o ses ressources; 4^o ses sous-systèmes et 5^o son organisation.

Robischon et Smith suggèrent un approche éclectique qui recherchera entre autres les forces de la famille plutôt que de s'attarder à ses difficultés. Ces forces sont définies comme étant des facteurs qui contribuent à l'unité familiale et à sa solidarité et qui favorisent le développement optimal des capacités. Les critères à utiliser pour inventorier ces forces sont classifiées dans des catégories interreliées. Parmi ceux-ci, on retrouve notamment: les besoins physiques, affectifs et spirituels de la famille. La communication, le support, la sécurité et l'encouragement donnés aux membres par la famille.

Le respect mutuel des personnalités de chacun ainsi que la capacité de puiser de l'aide chez ses membres ou d'accepter de se faire aider par d'autres s'ajoutent à la liste des catégories mentionnées.

Robischon et Smith soulignent de plus, l'importance de la souplesse dans les rôles familiaux, l'acceptation de relations enrichissantes à l'intérieur comme à l'extérieur de la famille et l'unité familiale, c'est-à-dire, la loyauté et la coopération entre les membres.

Enfin, les auteurs insistent sur la capacité de surmonter une crise et de la développer en un élément de croissance.

Minuchin (1979) prétend qu'une famille doit pouvoir s'adapter aux changements de circonstances afin de maintenir sa continuité et favoriser la croissance psycho-sociale de ses membres.

Selon Chagaya (1971), la dynamique familiale est une composante importante pour chacun de ses membres. C'est à travers elle que chacun peut se développer et être assuré de ne pas être isolé. Chacun des êtres qui compose une famille compte sur l'appui de l'ensemble du groupe.

Cette dynamique familiale est un mélange de sentiments, de comportements et d'attentes des uns vis-à-vis des autres. Lorsqu'une situation de crise survient dans une famille "normale", le problème est envisagé en groupe et chaque membre doit accepter de changer de rôle si nécessaire ou de cumuler des rôles pour faire face à une situation donnée.

Chacun connaît les forces et les faiblesses d'autrui et ne cherche pas à les exploiter. Un des indices importants de l'équilibre de la famille est la capacité pour chacun de ses membres de manifester ce qu'il ressent.

Il semble donc nécessaire de fournir aux membres d'une famille en état de crise l'occasion de verbaliser ce qu'ils vivent, de pleurer, de se donner du réconfort ou d'exprimer leur agressivité les uns par rapport aux autres.

Plus les moments sont difficiles, plus il devient impérieux que les messages soient clairs et directs. On sait, par contre, que c'est à l'occasion de telles situations que les individus expérimentent le plus d'échec et qu'ils demandent ou nécessitent une aide systématique.

Dauphin (1980) a évalué les effets d'un programme d'enseignement aux conjoints de malades âgés hospitalisés en centre hospitalier pour soins prolongés. Suite à son étude, elle recommande la création de programmes familiaux afin d'habiliter les familles à comprendre le processus de vieillissement, les difficultés vécues par la personne âgée en institution, la façon de communiquer avec elle et enfin la nécessité de stimuler sa personne âgée à se prendre en charge.

Elle ajoute qu'il serait opportun d'accompagner les membres de la famille lors de leurs visites à leur personne âgée afin de jouer un rôle de modèle particulièrement au niveau des attitudes et des habilités.

York et Calsyn (1977) dans une étude sur l'implication des familles auprès des personnes âgées en centre d'hébergement ont trouvé que dans l'ensemble la famille demeure proche de sa personne âgée. Non seulement, visite-elle sa personne âgée de façon régulière avant qu'elle ne soit hébergée mais elle offre son support. De plus, elle continue à visiter les personnes âgées après leur admission au centre d'accueil; cependant, la plupart du temps elle n'apprécie pas ces rencontres. Une grande majorité de familles éprouve une certaine frustration et un sentiment de culpabilité suite à ses visites. Pour York et Calsyn, les principaux facteurs reliés à cet état de fait sont le manque de connaissances de la situation que vive leur proche et le peu d'habileté à visiter des personnes âgées handicapées physiquement ou mentalement. Les auteurs souhaitent que des programmes spécifiques soient implantés pour aider les familles à être plus à l'aise lors des visites. Ils suggèrent que ces programmes contiennent des informations sur les dommages cérébraux et sur la confusion croyant que ces dernières amélioreront les relations des familles avec leurs personnes âgées.

Fox et Lithwick (1977), toutes deux travailleuses sociales dans un centre hospitalier pour soins prolongés à Montréal, ont remarqué que les familles dont les personnes âgées étaient hébergées comprenaient mal les états confusionnels de leurs parents et blâmaient souvent le personnel infirmier lorsqu'ils retrouvaient les leurs souillés ou déambulant de façon hagarde dans les couloirs. De leur côté, les infirmières se plaignent que les enfants de leurs clients sont trop exigeants, qu'il est difficile de dialoguer avec eux ou bien que, dans les cas contraires, les enfants abandonnent complètement leurs parents. Lorsque les auteurs rencontrent les familles pour tenter de solutionner ces problèmes, elles identifient chez elles des sentiments de colère, de peur, de méfiance, d'anxiété, d'appréhension, d'ambivalence et de ressentiment. Il arrive même quelquefois qu'elles se perçoivent comme des martyres. Les enfants adultes ne semblent pas capables de faire face à la détérioration mentale de leurs parents. Souvent, ils craignent de se retrouver dans cet état dans leur propre avenir. Presque toujours, ils s'interrogent sur leur rôle. Ils ne comprennent pas et ainsi craignent l'institution, ils sont perplexes devant le fait que leurs parents ne les reconnaissent pas toujours et ceux dont les parents ne les reconnaissent jamais croient leurs visites inutiles. Tout comme York et Calsyn pré-cités, les auteurs croient très important de soutenir les enfants adultes durant leurs visites à leur proche âgé.

Brody (1974) affirme qu'il est très important d'aider l'adulte âgé durant le processus de l'hébergement; pendant la période d'attente, lors de l'admission et immédiatement après l'admission. Ces étapes sont importantes et pour la personne âgée et pour sa famille. Le "conselling" durant cette période semble pouvoir être utile à la famille en ce sens qu'il permettrait à tous d'étudier ensemble les raisons de l'hébergement,

les problèmes qui en découleront et les sentiments qui seront associés.

C'est dans cet esprit que Dye et Richards ont élaboré un programme qui avait pour but de faciliter la transition du foyer au centre d'accueil. Il s'agissait de sept rencontres avec la personne âgée nouvellement admise au centre d'accueil et les membres de la famille qui étaient les plus impliqués dans le processus décisionnel de l'hébergement. Par moments, les résidents étaient regroupés en vue de leur offrir un groupe de support. A d'autres occasions, on réunissait les familles afin de les épauler dans leur désir d'aider les personnes âgées de façon plus individuelle par la suite.

La première session consistait en des exercices de mémoires et de réorientation. Les deuxième, troisième et quatrième sessions furent consacrés aux thèmes de discussion suivants: la séparation, l'ennui, l'isolation. Les cinquième et sixième sessions traitaient de la résolution des problèmes suscités par l'hébergement. La septième session avait pour but de nouer la boucle.

Brody (1977) souligne que la perspective d'un placement en centre d'accueil et le processus de la demande d'hébergement sont des expériences psychologiquement critiques pour les personnes âgées et les autres membres de la famille. Elle prétend que pour apporter quelque aide que ce soit à la famille entière à ce moment, il faut comprendre les éléments de la dynamique familiale pendant cette période cruciale. Ses dires confirment les énoncés que nous avons cités précédemment: les familles ne désirent pas abandonner leurs vieillards et essaient de maintenir de bonnes relations inter-personnelles. Elles choisissent l'hébergement en dernier ressort.

Selon Brody, l'implication précoce de la famille dans le processus de placement améliorera sans contredit les relations avec le personnel du centre d'accueil. Il importe cependant de toujours garder en perspective que la personne âgée quel que soient ses handicaps, peut et doit participer le plus possible à tout le processus décisionnel.

Etant donné que malheureusement les demandes de placement surviennent presque toujours en situation de crise, Brody prétend qu'il faut intervenir de façon à restaurer l'équilibre perturbé. Des liens étroits avec la famille sont susceptibles de faciliter ce processus.

Il arrive fréquemment qu'un seul enfant porte tout le fardeau de la tâche et que les autres ne s'impliquent pas. Ceci peut alors accroître la tension au sein de la famille. A ce moment, le comportement des membres reflète le type de relations pré-existantes avant le processus de placement. S'il y a eu un passé de relations inter-personnelles difficiles, l'on assistera à des échanges émotionnellement très chargés. Si, au contraire, un ou des enfants ne veulent ou ne peuvent suffisamment couper certains liens trop fortement marqués, on assistera à une forme de surprotection qui risque de compromettre l'intégration de la personne âgée au centre d'accueil.

Selon Brody, il est très important d'offrir un support à la personne âgée et à sa famille à ce moment. Cette aide s'inscrit dans les mesures préventives de santé mentale. Le futur bien-être de la personne âgée en phase d'admission peut être à ce moment influencé de façon positive ou négative. Il est particulièrement important durant cette phase de faire comprendre à la personne âgée qu'elle conserve toute sa valeur et qu'elle demeure utile étant donné qu'elle a souvent perdu son estime de soi.

Intervention en situation de crise

Afin de bien saisir ce modèle d'intervention, il est utile de remonter à Alexander (1956) cité par Aguilera qui s'en inspire fortement. Ce dernier différencie assez nettement ce qu'il est convenu d'appeler "le procédé de mise à découvert" et "le procédé de soutien". Le but du premier procédé est d'augmenter la capacité du moi à prendre en main des situations émotionnelles conflictuelles réprimées qui sont inconscientes en recourant aux mécanismes de transfert. Quant au second il est surtout indiqué en présence d'un trouble fonctionnel du moi de nature temporaire et causé par une détresse émotionnelle aiguë. C'est de ce deuxième procédé que s'inspire le modèle d'intervention d'Aguilera.

Alexander fixe les objectifs de ce procédé comme suit: 1) Répondre aux besoins de dépendance du malade pendant des situations de stress, diminuant ainsi son anxiété; 2) réduire le stress en donnant au malade, l'occasion d'abréaction; 3) servir de guidance intellectuelle en examinant objectivement avec le malade sa situation de stress et en l'aidant à poser des jugements, lui permettant de voir toute la situation sous son vrai jour; 4) soutenir les défenses névrotiques du malade jusqu'à ce que le moi puisse maîtriser les émotions libérées; 5) participer activement à la prise en main de la situation par le malade lorsque ce pourrait être la seule approche désirable dans les circonstances données.

Ce procédé dérive de la psychothérapie analytique et il peut exiger une longue période de traitement ainsi qu'un personnel hautement spécialisé. En raison des facteurs de temps, de coûts et de personnel, il a débouché sur ce qu'on nomme la psychothérapie brève. Il faut à tout prix que la personne impliquée ressente un soulagement rapide, le traite-

ment exige en moyenne de une à six sessions. Il est plus facile d'agir sur les circonstances responsables d'une perturbation du fonctionnement si elles sont récentes.

L'intervention en situation de crise est le prolongement logique de la psychothérapie brève. Son objectif principal est la solution psychologique à courte échéance. Son objectif minimal est la solution de la crise immédiate et le retour à l'équilibre antérieur.

Aguilera avance "qu'il est plus facile de ramener à la normale des états de déséquilibre avant qu'ils ne soient cristallisés, qu'ils n'aient acquis l'aspect de gain secondaire ou qu'ils n'aient évolué vers des modes de comportement inadapté".

Citant Caplan, (20) elle souligne que la crise, de façon caractéristique, est circonscrite et dure de quatre à six semaines. C'est une période de vie qui peut soit dégénérer en vulnérabilité psychique accrue soit être une occasion d'enrichissement. Partant de là, l'intervention doit durer de quatre à six semaines et en moyenne quatre semaines.

Au niveau méthodologique, deux catégories sont décrites par Jacobson (1965) (21): l'approche générique et l'approche individuelle. J'ai choisi la première qui correspondait le mieux à mon étude.

20. Ibid, p. 18.

21. G. Jacobson, "Crisis Theory and Treatment Strategy: some Sociocultural and Psychodynamic Considerations", Journal of Nervous and Mental Disturbances, 1965, vol. 141, pp. 209-218.

Le principe fondamental de la méthode générique veut que certains modes de comportement se retrouvent dans la plupart des crises. Cette méthode s'intéresse à l'évolution caractéristique du genre particulier de la crise plutôt qu'à la psychodynamique de chaque individu en crise. La planification du traitement est basée sur la solution adaptée à la crise. Les mesures d'intervention sont conçues afin de les rendre utiles à tous les membres d'un groupe donné.

Jacobson et ses collègues disent que "les approches génériques à l'intervention en situation de crise comprennent l'incitation directe à un comportement adapté, un soutien général, l'action sur le milieu, et une guidance anticipée".

Bref, "l'approche générique met en relief: 1) les événements spécifiques de situation et de maturation qui affectent de larges groupes de population; 2) une intervention adaptée à la crise reliée à ces événements spécifiques; et 3) une intervention conduite par des personnes qui ne sont pas des professionnels de santé mentale".

Afin de répondre à ces objectifs, Aguilera trace un modèle d'intervention en quatre étapes. La première consiste à évaluer les circonstances reliées directement à la situation de crise immédiate. La deuxième est constituée de la planification de l'intervention thérapeutique. Cette planification vise avant tout à restaurer l'équilibre antérieur à la crise et ne doit pas chercher à provoquer des changements majeurs dans la structure de la personnalité. Il importe, de connaître de quelle manière la crise a perturbé l'individu et les effets de cette perturbation sur les autres de son milieu. Il faut rechercher les points forts des personnes en cause et quelles capacités d'adaptation ont été efficaces

dans le passé et ne sont pas utilisées dans la situation présente. L'on doit trouver les personnes clés qui peuvent fournir un soutien et de nouvelles méthodes d'adaptation.

C'est l'intervention qui constitue la troisième étape. Aguilera la divise en quatre phases: a) aider l'individu à acquérir une compréhension intellectuelle de la crise; b) aider l'individu à extérioriser des sentiments auxquels il ne peut avoir accès; c) explorer des mécanismes d'adaptation; et d) réouvrir au monde social.

Finalement, la quatrième et dernière étape est composée de la solution de la crise par la planification anticipée. L'aidant redonne une nouvelle vigueur aux mécanismes d'adaptation utilisés efficacement dans le passé pour réduire la tension et l'anxiété. Au fur et à mesure que les capacités d'adaptation augmentent et que des changements positifs s'opèrent, l'intervenant peut les mettre en lumière. Il accorde son aide selon les besoins afin de contribuer à des plans d'avenir réalistes.

Somme toute, ce modèle d'intervention présuppose que la connaissance des modes de comportement dans les états de changements de situation intenses ou soudains ainsi qu'un traitement de soutien institué à ces moments, mènent à une prévention de la détérioration mentale.

Programme

Le programme est composé de cinq rencontres planifiées d'environ une heure et demie dont les objectifs sont rattachés aux quatre étapes de l'intervention en situation de crise préconisée par Aguilera. Les rencontres visent à habiliter les personnes âgées et leur personne signifi-

cative à mieux faire face à la situation qu'elles traversent et à les accompagner dans leur démarche personnelle pour s'adapter aux circonstances nouvelles. Deux rencontres ont lieu avant l'admission, une le jour de l'admission et deux après l'admission.

Parmi elles, la première et la troisième se tiennent en présence de la personne âgée et de sa personne significative, la deuxième et la quatrième sont consacrées aux personnes significatives et la cinquième est dévolue à l'ensemble des personnes âgées du groupe expérimental.

Afin d'une part, de développer le sentiment d'utilité des résidents déjà admis au centre d'accueil et d'autre part, d'assurer un support affectif aux personnes âgées durant les jours qui suivent l'admission, un système de parrainage est introduit au programme.

Variables dépendantes

Les variables dépendantes de l'étude étaient le niveau d'anxiété situationnelle chez les personnes âgées, le resserrement des liens entre les personnes âgées et leur personne significative durant la phase d'admission ainsi que le niveau d'intégration de la personne âgée au centre d'accueil.

Afin de mesurer les effets escomptés, les instruments suivants furent utilisés:

1. L'anxiété situationnelle fut mesurée au moyen du questionnaire d'évaluation personnelle ASTA qui est l'adaptation française du

STAI test (State-Trait Anxiety Inventory) de Spielberger (1970) (22). Cette adaptation fut élaborée et validée par Bergeron et Landry (1974) (23).

2. Les relations entre les personnes âgées et leur personne significative furent mesurées par les questionnaires adaptés de Dauphin (1980) (24). L'adaptation fut faite par l'auteur de la présente étude.

3. L'intégration de la personne âgée au centre d'accueil a été mesurée à l'aide de l'échelle de fonctionnement personnel et social de Lévesque et al. (1981) (25).

22. Spielberger, Gorsuch et Lushene, "State-Trait Anxiety Inventory", STAI Manual, 1970 pp. 20-21.

23. Jacques Bergeron et Michel Landry, La fidélité et la validité de l'adaptation française du STAI test, Communication présentée au 18e congrès international de psychologie appliquée, 1974.

24. Lucie Dauphin, op. cit. pp. 85-91, 101-104.

25. Louise Lévesque et al., Echelle de fonctionnement personnel et social des résidents âgés en établissement de santé: étude méthodologique, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, Montréal, avril 1981.

SCHEMA EXPERIMENTAL

132

Groupes	Pré-admission		Admission		Post-Admission		
	2 sem. avant	1 sem. avant	Jour même	Lendemain	1 sem. après	2 sem. après	6 sem. après
G.E.	1. A.S. 2. P.S. (1)	P.S. (2)	P.S. (3)	A.S.	P.S. (4) P.S. (5)	1. A.S. 2. R.E.P.A.S.	F.P.S.
G.T.	A.S.			A.S.		1. A.S. 2. R.E.P.A.S.	F.P.S.

- Légende: A.S. : test d'anxiété situationnelle
 P.S. : programme de soutien, les chiffres entre parenthèses indiquent l'ordre des rencontres
 R.E.P.A.S.: questionnaire sur les relations étroites entre les personnes âgées et les personnes significatives
 F.P.S. : test de fonctionnement personnel et social

Vérifications des hypothèses

Les hypothèses formulées étaient les suivantes:

Par rapport aux personnes âgées et à leur personne significative du groupe témoin, on assistera chez les personnes du groupe expérimental à:

- H₁ une diminution significative de l'anxiété situationnelle chez la personne âgée;
- H₂ des liens plus étroits entre la personne âgée et sa personne significative durant la phase d'admission;
- H₃ un niveau plus élevé d'intégration de la personne âgée au centre d'accueil.

H₁ L'anxiété situationnelle deux semaines après l'admission

La valeur T présentée au tableau indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes expérimental et témoin. Cette hypothèse est donc rejetée. Cependant, les sujets du groupe expérimental obtiennent une moyenne plus faible que celle du groupe témoin. La différence de moyenne entre les deux groupes se chiffre à 9,08. La valeur de l'écart-type est moins élevée pour le groupe expérimental que pour le groupe témoin et la valeur de F atteint un seuil de signification de 0,08.

Il est aussi intéressant d'examiner les résultats obtenus aux deux autres temps de passation du test de l'anxiété situationnelle.

Au temps 1, c'est-à-dire, environ quinze jours avant l'admission, avant même toute intervention, les sujets du groupe expérimental accusent plus d'anxiété situationnelle que ceux du groupe témoin; mais, il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des deux groupes et la variance est homogène.

Au temps 2, le lendemain de l'admission, les deux groupes ont des moyennes et des écarts-type similaires. Ces résultats apparaissent au tableau.

Dans le but d'évaluer s'il y avait une progression dans le niveau d'anxiété, nous avons vérifié l'existence d'une différence significative entre les temps 1 et 2 ainsi qu'entre les temps 2 et 3 pour chaque groupe respectivement. Le tableau V présente ces résultats. Ils indiquent aucune différence significative pour ces deux groupes entre les temps 1 et 2 et les temps 2 et 3.

Cependant, l'examen des différences de moyennes entre les temps révèle que les deux groupes se comportent différemment. Entre la pré-admission et l'admission, les sujets du groupe expérimental accusent une hausse de moyenne de l'anxiété situationnelle de 2 alors que cette hausse pour ceux du groupe témoin est de 5,66. Entre l'admission et deux semaines après, les sujets du groupe expérimental ressentent moins d'anxiété; ils accusent une baisse de moyenne de 7,50. Par ailleurs, l'anxiété des sujets du groupe témoin continue à progresser légèrement; elle augmente de 1,22. Les graphiques illustrent le comportement des deux groupes.

H₂ La relation entre les personnes âgées et leur personne significative

Pour ce qui est de cet effet escompté, les valeurs de T ne révèlent aucune différence significative entre les moyennes ni pour le groupe des personnes âgées ni pour le groupe des personnes significatives. La moyenne des personnes âgées du groupe témoin est légèrement supérieure de 1,53 à celle du groupe expérimental. La situation inverse s'observe pour le groupe des personnes significatives où ce sont celles du groupe expérimental qui obtiennent une moyenne plus élevée de 4,4. De plus, dans le cas des personnes âgées, la valeur de l'écart-type du groupe expérimental est moins élevée que celle du groupe témoin (4,56 vs 8,31); la valeur de F se chiffre à 1,75 avec un seuil de signification de $P = 0,09$.

H₃ L'intégration sociale des personnes âgées

Dans le cas de l'intégration sociale des personnes âgées au centre d'accueil, le calcul de différences de moyennes n'indique pas de différence significative ni pour la première dimension, les activités individuelles, ni pour la seconde, les activités sociales, ni pour le score total qui est composé de la somme des scores attribués pour chaque dimension. Les deux groupes de sujets offrent des moyennes presque similaires tel qu'indiqué au tableau.

En résumé, les trois hypothèses de l'étude sont rejetées. Toutefois, les sujets du groupe expérimental ont une moyenne plus basse d'anxiété situationnelle, deux semaines après l'admission, que les sujets du groupe témoin. Les comportements des sujets des deux groupes diffèrent entre les trois temps de mesure de l'anxiété. Entre la pré-admission et l'admission, les sujets du groupe expérimental accusent

une hausse de l'anxiété moins marquée que ceux du groupe témoin. De plus, les sujets qui ont bénéficié du programme accusent une baisse de l'anxiété entre l'admission et deux semaines après, tandis que pour les sujets du groupe témoin, le niveau d'anxiété continue à augmenter quoique légèrement.

Notons, en terminant cette partie, que les résultats furent aussi analysés en tenant compte du centre d'accueil auquel le groupe appartenait. Ces analyses indiquèrent que l'appartenance à un centre ou à l'autre n'affectait pas les résultats.

DISCUSSION

L'anxiété situationnelle

Quoique non significative, la différence des moyennes obtenues au troisième temps de passation étant de 9,08 indique la possibilité d'un effet du programme à ce niveau, d'autant plus que ce résultat s'articule à d'autres observations. En effet, le niveau d'anxiété des sujets du groupe expérimental diminue entre l'admission et deux semaines après, alors qu'il augmente pour les sujets du groupe témoin. Ces résultats s'apparentent à ceux de Dye et Erber pré-cités.

Il apparaît à l'investigatrice que l'on puisse expliquer, du moins en partie, le fait que l'analyse statistique ne démontre pas de résultats probants au niveau de l'anxiété à cause du petit nombre de sujets de l'étude ($N=19$).

Notons aussi que dans les deux centres où s'est déroulée l'étude, il n'y a pas eu d'intervention dévolue spécifiquement à faire

baisser le taux d'anxiété situationnelle autre que le programme de soutien administré par l'investigatrice si bien que l'on pourrait croire que ce dernier aurait pu atteindre l'objectif minimal de l'intervention en situation de crise qui est de réduire l'anxiété qui se rattache à la crise.

L'observation des sujets du groupe expérimental durant les deux à trois semaines après la fin du programme laissait entrevoir une réapparition des signes d'anxiété due à certains facteurs inhérents au centre.

Ces signes apparaissaient lorsque le centre ne fournissait pas, aux personnes âgées, le type de services auxquels ils s'attendaient notamment si leurs proches avaient eu tendance à leur faire miroiter un service "type hôtellerie" dans le but de faciliter chez eux l'acceptation de se faire admettre.

En effet, les personnes âgées, à ce moment, ne comprennent pas facilement qu'on leur laisse des tâches d'entretien ménager ou qu'on exige qu'elles se déplacent à la salle à manger. Le désir des intervenants des centres d'accueil de conserver leur autonomie est traduit dans l'esprit des nouveaux résidents par le refus du personnel d'offrir un service personnalisé de qualité et ainsi suscite une remise en question de l'hébergement et une recrudescence de l'anxiété.

L'investigatrice a aussi noté que la fluctuation de l'état de santé ainsi que les difficultés dans les relations inter-personnelles avec les pairs provoque des crises sporadiques d'anxiété dans les jours qui suivent l'admission. Il s'agit de la confrontation des nouveaux résidents avec d'autres personnes âgées physiquement ou mentalement plus

handicapées qu'eux. Cette confrontation permet une projection dans le devenir des vieillards confirme leur trajectoire de dépendance grandissante et suscite une anxiété plus une révolte importantes qui se traduisent par des comportements d'agressivité.

Ces observations incitent l'investigatrice à croire que des interventions sporadiques demeurent nécessaires tant et aussi longtemps que le processus d'adaptation au centre n'est pas terminé et que l'ouverture au nouveau monde social n'est pas actualisée. Suite à l'expérimentation et à l'observation, l'on pourrait avancer que le processus d'adaptation dure en moyenne deux mois et pour certaines personnes âgées se prolonge jusqu'à trois mois.

Les relations entre les personnes âgées et leur personne significative

Le test d'égalité des moyennes indique qu'il n'y a aucune différence significative entre les groupes expérimental et témoin ni pour les personnes âgées ni pour leur personne significative bien que la moyenne soit légèrement plus élevée chez les personnes significatives.

Le fait que l'on ne puisse conclure à un effet du programme sur cette variable peut s'expliquer de plusieurs façons. D'abord, l'on peut s'interroger sur le degré de précision de l'instrument qui n'a qu'une validité nominale. De plus, on peut remettre en question l'opportunité de n'avoir fait subir le test qu'une seule fois, ce qui n'a pas permis de mesurer l'effet réel du programme sur l'évolution des capacités de communication des sujets du groupe expérimental. Il se peut que le degré de capacités de communication initial ait été inégal au point de départ, ainsi, l'absence de données à ce moment limite l'interprétation de l'analyse des résultats.

L'investigatrice s'interroge aussi sur l'effet de la désirabilité sociale, notamment chez les personnes significatives quant aux réponses fournies au questionnaire qui leur fut présenté.

Le préalable posé au point de départ de l'étude à l'effet que la période d'admission était une situation de crise et pour la personne âgée et pour sa personne significative, s'est avéré réel. Ainsi, j'ai pu observer que les sujets étaient centrés sur l'événement que constitue l'admission avec une intensité telle qu'il devenait difficile de faire faire des apprentissages au niveau de l'introspection et de la communication.

Les personnes âgées vivent l'admission comme une injustice; elles se sentent profondément seules même si le milieu tente d'être chaleureux. L'admission au centre d'accueil est le synonyme de la perte de rôle social, du sens de l'inutilité et d'une séparation ultime d'avec les siens. Durant les jours qui suivent l'admission, il n'est pas rare d'entendre les vieillards se dire abandonnés, emprisonnés, inutiles voire même souhaiter la mort.

Pour les personnes significatives, toutes les relations sont centrées sur les réactions possibles de leur personne âgée lors de l'admission: Changera-t-elle d'idée à la dernière minute? Sera-t-elle profondément malheureuse au centre? Quelles seront ses manifestations de tristesse et de révolte? C'est donc d'un support spécifique par rapport à ces inquiétudes dont elles ont besoin.

Il importe ici, de mentionner que l'investigatrice avait prévu des réunions de groupe avec les personnes significatives afin de

poser des jalons de groupe de support. Or, les personnes significatives ont toutes, dès la prise de contact, refusé ces rencontres; elles préféreraient discuter seules avec l'investigatrice, exprimer leur vécu personnel, leurs inquiétudes et recevoir une aide spécifique à leurs besoins propres. Ainsi, pour répondre aux attentes des sujets, des rencontres personnelles furent établies.

L'anxiété est telle durant la phase de pré-admission et d'admission, qu'il est apparu que les rencontres servent principalement à donner aux sujets l'opportunité de verbaliser leurs sentiments et inquiétudes. Ce n'est qu'après l'admission qu'ils commencent à expérimenter, à s'ouvrir mutuellement à ce qu'ils vivent et à désirer se communiquer leurs émotions. C'est à ce moment seulement que l'on peut observer le désir de cheminer dans un apprentissage de communication et dans un désir d'accompagnement dans ce sens.

Ces observations corroborent la pertinence des objectifs des trois premières rencontres du programme. De plus, comme Dauphin (1980) et Hébert (1978), l'investigatrice a pu noter la très grande nécessité que l'intervenant agisse comme modèle et animateur durant les visites de la personne significative à sa personne âgée.

A cet égard, il apparaît à l'investigatrice que le soutien dévolu spécifiquement à la facilitation de la communication n'est pas suffisamment long, compte tenu des fluctuations d'attitudes et d'habiletés des sujets.

Les raisons qui semblent occasionner, le plus, les changements d'attitudes et le manque d'habileté à communiquer sont pour la

personne âgée, la réévaluation constante de la pertinence de son admission et pour la personne significative, la crainte de stimuler la prise en charge de sa personne âgée de façon telle qu'elle veuille rentrer à la maison et l'ambivalence toujours attachée à cette crainte que constitue le sentiment de culpabilité de vouloir se libérer du fardeau de s'occuper de sa personne âgée. En effet, l'investigatrice a, maintes fois, entendu les personnes significatives manifester leurs inquiétudes quant à la possibilité que leur proche ou parent âgé désire rentrer chez lui s'il redevenait trop autonome. Afin de résoudre cette difficulté et de franchir une étape dans le progrès des relations inter-personnelles entre les personnes impliquées, l'intervention qui s'est avérée la plus fructueuse, fut de convaincre la personne significative des bénéfices que tirerait la personne âgée de demeurer lucide et autonome le plus longtemps possible tout en la rassurant sur le fait que le nouveau résident avait effectivement besoin d'un milieu "prothétique" donc qu'il resterait au centre.

Somme toute, l'investigatrice croit que si le programme n'a pas eu tout l'effet escompté au niveau des relations entre les personnes âgées et leur personne significative, c'est que le soutien situationnel n'est pas assez long pour changer les attitudes cristallisées par les habitudes antérieures et par la crise elle-même.

L'intégration au centre d'accueil

Le test d'égalité des moyennes ne démontre aucune différence significative entre les deux groupes ni au niveau des activités individuelles ni au niveau des activités sociales.

L'investigatrice explique ces résultats par plusieurs facteurs: d'abord, il semble que le programme ne soit pas suffisamment long pour accompagner les personnes âgées dans le processus des nombreuses pertes qu'elles doivent assimiler tout en s'adaptant à cette nouvelle situation de vie. En effet, l'observation a permis de noter que les personnes âgées, suite à leur admission, vivaient de façon très intense plusieurs de ces pertes: perte d'autonomie due à un état de santé déclinant, absence de rôles sociaux, rupture d'avec leur milieu naturel de vie et enfin et surtout, crainte de l'éloignement de leur personne significative. Ainsi, il apparaît que l'on devrait soutenir de façon plus prolongée la personne âgée nouvellement admise en centre d'accueil. Cette aide semble nécessaire jusqu'à ce que cette dernière accepte de devoir se faire aider même dans les activités les plus intimes de sa vie quotidienne et qu'elle puisse transiger avec son nouveau rôle de personne âgée hébergée. Ce nouveau rôle implique un réaménagement du temps et des activités qui s'y inscrivent ainsi que de trouver de nouvelles sources d'estime de soi. En effet, les nouveaux résidents ont exprimé un sentiment d'inutilité. Ce cheminement est long et pénible et il se peut que l'on ait obtenu des résultats différents si l'on avait fait subir le test d'intégration personnelle et sociale plus tard soit après trois mois.

L'investigatrice croit, de plus, que les résultats auraient pu être différents si elle avait fait partie intégrante de l'équipe d'intervenants dans les centres car elle avait créé des liens significatifs importants avec les bénéficiaires mais devait contenir ses interventions dans les rencontres prévues au programme. Il serait donc souhaitable que des interventions continues, conformes aux objectifs tracés dans le programme, puissent être faites par les membres de l'équipe d'intervenants des centres d'accueil. A ce propos, il est apparu que pour plusieurs

intervenants, il est difficile de fournir aux personnes âgées le support dont elles ont besoin dans les jours qui suivent l'admission pour deux raisons principales: d'abord, le manque de compréhension de la méta-communication puis le manque d'habileté en relation d'aide.

Enfin, il importe de souligner que le support prévu par le programme de parrainage n'a pas porté les fruits auxquels l'investigatrice s'attendait. Ceci s'explique, d'une part, parce que les anciens résidents étaient encore très centrés sur leur propre admission (les centres où l'expérimentation s'est déroulée était en phase d'ouverture et les bénéficiaires étaient arrivés depuis quelques semaines seulement) et parce que d'autre part, il apparaît que les personnes âgées n'aiment pas qu'on leur attribue une personne précise de qui elles doivent s'occuper.

Toutefois, l'investigatrice a pu observer que les bénéficiaires qui avaient été sollicités pour le parrainage adhéraient au principe et qu'ils répliquaient plus tard, avec des personnes de leur choix, le rôle qui leur avait été proposé antérieurement. On peut donc conclure que le parrainage est applicable de façon générale mais que les circonstances ne s'y prêtaient pas.

En résumé, l'intégration de la personne âgée en centre d'accueil ainsi que l'établissement de relations satisfaisantes entre les personnes âgées et leur personne significative paraissent avoir un processus plus long que le dénouement de la situation de crise qui s'y rattache.

Le programme visant, en partie, à alléger la crise, diminuer l'anxiété situationnelle et aider les personnes impliquées à mieux traverser cette crise, semble avoir atteint ces objectifs minimaux, si l'on

en juge par les résultats obtenus à l'anxiété situationnelle. Il y aurait lieu de prolonger le programme et d'habiliter les intervenants des équipes de soins à créer des liens significatifs avec les personnes âgées et leur personne significative dès avant l'admission afin de mieux répondre aux besoins de support dans les capacités de communication des unes avec les autres et de faciliter l'intégration de la personne âgée au centre d'accueil.

TABLEAU I

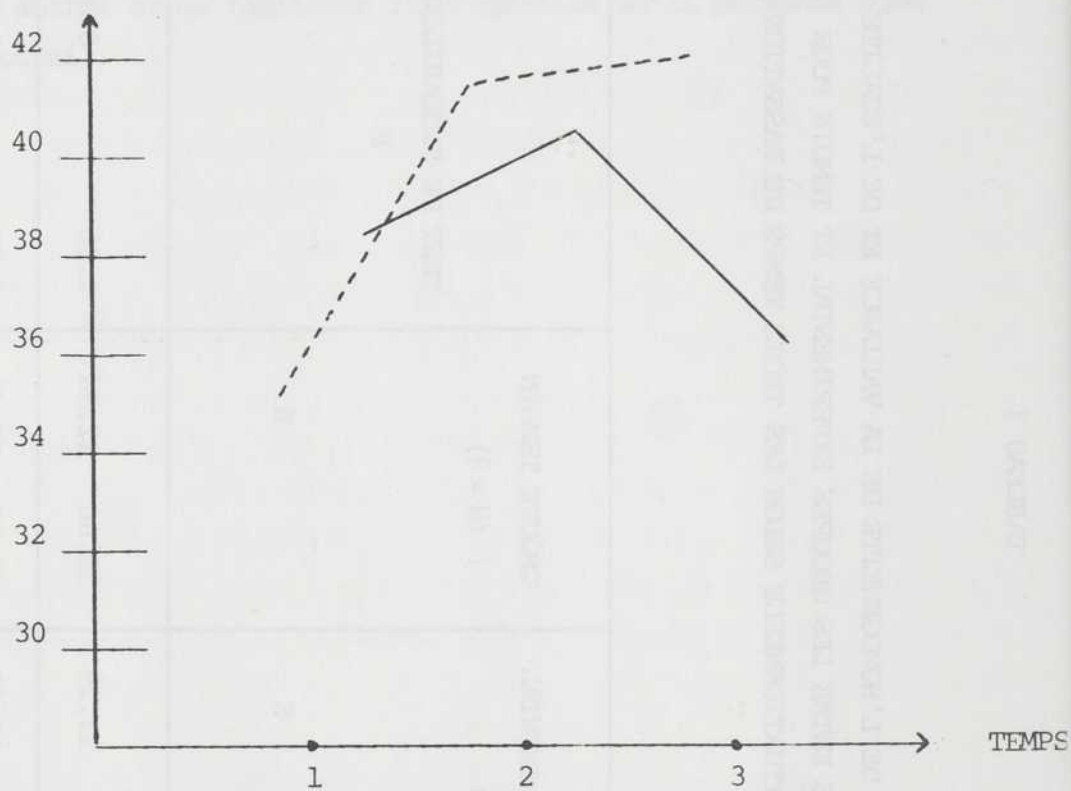
VERIFICATION DE L'HOMOGENEITE DE LA VARIANCE ET DE L'EGALITE
DES MOYENNES ENTRE LES GROUPES EXPERIMENTAL ET TEMOIN POUR
L'ANXIETE SITUATIONNELLE SELON LES TROIS TEMPS DE PASSATION

ANXIETE SITUATIONNELLE	GROUPE EXPERIMENTAL (N = 10)		GROUPE TEMOIN (N = 9)		TEST DE PROBABILITE F		TEST T	PROBABILITE
	\bar{X}	S	\bar{X}	S				
TEMPS 1	38,30	13,29	35,00	12,94	1,05	0,95	0,547	0,59
TEMPS 2	40,30	17,45	40,66	17,62	1,09	0,96	-0,045	0,96
TEMPS 3	32,80	9,75	41,88	18,06	3,43	0,08	-1,34	0,20

TABLEAU II

VARIATION DU TAUX D'ANXIETE SITUATIONNELLE

SCORES MOYENS



LEGENDE: GROUPE TEMOIN -----
GROUPE EXPERIMENTAL -----

TABLEAU III

VERIFICATION DE L'HOMOGENEITE DE LA VARIANCE ET DE L'EGALITE
DES MOYENNES ENTRE LES TROIS TEMPS DE PASSATION DE L'ANXIETE
SITUATIONNELLE SELON LES GROUPES EXPERIMENTAL ET TEMOIN

ANXIETE SITUATIONNELLE	GROUPE EXPERIMENTAL (N = 10)				GROUPE TEMOIN (N = 9)			
	TEST DE F	PROBABILITE	TEST T	PROBABILITE	TEST DE F	PROBABILITE	TEST T	PROBABILITE
Temps 1 - Temps 2	1,72	0,43	-0,29	0,77	1,81	0,40	-0,77	0,45
Temps 2 - Temps 3	3,20	0,09	1,18	0,25	1,01	0,94	-0,14	0,88

TABLEAU IV

VERIFICATION DE L'HOMOGENEITE DE LA VARIANCE ET DE L'EGALITE
DES MOYENNES ENTRE LES GROUPES EXPERIMENTAL ET TEMOIN POUR LES
RELATIONS ENTRE LES PERSONNES AGEES ET LEUR PERSONNE SIGNIFICATIVE

R.E.P.A.S.	GROUPE EXPERIMENTAL (N = 10)		GROUPE TEMOIN (N = 9)		TEST DE PROBABILITE F		TEST PROBABILITE T	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S				
Personnes âgées	33,80	4,56	35,33	8,31	1,75	0,09	-0,49	0,63
Personnes significatives	47,80	7,46	43,4	5,76	1,66	0,48	1,43	0,17

TABLEAU V

VERIFICATION DE L'EGALITE DES MOYENNES ENTRE LES GROUPES
EXPERIMENTAL ET TEMOIN POUR L'INTEGRATION DES PERSONNES
AGEES: ACTIVITES PERSONNELLES, ACTIVITES SOCIALES

INTEGRATION	GROUPE EXPERIMENTAL (N = 10)		GROUPE TEMOIN (N = 9)		TEST T	PROBABILITE
	\bar{X}	S	\bar{X}	S		
Activités personnelles	3,0	0,07	2,8	0,54	0,44	0,40
Activités sociales	2,9	0,01	2,6	0,31	1,16	0,75
Total Dimensions	5,9	0,08	5,5	1,48	0,81	0,55

UN RESEAU DE SERVICES PROFESSIONNELS
DANS LE SERVICE GERIATRIQUE D'UN HOPITAL

Par Lilly Katofsky

C'est un fait reconnu que le besoin d'hospitalisation s'accroît avec l'âge. Les personnes âgées de 65 ans et plus ont tendance à passer trois fois plus de temps à l'hôpital que celles qui ont moins de 65 ans. Les données de Statistique Canada pour 1975 indiquent que les personnes âgées de plus de 65 ans ont passé 25 jours à l'hôpital alors que celles qui ont moins de 65 ans y ont passé 9 jours et demi. Lorsque nous avons analysé les données de l'hôpital St-Mary's, l'an dernier, nous avons découvert qu'elles correspondaient tout à fait à celles de Statistique Canada.

Même si le groupe de personnes âgées de 65 ans et plus ne représentait que 8,6 % de la population, ce groupe a utilisé 38 % de tous les jours des personnes hospitalisées. Statistique Canada prévoit qu'en l'an 2021, les personnes âgées occuperont 100 % des lits d'hôpitaux disponibles maintenant. Il est donc important qu'on planifie dès maintenant des programmes médicaux pour les personnes âgées. Le concept de réseau s'avère un outil adéquat lorsqu'il faut organiser et analyser des services médicaux et sociaux pour les personnes âgées à la fois d'un point de vue économique et d'un point de vue de la dispensation des services. Le concept de réseau permet également une utilisation rationnelle des ressources disponibles, en regroupant des ensembles d'individus provenant d'une variété de discipline afin qu'ils puissent travailler en collaboration. La nature des relations interpersonnelles entre les membres du réseau facilite ce type d'échange. De plus, les relations interpersonnelles permettent aux membres du réseau de profiter de leurs habiletés et de leurs connaissances réciproques et d'améliorer leur productivité.

Enfin, les membres du réseau peuvent compter sur ces relations pour rencontrer leurs collègues de d'autres réseaux et discuter de leurs tâches individuelles et communes.

Je me propose, dans cet exposé, de décrire la mise sur pied d'un réseau de professionnels et d'étudiants dans le contexte d'un centre hospitalier. Le but du réseau est de dispenser des soins de santé, des programmes de réadaptation et de services sociaux aux patients en gériatrie, le plus efficacement possible. Comme grille d'analyse du réseau dont je fais partie, je me servirai de trois questions que proposent Sarason et autres (1977).

Voici ces questions:

1. Comment mettre sur pied un réseau dont le principal but est de donner des services aux patients en gériatrie dans un hôpital de soins aigus?
2. Qui, dans un centre hospitalier, met sur pied un réseau et pourquoi?
3. Quel personnel doit-on recruter et comment motiver ce personnel pour qu'il travaille en collaboration de manière efficace?

Sarason et ses collègues suggèrent que la mise sur pied, la croissance et l'expansion d'un réseau peuvent être représentées de façon schématique par une série de cercles concentriques dont le noyau est l'unité centrale ou l'"égo". Les unités du premier cercle interagissent directement avec l'égo. Le second cercle comprend les unités qui ont des liens directs avec les unités du premier cercle mais des liens indirects avec l'égo. Les unités dans les autres cercles sont plus éloignées mais font encore partie du réseau de

l'égo, parce qu'il y a une relation indirecte. (Sarason et autres, 1977)

Les liens directs sont représentés par une ligne continue; les liens indirects par une ligne brisée. Pour simplifier la présentation, le nombre réel de liens possibles et d'interactions entre et parmi les unités a été réduit schématiquement à un minimum dans tous les diagrammes. Autrement, le schéma se lirait de la façon suivante:

MISE SUR PIED DU RESEAU

La tâche d'un hôpital à soins aigus dans le cadre des tendances présentes et futures de l'utilisation des lits, comprend quatre volets:

1. Trouver un moyen de réduire le nombre de patients âgés dans ces lits;
2. encourager un plus haut taux de congé de ces patients, de l'hôpital;
3. faire de la planification, étant donné que les besoins de cette population continuent d'augmenter;
4. on doit arriver à ce résultat en utilisant un minimum de ressources, particulièrement à la lumière de la décroissance continue de notre économie.

L'augmentation des besoins de services médicaux pour les personnes âgées et la croissance de la gériatrie sont simultanées. A l'hôpital St-Mary' un gériatre a senti le besoin d'un traitement multidisciplinaire pour les pa-

tients âgés. Il a rencontré l'administration de l'hôpital et proposé la création d'un service multidisciplinaire en gériatrie qui pourrait:

1. Faire une évaluation des habiletés relatives à la réadaptation des patients âgés;
2. former des étudiants de différentes disciplines pour qu'ils travaillent avec les personnes âgées. Ces étudiants complèteraient leur internat ou leur formation dans ce service, étant donné que St-Mary's est un hôpital universitaire;
3. changer les attitudes négatives quant au traitement des patients âgés en présentant au personnel de l'hôpital une conception dynamique de la réadaptation des personnes âgées.

Le personnel participerait à la planification du congé du patient de l'hôpital en détruisant ainsi le mythe que le traitement des personnes âgées n'est pas stimulant et que ces personnes âgées ne font que réduire le nombre de lits de l'hôpital. Etant donné que les objectifs du gériatre et ceux de l'administration pouvaient être atteints sans beaucoup de frais, on en vint à une entente pour mettre sur pied une équipe de consultation en gériatrie.

Le diagramme 1 illustre la mise sur pied du nouveau réseau de même que les liens entre le réseau du gériatre et celui de l'administration de l'hôpital. Les deux réseaux devaient échanger des ressources: l'hôpital devait fournir des fonds pour la mise sur pied du nouveau service. En retour, l'hôpital pouvait diminuer le nombre de patients âgés à long terme et accroître le personnel grâce à la main-d'oeuvre étudiante.

COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU RESEAU

Comme les problèmes des personnes âgées ont tendance à être multiples, la meilleure façon de dispenser les services, semble être par l'intermédiaire d'une équipe multidisciplinaire. Le gériatre a formé une équipe composée d'une infirmière, d'un ergothérapeute, d'un psycho-gériatre, d'un physiothérapeute, d'un thérapeute en récréation, d'une secrétaire et d'une travailleuse sociale qui partageaient tous le même but, soit d'améliorer la qualité de la vie des patients âgés grâce à une réadaptation active chaque membre de l'équipe peut contribuer par sa spécialisation et tirer profit des habiletés des autres à améliorer le nombre de ressources disponibles pour le patient. Le diagramme 2 illustre le réseau créé par le gériatre. Les étudiants apparaissent dans le premier cercle, parce qu'ils ont des liens directs avec lui. Il faut rappeler que les unités individuelles de ce réseau ont aussi des liens entre elles. Mais comme je l'ai dit plus tôt, pour simplifier le schéma, je ne les ai pas indiqués.

L'équipe fonctionne comme un service de consultation mobile qui fait l'évaluation des patients dans l'hôpital plutôt que de restreindre son champ d'activité à un secteur ou une unité spécifiques. L'équipe se réunit deux fois par semaine et chaque membre présente les résultats de l'évaluation du patient. Chaque membre échange des renseignements qui aident les autres à faire leurs plans de traitement individuel et commun. Un plan d'ensemble est fait par consensus et révisé, si nécessaire. Le patient est donc le plus grand bénéficiaire en raison de la vue d'ensemble de ses problèmes et du partage de l'expertise de chaque discipline.

Les membres de l'équipe travaillent souvent ensemble pour le traitement des patients (l'ergothérapeute et le physiothérapeute montrent tous

les deux au patient victime d'une attaque d'apoplexie à se servir d'une planche pour passer de son lit à une chaise roulante). L'équipe rencontre les familles (le médecin, l'infirmière et la travailleuse sociale informent la famille des progrès du patient qu'on prépare à regagner son foyer). L'équipe accompagne des patients à des visites à domicile (l'ergothérapeute et l'infirmière font une visite avec le patient avant qu'il ne reçoive son congé de l'hôpital pour analyser ses besoins, de sorte qu'il puisse vivre en toute sécurité à domicile). Voilà un autre exemple de la façon dont les membres de l'équipe "utilisent" leurs habiletés et leurs connaissances réciproques pour maximiser leurs propres ressources.

Le réseau ne se limite pas aux individus du premier cercle mais inclut les différents départements auxquels chaque membre de l'équipe professionnelle appartient. Le diagramme 3 illustre l'extension du réseau. Une telle organisation comporte des avantages et des inconvénients quant au fonctionnement du premier réseau. Parmi les inconvénients, le fait d'appartenir à une double équipe peut engendrer un blocage pour un membre de l'équipe qui doit accomplir son travail. Les directives de chaque département, les méthodes de travail, les valeurs, etc. peuvent entrer en conflit avec le nouveau mode de fonctionnement en équipe. Le membre de l'équipe se sent alors coincé jusqu'à ce que l'on trouve une solution.

Par ailleurs, l'accès à des ressources additionnelles en raison de l'augmentation de la main-d'oeuvre et de renseignements additionnels accroît et enrichit le fonctionnement de l'équipe. Ainsi, la travailleuse sociale qui fait partie de l'équipe ne peut pas travailler avec chaque patient de l'équipe, parce qu'il y a beaucoup trop de patients dans l'hôpital. Elle fait le lien avec l'équipe pour ses collègues travailleuses sociales. Le diagramme 3, toujours pour des motifs de simplification, ne démontre pas toutes les relations qui existent en fait.

Par exemple, l'infirmière de l'équipe interagit avec les infirmières en chef, les autres infirmières, les assistantes infirmières et les infirmières auxiliaires de toutes les unités où l'équipe a des patients. Elle interagit également avec les autres professionnels de d'autres départements.

L'équipe se prolonge à l'extérieur des murs de l'hôpital. Le diagramme 4, illustre en termes simples les relations du réseau avec la communauté. Les liens et les interactions sont beaucoup plus complexes que ne le démontre en fait le diagramme. A titre d'exemple, la travailleuse sociale est rattachée au Centre de services sociaux (dans le cas présent le C.S.S. Ville Marie). Cette relation a beaucoup d'avantages pour la travailleuse sociale. Elle a accès à des ressources (telles des foyers qui ont déjà été jugés convenables) et profite de l'expertise des autres membres de l'équipe. Comme la travailleuse sociale n'est pas directement une employée de l'hôpital, elle peut jouer plus facilement son rôle d'avocate pour le patient quand les directives de l'hôpital et les besoins du patient entrent en conflit.

Le lien entre le thérapeute en récréation et le gouvernement fédéral provient d'une demande de subvention du thérapeute en récréation et de la travailleuse sociale pour un projet d'été afin d'accroître le programme existant de thérapie. Cet autre exemple démontre comment le réseau s'élargit afin d'atteindre les objectifs mentionnés au début.

UNE ETUDE DE CAS SELON MON POINT DE VUE

Une des principales tâches de la travailleuse sociale est de faciliter le congé d'un patient, de l'hôpital. Avant que je ne puisse effectuer ce congé, je dois tenir compte de plusieurs facteurs.

Mme W. est une vieille dame de 82 ans qui a été admise à l'hôpital souffrant de faiblesse généralisée. Elle était tellement faible qu'elle en était réduite à garder le lit. Elle ne mangeait plus, ne marchait plus, était devenue confuse et incontinente. Elle faisait des plaies de lit.

Lors d'une entrevue avec sa fille, avec laquelle la patiente avait vécu, la travailleuse sociale a appris que quelques semaines avant son hospitalisation, Mme W. était une femme très active, membre du Club de l'Age d'Or de sa paroisse. La fille de Mme W. était disposée à ce que sa mère revienne chez elle mais à la condition qu'elle retrouve sa condition physique précédant son état pré-morbide. Elle devait pouvoir se nourrir, se laver et s'habiller avec un peu d'aide, se rendre à la salle de bain située à l'étage inférieur et rester seule quelques heures par jour pendant que sa fille travaillait à temps partiel.

Ces renseignements furent communiqués à l'équipe lors d'une réunion. Le gériatre et le psycho-gériatre avaient déjà évalué la patiente. Le diagnostic était qu'une infection de la voie urinaire avait causé les symptômes et les comportements décrits plus haut. Le psycho-gériatre croyait que son état de confusion disparaîtrait lorsque l'infection serait guérie.

On a élaboré un plan de traitement intensif: l'infirmière a fait un programme pour soigner l'incontinence de la patiente et superviser les pansements pour soigner ses plaies de lit; l'ergothérapeute devait évaluer l'appétit de la patiente à accomplir des activités de la vie quotidienne; le physiothérapeute s'est chargé de faire marcher la patiente; enfin le thérapeute en récréation a fait participer la patiente au groupe de discussions et à des classes d'exercices.

Plusieurs semaines plus tard, Mme W. était prête à retourner chez elle. Lorsque nous avons téléphoné à sa fille pour discuter de la date du congé, elle a fait savoir à la travailleuse sociale qu'elle ne pouvait reprendre sa mère à la maison, parce qu'elle était encore malade et très dépendante. Il semble que lorsque la fille a visité sa mère, celle-ci était encore au lit. La fille n'était pas consciente des progrès accomplis par sa mère.

On a organisé une rencontre entre la fille et les membres de l'équipe pour l'informer des progrès de sa mère et pour lui démontrer ses habiletés de fonctionnement. La fille fut enchantée de la performance de sa mère et des progrès accomplis. Le physiothérapeute a fait une suggestion à l'effet que Mme W. ait une canne pour qu'elle soit plus stable. Si sa fille pouvait en acheter une avant que sa mère ne quitte l'hôpital, le physiothérapeute pourrait l'ajuster à la hauteur voulue avant le départ de la patiente de l'hôpital.

On croyait également qu'une visite à domicile avant la sortie de l'hôpital de la patiente permettrait de constater si nous devions faire des suggestions de modification à la maison, afin que la patiente se sente davantage en sécurité. L'ergothérapeute et l'infirmière ont accompagné la patiente chez elle. Après la visite, l'ergothérapeute a suggéré d'installer une cuve de toilette plus haute. L'infirmière a pris des mesures pour qu'une infirmière se rende tous les jours à la maison pour continuer de changer les pansements pour guérir les plaies de lit qui étaient presque cicatrisées. La travailleuse sociale a communiqué avec une agence de soins à domicile pour que Mme W. puisse bénéficier d'un service de bain hebdomadaire et a conseillé à la fille de la patiente de demander qu'une voisine surveille la mère lorsque la fille se rendait au travail. Cette surveillance ne serait

plus nécessaire lorsque Mme W. serait plus forte. On avait planifié une visite de suivi, une semaine après la sortie de la patiente de l'hôpital. On a invité la fille de Mme W. à communiquer avec la travailleuse sociale au cas où la situation à la maison se détériorerait de nouveau. La travailleuse sociale pourrait alors prendre des arrangements pour que la patiente réintègre le réseau. Cet exemple démontre l'interdépendance des professionnels dans l'accomplissement de leurs tâches spécialisées.

Je pourrais donner plusieurs autres exemples pour démontrer l'extension du réseau. L'enseignement fait partie intégrante du travail du réseau. En tout temps, il y a plusieurs étudiants de différentes disciplines et des internes qui font leur stage avec l'équipe. Les expériences des étudiants ont été positives et prouvent que de plus en plus de nouveaux étudiants choisissent de travailler dans ce service.

Le réseau s'étend non seulement dans les directions prévues mais aussi dans des directions imprévisibles bien que non surprenantes. Des étudiants travaillant sur un projet d'été ont recruté des gens dans leurs réseaux personnels pour rencontrer les besoins de leurs patients.

Une étudiante a consulté son père pour savoir à quel endroit le groupe pourrait acheter un chariot pour transporter les livres d'une bibliothèque mobile et son père s'est porté volontaire pour en construire un. La mère d'une étudiante parlant ukrainien, a fait un tableau illustrant certains mots pour une patiente, unilingue ukrainienne. Ce tableau permettait à la patiente de faire part de ses besoins essentiels à l'infirmière (ainsi, je veux aller à la salle de toilette, j'ai soif, etc.) et cette patiente n'avait plus à crier pour attirer l'attention de l'infirmière. Du point de vue de l'infirmière, le comportement de la patiente s'était amélioré et elle était devenue une patiente qui collaborait.

Dans ces deux situations, aucune de ces personnes ne faisait directement partie de l'équipe et ne partageait sa philosophie. Ces deux personnes ne sont même jamais allées à l'hôpital. Cependant, à leur façon, elles ont contribué au programme de réadaptation de l'équipe et aidé les patients et ont rendu service à l'égo du gériatre.

AVANTAGES DU CONCEPT DE RESEAU POUR LES PATIENTS ET LES MEMBRES DU RESEAU

Sarason et autres (Sarason, 1977) ont identifié plusieurs avantages des réseaux. Le réseau tel que décrit dans cet exposé souligne certains avantages:

1. dont le partage des renseignements, l'augmentation des ressources disponibles pour tous les membres du réseau pour l'accomplissement de leurs tâches.
2. Le concept de réseau favorise la collaboration et la coopération et améliore les services au patient. Les rôles se chevauchent à l'occasion mais comme le but est le même, les tensions engendrées par ces situations, sont réduites.
3. Les différentes disciplines profitent de leurs connaissances réciproques en élargissant leurs propres connaissances et en améliorant leur performance professionnelle grâce à une plus grande prise de conscience.
4. Le travail interdisciplinaire permet une vue d'ensemble des expériences. L'ergothérapeute qui accompagne la travailleuse sociale à une visite à domicile est plus apte à préparer le

patient pour le retour dans son milieu. L'infirmière peut faire comprendre à la travailleuse sociale l'importance d'un programme de soins pour la vessie et les intestins pour un patient qui retourne au foyer, puisque l'infirmière et la travailleuse sociale sont présentes toutes les deux lors de la réunion avec la famille.

5. Les membres du réseau s'entraident lorsque leur travail entraîne de la pression et du stress qui peuvent conduire au syndrome d'épuisement professionnel.
6. Un nouveau service peut être accueilli avec méfiance par les services établis. C'est pourquoi le réseau assure la protection à ses membres et renforce leur sens de valeur.
7. Les membres du réseau contribuent à la croissance et au développement d'un nouveau service. Ce défi se relève dans le sens d'une mission et avec le sentiment d'être un "pionnier". Le tact et la diplomatie assurent le succès de la "mission" et suscitent la confiance des autres membres du personnel de l'hôpital. De cette façon, le travail s'accomplira et le patient en tirera évidemment tous les profits.

RESUME ET CONCLUSION

Dans cet exposé, j'ai décrit le réseau créé par une équipe multidisciplinaire. Le réseau regroupe plusieurs personnes et structures avec une variété d'habiletés et de connaissances destinées au mieux-être du patient âgé. Vous êtes en droit de vous de vous demander comment le patient

et la famille s'intègrent dans ce réseau. L'objectif de cet exposé portait sur le réseau professionnel et sur son fonctionnement. En fait, sa raison d'être est le service du patient et de son réseau - un sujet pour un autre exposé - .

Hôpital St-Mary's (Montréal)
Division des Services Sociaux
du Centre des Services Sociaux Ville Marie

BIBLIOGRAPHIE

SARASON, S.B., CARROLL, C.F., MATON, K., COHEN, Lorentz (1977). Human Resource Networks. Jossey-Bass, San Francisco.

ABREVIATIONDIAGRAMME 2

M.D.	Gériatrie
INF.	Infirmière
ERG.	Ergothérapeute
PSYCHO.	Psychogériatre
PHYS.	Physiothérapeute
THE. RECR.	Thérapeute en récréation
SECR.	Secrétaire
T.S.	Travailleuse sociale
ETUD.	Etudiante

ABREVIATIONDIAGRAMME 3

D.M.	Médecine, chirurgie, etc.
B.N.	Bureau de nursing
D.E.	Département de l'ergothérapeute
D.Y.	Département de psychiatrie
D. PHYS.	Département de physiothérapie
D.S.S.	Département de services sociaux
BEN.	Département des bénévoles
---	Liaison indirecte
—	Liaison directe

ABREVIATIONDIAGRAMME 4

D.N.C.	Département du nursing communautaire
GOUV.	Gouvernement
V.M.	Centre de services sociaux
UN.	Université

DIAGRAMME 1

MISE SUR PIED DU RESEAU

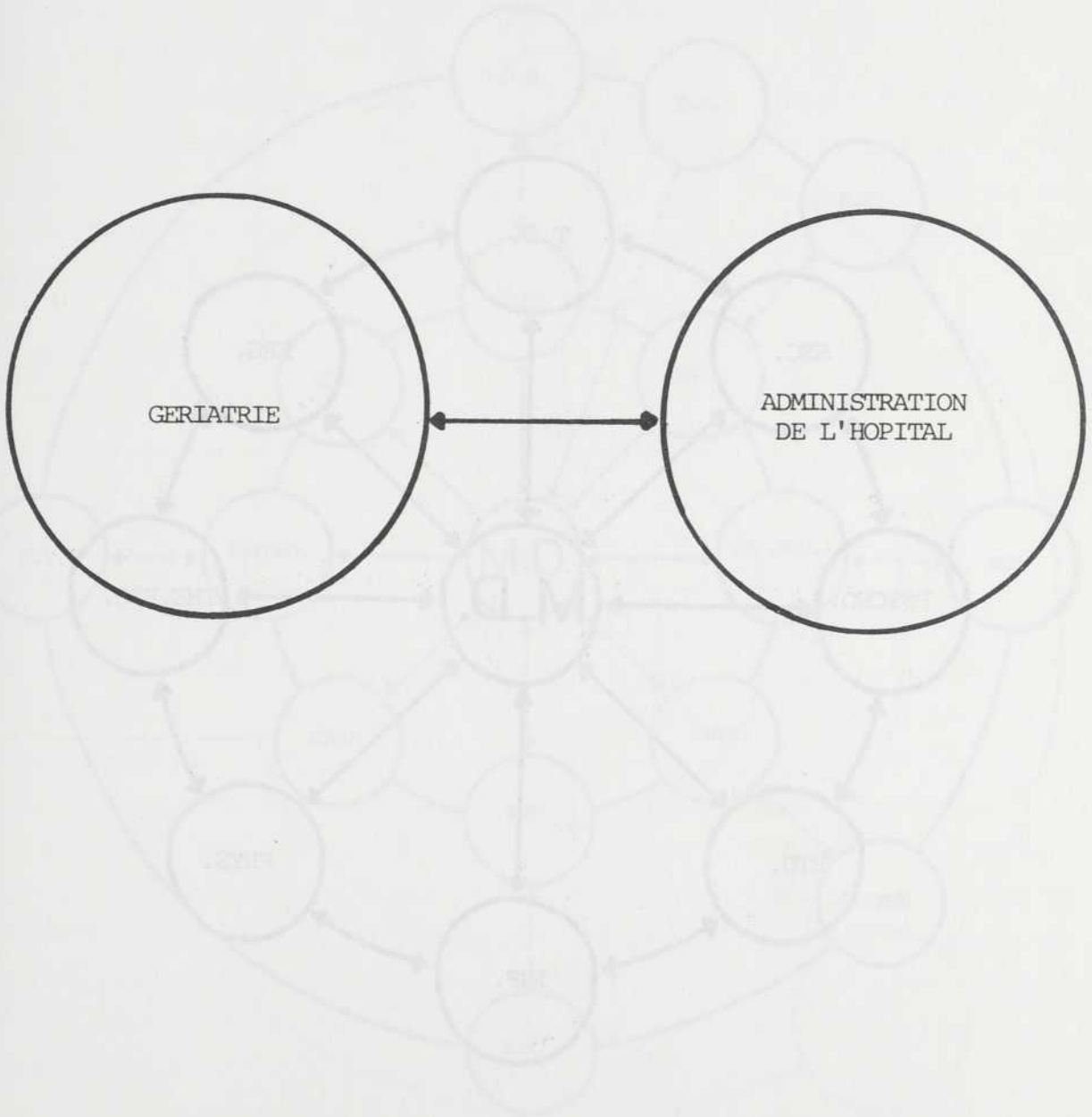


DIAGRAMME 2

RESEAU DE L'EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

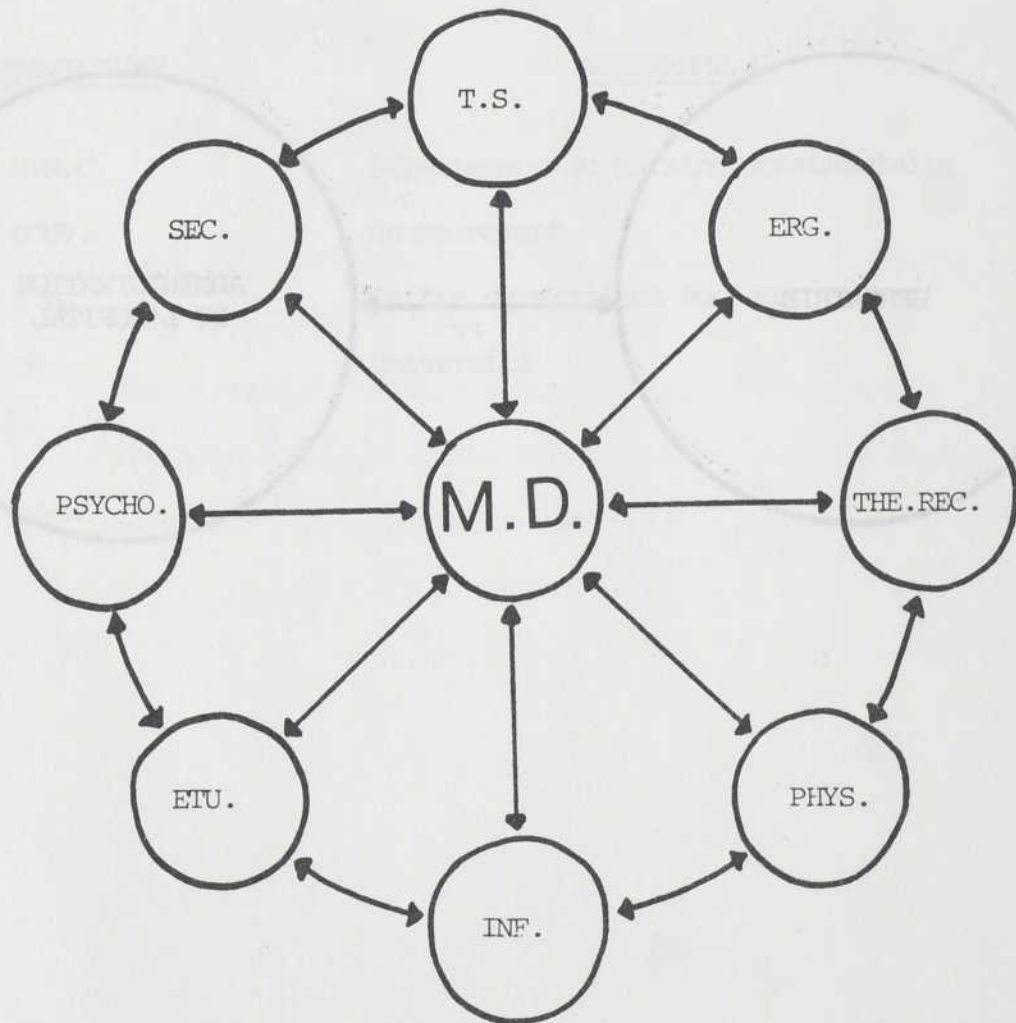


DIAGRAMME 3

EXPANSION DU RESEAU

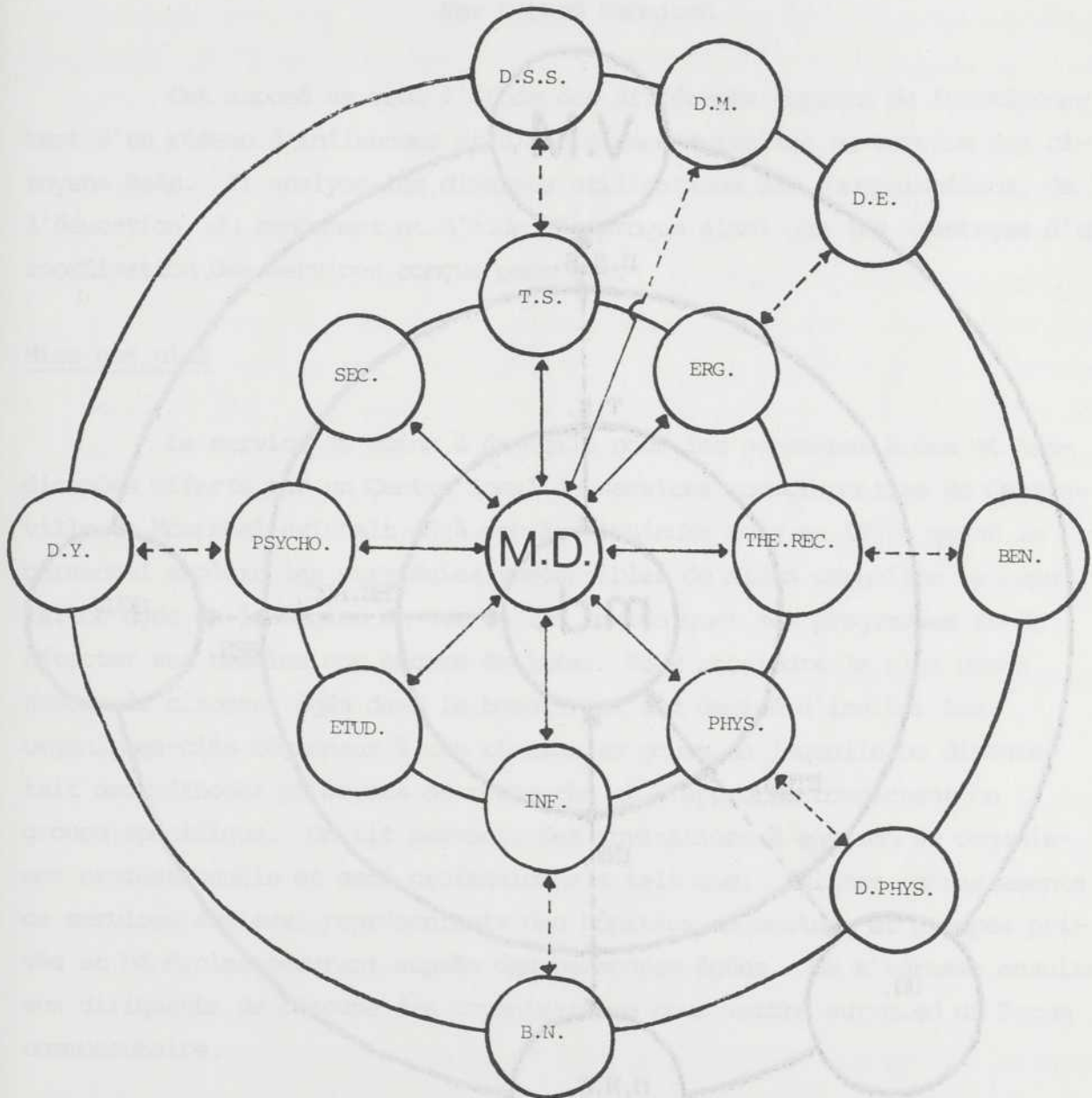
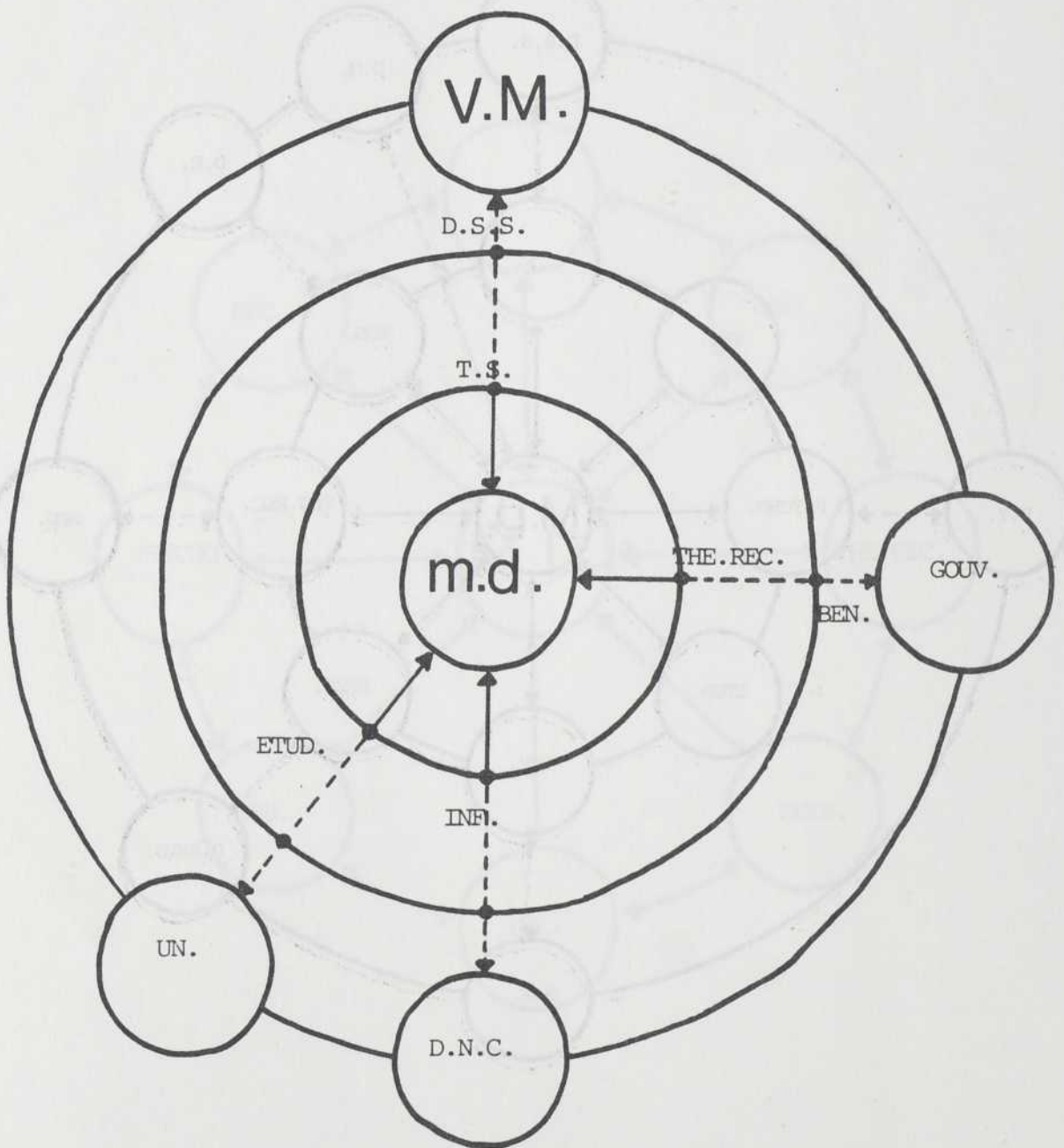


DIAGRAMME 4

RESEAU AU SEIN DE LA COMMUNAUTE



ORGANISATION D'UN RESEAU DE TRAVAILLEURS PROFESSIONNELS ET
SEMI-PROFESSIONNELS AU CENTRE-VILLE DE MONTREAL

Par Daphné Nahmiash

Cet exposé se veut l'étude des différents aspects du fonctionnement d'un réseau d'influences et d'assistance mutuelles au service des citoyens âgés. Il analyse les diverses utilisations des communications, de l'éducation, du rendement et d'aide réciproque ainsi que les avantages d'une coordination des services conçus pour eux.

Mise sur pied

Le service de soins à domicile pour les personnes âgées et handicapées offerts par un Centre local de services communautaires du Centre-ville de Montréal existait déjà depuis plusieurs mois en 1978, quand le personnel explora les stratégies susceptibles de mieux connaître la population âgée de la région en vue de lui communiquer ses programmes et de détecter ses besoins non encore évalués. Pour atteindre le plus grand nombre de citoyens âgés dans le besoin, il fut décidé d'inviter les organismes-clés régionaux à une réunion au cours de laquelle on discuterait des méthodes et moyens de recherche et d'approche concernant ce groupe spécifique. On fit parvenir des invitations à environ 60 organismes professionnels et semi-professionnels tels que: églises, départements de services sociaux, représentants des hôpitaux du secteur et groupes privés et bénévoles oeuvrant auprès des personnes âgées. On s'adressa ensuite aux dirigeants de chacune des organisations pour mettre sur pied un Forum communautaire.

Buts du Forum communautaire

Le tout premier but du Forum fut de coordonner les services aux personnes âgées sur le territoire du Centre local des services communautaires. La région comprenait une population approximative de 37,000 personnes dont environ 20 % de plus de 60 ans. Le problème le plus important était l'isolement étant donné que 87,5 % des bénéficiaires vivaient seuls. Nous devions identifier les personnes âgées nécessiteuses à l'intérieur de nos limites territoriales et, relier entre eux, les organismes locaux. En organisant un réseau de travailleurs professionnels et semi-professionnels, nous souhaitons identifier les programmes et les services proposés aux personnes âgées de notre région. Ce réseau était susceptible de canaliser l'information relative à ce qui avait été prévu pour eux. Par ailleurs, cette information empêcherait la duplication des projets et créerait des liens communautaires pour augmenter l'utilisation des ressources et services. En soulignant l'hiatus entre ces ressources et services, nous avons l'intention de les mettre en commun selon des besoins bien précis.

Description et évolution du réseau

La première réunion fut tenue en janvier 1978 au siège social du Centre local de soins communautaires avec un certain nombre de membres de divers organismes qui se sont renseignés mutuellement sur leurs projets. Ils ont ébauché des moyens d'interaction et d'assistance mutuelle. Le groupe s'est rapidement mis à la tâche, à travers des ateliers de travail conçus pour identifier les besoins et établir des relations entre ses membres. Les réunions se tenaient à l'heure du lunch afin de favoriser la connaissance de tous et de chacun et d'encourager l'assiduité aux réunions. On

se mit aisément d'accord sur certaines priorités, comme le logement et les bénévoles et on prit les décisions nécessaires pour répondre promptement et conjointement aux divers problèmes.

Fréquence des réunions

Le Forum s'est réuni une fois par 6 semaines sur une période de 5 ans. Il y eut parfois des réunions mensuelles et quelques interruptions pendant l'été. De petits comités se sont rencontrés régulièrement en dehors des réunions officielles du Forum.

Membres

Le nombre des membres s'est maintenu au cours des 5 dernières années et presque 50 % de ceux qui furent invités, c'est-à-dire environ 20 à 30 personnes sur 60 assistent aux assemblées. Le seul groupe qui s'est détaché est celui des représentants des églises. Un tiers seulement de ces représentants ont assisté aux réunions régulières. De nombreux efforts ont été faits pour augmenter cette participation, mais il appert que les gens d'église qui s'occupent des gens âgés sont ceux qui se joignent à nous le plus volontiers.

De 15 à 20 organismes ont été représentés régulièrement à nos réunions au cours des cinq dernières années. L'un des changements les plus significatifs fut que la direction de ces organismes a délégué un représentant après la première année. Ce geste est dû à un manque de temps des autorités dirigeantes de la communauté, mais aussi aux exigences de chacun des groupes qui se mettaient à l'oeuvre. Bien que le nombre des membres soit resté stable au cours des ans, les délégués ont

changé, soit parce qu'ils laissaient leur organisme soit parce qu'ils acceptaient d'autres tâches. Ce fait n'a nullement affecté la stabilité de notre réseau puisqu'un petit noyau de personnes a constamment été maintenu et a pu absorber les nouveaux venus chaque année. On peut même affirmer que notre groupe est plus homogène que dans d'autres secteurs du réseau. L'influence du Forum sur des membres jamais venus aux réunions est un autre phénomène intéressant. Nous avons décidé de continuer à envoyer des invitations aux dirigeants d'organismes qui n'ont, apparemment, jamais montré d'intérêt particulier au réseau. L'impact de l'utilité de ce geste fut noté alors que ses membres "absents" réfèrent des cas aux divers points de service du CLSC, démontrant ainsi que notre Forum n'était pas un groupe quelconque, mais un groupe sans cesse croissant et se développant à l'intérieur de son territoire.

Positions et rôles

Il y a eu un très net changement d'attitude entre les organismes à mesure que le réseau établissait des liens plus étroits. Les relations de travail en dehors du Forum communautaire se sont améliorées grâce aux membres du réseau. La compétition entre les groupes a diminué dans le travail conjoint visant des buts communs.

A l'opposé des études qui soutiennent que les réseaux de travailleurs sociaux se soient appauvris dans les centres urbains, nous estimons avoir établi un réel esprit communautaire au coeur de la grande ville. L'attitude des travailleurs envers les personnes âgées a également évolué grâce à un échange de renseignements et de programmes éducatifs. Le Forum avait établi des rôles bien déterminés quelque 3 ans après la mise en oeuvre du réseau de ses travailleurs, mais d'autres

attributions, celles-là moins importantes, telles le rôle de membres de comités et de leader de groupes, l'avaient été bien avant. Nous avons identifié ces leaders qui ont volontiers accepté de prendre la responsabilité d'un comité de direction concernant des habitations à loyer modeste dans leur région. Il s'est avéré très important, d'autre part, qu'une personne centralise la coordination des soins à domicile et l'organisation du centre local communautaire d'où irradie le travail des autres membres du réseau. Nous avons tenté de diminuer l'importance de ce rôle centralisateur en augmentant la participation des autres travailleurs du réseau mais les liaisons semblent exiger un point de ralliement central.

A titre de moyens d'information et d'éducation

La création du Forum communautaire a atteint ses buts d'informer les membres de sa communauté relativement aux projets et programmes destinés aux personnes âgées. Le Centre local des services communautaires s'est fait le canalisateur de divers renseignements parvenus de sources différentes pour, d'abord, s'en servir et, ensuite, les distribuer ailleurs dans la communauté. Nous annonçons régulièrement les projets à chacune de nos réunions, mais la plupart de nos renseignements sont échangés pendant les pauses-café ou au cours des déjeuners qui réunissent les différents membres du groupe pour discuter de programmes ou ordre de jour. Par ailleurs, les membres des comités glanent aussi leur part de renseignements et la partagent avec d'autres. On étudie également en profondeur des programmes tels, par exemple, le crime et les personnes âgées et le fonctionnement des soins de la santé et présente ainsi aux autres participants du Forum une forme d'éducation et d'information. Nos activités comprennent des cours proprement dits alors que

des gérontologues et experts dans divers domaines reliés aux personnes âgées sont venus partager leurs connaissances avec les membres du groupe. Nous avons aussi invité des conférenciers de divers secteurs afin d'aider les membres à comprendre les complexités du système des soins de santé et de leur donner les moyens d'en devenir des avocats plus efficaces.

A titre de "groupe de pression"

Le point tournant de la création de liens solides dans le réseau s'est probablement vérifié au moment de l'identification d'un problème commun, en 1979, celui du traitement des personnes âgées dans notre système de soins de la santé, un besoin reconnu par tous les membres de la communauté. Une équipe de travail fut mise en oeuvre et une documentation complète en résulta. Ce travail collectif fut concrétisé dans un mémoire identifiant les problèmes vécus par les personnes âgées sur une période de temps donnée. Ce mémoire fut soumis aux membres du Gouvernement provincial, aux membres de Conseil régional et à toutes les autorités des hôpitaux de la région, leur demandant une action immédiate. Un comité permanent, fut mis sur pied par des membres influents du système, à la suite de la pression exercée, dans le but de trouver des solutions aux problèmes vécus par les personnes âgées. La tâche du comité du Forum fut de surveiller le comité permanent et d'identifier d'autres problèmes éventuels. L'aspect intéressant de cette action fut que ce groupe de personnes, relativement sans pouvoir, fut pris au sérieux et établit un impact important sur le tout-puissant système de soins et ce, en renforçant des liens communs et en exerçant son droit de pression. Ce type d'action exige une somme énorme de travail et d'engagement des membres. Il renforce les liens entre les individus et allège leur sentiment d'impuissance.

A titre d'influence

Les personnes choisies à titre de membres du Forum étaient des leaders d'organisation de façon à assurer que chaque action communautaire soit soutenue par les membres les plus influents desdites organisations. Il a été noté, plus haut, qu'après la première année d'exercice, des membres moins influents dans leur organisation devinrent des délégués. Ce fait n'a, toutefois, pas affecté l'influence ou l'ascendance du réseau, car les membres ont continué d'être reconnus comme "représentants" de leur organisme respectif alors que les invitations étaient toujours adressées à l'âme dirigeante du groupe. Ce geste devint essentiel quand l'action communautaire eut besoin d'être appuyée. Grâce à l'engagement de ces leaders, qu'ils assistent ou non aux assemblées, les membres du Forum pouvaient mesurer le dévouement de l'organisation toute entière et les requêtes, souvent adressées à d'autres groupes, contribuaient à agrandir encore notre réseau. A travers le procédé d'identification avec d'autres professionnels et semi-professionnels, les individus ont été capables d'exercer plus d'influence sur les programmes et les services reliés aux personnes âgées dans leur propre structure. Si, face à un problème concernant sa propre organisation, un membre avait besoin d'aide, il appelait fréquemment un autre membre du réseau à cet effet. Nos membres ont agi à titre de consultants selon leur compétence, influençant ainsi des décisions concernant les gens âgés plusieurs fois au cours de l'existence de notre réseau. Ces membres se sont faits nos alliés pour résoudre avec nous, certains problèmes survenus hors le Forum.

A titre d'entraide

Voici peut-être l'avantage le plus important de développer un réseau d'aide aux personnes âgées. La plupart des organismes travaillaient

seuls antérieurement et ne bénéficiaient pas du support des autres membres de la communauté. Ces organismes étaient divisés par la langue, les différences historiques et une certaine incapacité d'entrer en relation avec leurs frères de la région. Le simple fait de rencontrer ces divers organismes aux réunions devenait un mécanisme d'aide réciproque. Les membres identifiaient des problèmes communs et, très tôt, commençaient à explorer des solutions conjointes. Un exemple de cette situation s'est concrétisé au moment où toutes les organisations bénévoles se sont réunies pour recruter des bénévoles pour l'été, alors que ce recrutement est le plus difficile. Les ressources d'urgence concernant les besoins des personnes âgées furent mises en commun au bénéfice de tout le réseau. Un registre de logements commençait de résoudre quelques problèmes d'habitation et un programme de bénévoles fut établi par le Forum, incluant des échanges de services parmi les membres tels que gardes d'enfant pour enlèvement de neige, afin d'étendre les ressources communautaires. Des réunions furent tenues dans diverses organisations, les encourageant à une liaison plus complète. Un véritable esprit communautaire au coeur d'un centre urbain résulta de ces efforts de communication et servit de toile de fond à une entraide qui a fait ses preuves pendant presque 6 ans.

A titre de privilège pour les personnes âgées

Notre analyse des divers avantages attachés à la mise sur pied d'un réseau de travailleurs professionnels et semi-professionnels nous conduit aux conclusions suivantes:

1. Les services offerts aux personnes âgées peuvent être coordonnés et utilisés plus efficacement.

2. La duplication des programmes et des services est évitée.
3. Les renseignements relatifs aux programmes déjà existants peuvent être communiqués à travers le réseau.
4. La clientèle âgée est avertie des programmes qui lui sont destinés et ces services sont conçus en fonction des besoins des personnes âgées.
5. Les personnes âgées à risque peuvent être aisément identifiées par les organisations.
6. Les écarts dans les services deviennent faciles à déceler et les façons de résoudre les problèmes découvertes conjointement.
7. Les travailleurs professionnels et semi-professionnels sont formés en vue d'une meilleure compréhension des problèmes de la gérontologie.
8. Les communications ont amélioré les diverses liaisons du réseau.
9. Les droits des personnes âgées peuvent être défendus par des tactiques de pression et des actions communautaires sous surveillance.
10. Un esprit communautaire peut se développer même au cœur d'un milieu hautement urbanisé.

11. Les ressources communautaires doivent être portées à une utilisation maximale.
12. Les leaders de la communauté sont identifiés et utilisés.

Conséquences de la recherche

Il pourrait être appréciable d'analyser de façon scientifique la possibilité de duplication de ce genre de réseaux de travailleurs en vue de développer ou de mieux coordonner les services offerts aux personnes âgées, à l'avenir.

CLSC METRO

BIBLIOGRAPHIE

BARNES, J.A. Social Networks. Université de Cambridge.

CORIN, Ellen. La dynamique des réseaux sociaux des personnes âgées: point départ pour une autre pratique.

GUEDON, Marie-Chantal. Le champ d'intervention - Réseaux primaires et institutions sociales.

LES RESEAUX DE SUPPORTS NATURELS:
AVANTAGES AU VIEILLISSEMENT

Par Edith Skutezky-Odier

La recherche sur laquelle cet exposé est basé avait été effectuée au cours de l'hiver 1981 dans le secteur de Ste-Agathe-des-Monts, St-Donat-de-Montcalm et St-Jovite. Elle visait de faire état de la satisfaction de leurs besoins actuels telle que perçue par les personnes âgées de 65 à 85 ans dans ce milieu rural, à même leurs revenus présents.

Les résultats de cette étude qui ont été le sujet d'une communication en 1982 lors du 50ième Congrès de l'A.C.F.A.S. à Montréal et qui ont été publiés depuis, sous le titre "La Personne âgée et son revenu en milieu rural" étaient intéressants. La cohorte étudiée dans cette région avait exprimé un degré de satisfaction relativement élevé en ce qui concerne leur pouvoir de combler leurs besoins à même leurs revenus présents et cela, en incluant l'éventail des services de soutien à leur disposition, qu'on pourrait appeler leurs avantages sociaux.

Suite à une suggestion du Docteur Lotte Marcus de l'Université McGill, j'ai effectué une analyse secondaire des informations obtenues auprès des 167 personnes questionnées lors de la cueillette de données, qui avait été conduite à l'aide d'un questionnaire très simple de 15 points et par entrevues à questions ouvertes. Selon l'avis de Mme Marcus, un des facteurs qui contribue de façon importante et déterminante à la manière positive que ces gens perçoivent leur retraite et/ou leur vieillesse est l'étendue et la qualité de leur réseau de supports naturels.

Si on se réfère au modèle de A.M. Guillemard (1973) selon lequel les comportements appris antérieurement tendent à se reproduire dans la conduite de la retraite et surtout dans la vieillesse qui s'ensuit, il devient évident que leurs antécédents prédisposent les personnes âgées de cette région rurale à un "Age d'Or" plus doré qu'un grand nombre de leurs pairs contemporains, en centres urbains, par exemple.

L'étude qui tient compte qu'il est généralement accepté que l'idéal, c'est de passer sa vieillesse au sein de la famille étendue et que le bien-être d'une personne âgée se voit influencé non seulement par des facteurs bio-psycho-économico-sociaux et culturels mais aussi par son vécu, c'est-à-dire ses antécédents personnels, partait d'une rétrospective sur la vie sociale et économique passée de la cohorte étudiée. Pour faciliter la cohérence et la vue d'ensemble de cet exposé, je me permets d'en faire un bref résumé.

L'enquête avait révélé qu'il s'agissait là des enfants et petits enfants de "pionniers" venus "coloniser" les "Pays d'En-Haut", issus en majeure partie de la migration de familles entières au cours de la deuxième moitié du siècle dernier. Ils avaient dû quitter leurs terres à cause du surpeuplement des autres régions cultivables et de l'appauvrissement des sols au Québec.

Leur histoire de vie en est une de double colonisation: par la vie de pionniers d'abord et par l'arrivée massive de touristes par la suite. Ce qui ressort très clairement de cette étude est que les épreuves et privations subites, ainsi que l'insécurité relative de leur vie active ont conduit ces gens à développer une adaptabilité et solidarité exemplaires. Par les concours de circonstances, des liens de parenté extrêmement

serrés, consolidés par de multiples mariages consanguins, se sont également enracinés. "Tout le monde connaît tout le monde".

Selon la théorie d'échanges de Peter M. Blau (1964), les individus sont des êtres sociaux qui ne peuvent pas satisfaire leurs intérêts propres sans satisfaire dans un même temps les intérêts propres d'autrui, le point de départ fondamental des mécanismes d'interactions sociales structurées se trouvant à même des conditions d'échanges existentielles.

L'analyse de réseaux est, selon Jeremy Boissevan (1973), un essai à la réintroduction du concept de l'homme comme un être à interactions sociales, capable de manipuler autrui autant qu'il peut être manipulé lui-même par eux. Elle se préoccupe de la dynamique inhérente aux relations entre des êtres sociaux indépendants. De plus, l'analogie de réseaux indique que les individus sont dépendants les uns des autres et non pas d'une société abstraite. La nature des interactions parmi des individus et leurs parents, qu'ils soient proches ou éloignés, est influencée par la personnalité et le comportement de chacun.

Elizabeth Bott (1971) explique, que conceptuellement, un réseau se place entre la famille et l'ensemble de son environnement social et que la variété dans l'environnement total permet un choix dans le champ des relations sociales externes. Ce choix étant influencé par des facteurs situationnels et par les personnalités des membres de la famille.

Dans la littérature en sociologie de la famille, on retrouve aussi des références fragmentaires mais fréquentes au sujet "de la Famille dans la communauté", impliquant que la communauté est un groupe organisé dans le cadre duquel la famille est intégré.

Enfin, dans toutes les sociétés "primitives", la famille apparaît au centre de réseaux étroitement liés. Les époux vivent entourés de leur parenté qui devient, par conséquent: voisins, amis et compagnons de travail. On retrouve un réseau étendu en dehors de la cellule familiale comme telle, qui comprend les parents, parentes et les "belles familles". Un grand nombre des activités et du temps de vie de chaque individu sont consacrés à ces relations. Hommes et femmes se fient sur leur parenté directe et par alliance et recherchent support, assurance et protection près d'eux. Par conséquence, les relations avec la parenté contrôlent non seulement les relations d'ordre familial, mais aussi celles d'ordre politique, économique et autres. On dépend généralement de ces relations familiales plutôt que des professionnels et des institutions spécialisées.

Contre cette toile de fond, la pratique, plus précisément les résultats de la présente étude, semblent confirmer la théorie.

La vie active des aînés des "Pays d'En-Haut" a été vécue dans des ménages multifamiliaux, composés majoritairement d'agriculteurs et/ou de bûcherons. Elle évoluait autour de la famille nombreuse et de son bien-être, le bonheur et/ou le malheur de l'un ou de l'autre. En ce qui a trait à leur vie économique, les habitants de cette région ont toujours été "pauvres" en termes de richesses matérielles. On travaillait très fort et le repos constituait un loisir mérité.

Si on se réfère à la pyramide de Maslow dans l'analyse de la satisfaction des besoins de notre population-cible, on doit admettre qu'on rencontre là, un phénomène inverse à la norme habituelle. Ces gens ont été confrontés à des difficultés énormes pendant toute leur vie. Il leur a toujours été difficile de combler leurs besoins physiologiques et de

préservation. Par contre, il paraît évident que c'est précisément par cette lutte constante de survie qu'ils ont réussi à développer les stratégies compensatoires qui leur ont permis de combler leurs besoins de croissance, donc ceux d'ordre social et d'épanouissement. Ils étaient très riches en amour, affection, réalisation de soi et des autres. Ils ont transformé ce qu'on considère habituellement comme handicap en avantages. En développant une solidarité exemplaire, ils ont réussi à améliorer leur qualité de vie présente et future considérablement.

Les bouleversements provoqués par la civilisation industrielle ont été ressentis d'une façon moins dramatique dans cette région que dans les centres urbains. Cela peut s'expliquer partiellement par les distances géographiques qu'il y avait à parcourir avec des moyens de transports primitifs, sur des chemins presque impraticables pendant un nombre considérable de mois par année. Cependant, même les événements de la guerre mondiale de 1939 à 1945 qui ont provoqué la migration d'un nombre considérable de jeunes vers les centres urbains, causant ainsi un certain déséquilibre des cellules familiales, n'a pu rompre les liens étroits qui existaient parmi elles. Ces liens sociaux-affectifs sont restés forts à travers les distances, assurant la survie de la famille semi-étendue, leur permettant de surmonter de nombreux états de crises, facilitant la solution de problèmes et améliorant la qualité de vie de part et d'autre.

Si les personnes interrogées au sujet de leur satisfaction de vie à même leurs revenus se sont exprimées de façon favorable, c'est sans aucun doute parce que les revenus que la société leur offre au crépuscule de leurs jours leur procurent une sécurité matérielle qui leur était inconnue auparavant. Par contre, ces mêmes ressources sont offertes à des milliers d'autres de leurs contemporains sans pouvoir leur procurer le

confort visé et/ou une satisfaction de vie comparable. Il semble donc, que la clef du bien-être global de notre cohorte, serait plutôt attribuable à leurs attitudes et leur adaptabilité et/ou leur état d'esprit d'abord, leur capacité de maintenir et de cultiver leurs traditions et leurs liens familiaux jusqu'à nos jours, et par conséquence par leurs réseaux de supports naturels.

Dans mon communiqué "La personne âgée et son revenu en milieu rural", j'ai fait mention que les aînés de la région des "Pays d'En-Haut" sont fiers et indépendants, mais que cette fierté ne les empêche pas d'accepter l'aide qui leur est offerte et qu'ils la perçoivent comme un dû après leur vie de labeur ardu. Je me suis également prononcée sur la manière dont les politiques du Ministère des Affaires Sociales du Québec, qui ont pour objectif, de mieux répondre aux besoins de nos aînés, sont mises en pratique dans cette région et cela, de façon adéquate et satisfaisante.

Vu dans l'optique de la théorie des réseaux de supports naturels, ces paradoxes peuvent s'expliquer comme suit: dans un premier temps, un nombre important des "intervenants" sont effectivement des membres de la famille, des enfants, petits ou arrière petits-enfants de parents ou de parentes, qui ont été instruits et formés aux tâches qu'ils exercent à titre de professionnels maintenant, que ce soit à l'hôpital, aux soins à domicile, aux centres ou mini-centres de jour, en service social ou autres. Même le chauffeur du "Minibus" est le petit fils d'untel et l'autre, bénévole, qui se voit défrayer un pourcentage du coût du carburant pour ses services, est le neveu qui a reconduit "Ma-tante" pour faire ajuster ses lunettes. Il en est de même avec la voix qui répond au téléphone, au numéro du service bénévole de dépannage: elle appartient à "quelqu'un

qu'on connaît..." Par conséquent, il n'est pas difficile de comprendre que les services acceptés ne sont en somme que perçus comme la version du temps présent des services rendus anciennement à ses parents et grands-parents, qu'on gardait et soignait sans demander de questions et sans s'attendre à une rémunération, tout en s'inquiétant tout de même de sa propre vieillesse. Il s'agit donc là, tout simplement, d'une continuité des traditions, adaptée au contexte du présent.

D'autre part, il ne semble que "naturel" que ces services rendus par les intervenants du réseau des services sociaux soient d'autant plus efficaces qu'ils soient personnalisés et rendus avec intérêt réel, dirigés vers des êtres connus, respectés et aimés, au sein de cette "grande famille".

A titre de résumé, il me semble réaliste de conclure, que les réseaux de supports naturels sont de vrais avantages au vieillissement. Il me semble aussi, que cette étude nous transmet un message clair et simple: peu importe ce qui se passe dans le monde autour d'eux, les résidents de la région décrite dans cette étude continuent de s'occuper et de se préoccuper de leurs parents contribuant ainsi de façon décisive au bien-être global des personnes âgées. La destitution, la solitude et l'isolement n'y posent pas de problèmes réels. La famille semi-étendue y prévaut, permettant la survie des traditions et assurant par ce fait même, une satisfaction de vie singulièrement élevée à leurs aînés. Les valeurs et attitudes d'un passé partagé ont créé la matrice d'un champ relationnel qui est muni de liens solidement noués. Enrichi d'un revenu assuré et par un système de supports bien adapté et organisé, la situation prévalente en est une inhabituelle dans notre société moderne. Elle en est, en tout cas, une qui diffère radicalement de celle qu'on

retrouve normalement dans les centres urbains. Cependant, il paraît qu'on peut retrouver des situations semblables dans d'autres régions rurales québécoises. Par contre, il semble rationnel de présumer que les générations futures de personnes âgées se présenteront dans une lueur différente, qu'elles soient de provenance rurale ou urbaine.

BIBLIOGRAPHIE

- ARQUIN, Jocelyn, BEAUDOIN, André, LEMMENS, Martin et THIBAUT, Michel. Après 65 ans, Condition de vie, besoin, satisfaction. Conseil régional de Bien-être de Sherbrooke, (1972).
- ASSOCIATION QUEBÉCOISE pour la Défense des Droits des Retraités et Pré-retraités. La situation économique des Retraités du Québec. F.E.P. Université de Montréal, (1980).
- BARNES, J.A. An Addison-Wesley Module in Anthropology. "Social Networks", Module 26, p. 1-29, (1972).
- BLAU, Peter M. Exchange and power in social life. New-York, Wiley, (1964).
- BOISSEVAN, Jeremy, MITCHELL, C.J. Network Analysis, Studies in Human Interaction. Mouton, La Haye, Paris, (1973).
- BOTT, Elizabeth. Family and Social Networks. Free Press, The Macmillan company, New-York, (1971).
- COWGILL, Donald, HOLMES, Lowell D. Aging and Modernization. Appleton Century, New-York, (1972).
- CLARK, M. Margaret. Contributions of Cultural Anthropology to the Study of the Aged in Nadler, L. & Maretzki. T. (eds), Cultural Illness and Health, Anthropological Studies, No 9, AAA, (1973).
- GUILLEMARD, Anne-Marie. La retraite: une mort sociale. Paris, Mouton, (1973).
- PERREAULT, Madeleine et ROY, Louise. Bilan de la situation des Personnes Agées dans le comté Laurentides-Labelle. Office de Planification et de Développement du Québec, Montréal, (28 juillet 1978).

PLAMONDON, Gilles et PLAMONDON, Louis. Pour une problématique de la crise de la retraite. F.E.P., Université de Montréal, (1981).

SKUTEZKY-ODIER, Edith. Les Cahiers de l'A.C.F.A.S. No 13. "La personne âgée et son revenu en milieu rural", La recherche gérontologique au Québec, Les Presses de l'Université du Québec, Sillery, Québec, (1982).

ZENIE, Alexandre et TREMBLAY, Richard. Etude des Besoins des Personnes Agées de la région Laurentides-Lanaudière. Comité Retraite-Action, CRSSSL, CSSLL, (1980).

PROMOTION DE L'UTILISATION APPROPRIÉE
DES MÉDICAMENTS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES
GRACE À UN LIVRET GENRE CARNET DE SANTÉ

Par Marthe Briand

Au printemps 1982, la Direction de la promotion de la santé approuvait le projet "Promotion of Appropriate Drug Use Amongst Elderly Multiple Drug Consumers". Le Centre de Santé Côte de Sable, un centre de santé communautaire d'Ottawa, a mis sur pied et supervise ce projet dont la durée prévue était d'un an (septembre 1982 à septembre 1983).

Le projet a pour but 1) de faciliter l'identification et la prévention de certains problèmes associés à l'usage des médicaments (par exemple: les interactions médicamenteuses), 2) de promouvoir l'utilisation de thérapies alternatives (exercice, diète, ...) et 3) d'encourager les personnes âgées à s'impliquer davantage en ce qui concerne leur santé. Les personnes âgées, vivant dans la communauté et qui consomment trois médicaments et plus régulièrement constituent la population-cible. Plus concrètement, il s'agissait de produire un carnet format passeport qui permettrait à l'utilisateur de tenir à jour des renseignements complets sur sa médication. Il s'agissait également de promouvoir l'utilisation de ce carnet dans la région d'Ottawa.

Après une période de recherche et de consultation, une première édition "officielle" du livret était imprimée en février 1983. Des exemplaires de celle-ci ont été soumis à des consommateurs, des professionnels de la santé et des associations, pour fins de révision. En mai 1983, une nouvelle édition, ainsi que sa version française, était imprimée. Quelques centaines

d'exemplaires de cette édition sont présentement utilisés par des personnes âgées de la région d'Ottawa. La plupart des professionnels de la santé et des consommateurs impliqués s'en sont dits satisfaits. Leurs recommandations ont servi de base à l'élaboration d'une édition finale qui sera achevée d'imprimer en novembre prochain.

A cause de l'intérêt suscité par ce projet à travers le Canada et aussi, à cause de la complexité de la tâche, la période de développement du PASSEPORT a été plus laborieuse que prévue. Grâce à une nouvelle subvention de la Direction de la promotion de la santé, le projet se poursuivra une année de plus, soit jusqu'en septembre 1984.

Durant la prochaine année, le "PASSEPORT SANTE de l'utilisateur de médicaments" continuera d'être diffusé dans la région d'Ottawa. Il sera également introduit en différents endroits à travers le pays, dans le but de vérifier son utilisation et son acceptation dans des contextes diversifiés. Selon les résultats obtenus et les ressources disponibles, une stratégie de distribution nationale pourrait être envisagée pour septembre 1984.

Université de Montréal

LES SOINS INFIRMIERS AUPRES DES PATIENTS AGES:
L'EVALUATION D'UNE APPROCHE BASEE SUR UN MODELE D'ADAPTATION

Par Louise Lévesque

Mary Reidy

Evelyn Adam

Denyse Latourelle

Des observations intensives faites à l'intérieur d'unités de soins auprès de malades chroniques âgés ont révélées que la plupart du temps était consacré à la satisfaction des besoins physiques et à la garde des patients. Par conséquent, nous nous sommes demandés de quelle façon le personnel infirmier pourrait être aidé de manière à donner des soins orientés vers une idéologie de réadaptation et ne réponde pas seulement aux besoins physiques des patients mais également aux besoins psychosociaux, tels que le besoin d'être apprécié, d'être respecter et de s'affirmer.

A l'intérieur d'unités de soins étendus, les soins infirmiers souffrent nécessairement d'une grande "dépendance" (e.g. suivre les directives du médecin à la lettre); moins de temps est donc alloué aux soins à caractère "indépendant" (e.g. tâches et fonctions spécifiques aux soins infirmiers). De l'avis de la gérontologie et de la gériatrie, cette habitude ne répond pas aux besoins des patients. Les fonctions dépendantes de l'infirmière prennent moins de place puisque, la plupart du temps, l'état de santé du patient est sous contrôle. Plusieurs facteurs, autre que la maladie viennent affecter le rétablissement et le bien-être de ces patients. Le manque de confort et de bien-être est souvent le résultat de la différence qui existe entre la vie que les patients souhaitent avoir

et celle que l'institution et le personnel leur permettent d'avoir. Une approche humaniste, basée sur une série d'interventions favorisant une meilleure qualité de vie et de développement du potentiel du patient âgé, semblerait plus appropriée.

Les observations ont servi à élaborer ce projet qui consiste, premièrement, à développer une approche infirmière globale basée sur un modèle d'adaptation en nursing (Roy, 1976) et, deuxièmement, à évaluer les effets de cette approche sur le fonctionnement des malades chroniques âgés.

Le modèle d'adaptation de Roy

L'homme est considéré, ici, comme étant un être bio-psycho-social répondant à des stimuli internes et externes (focals, contextuels et résiduels) de quatre façons (ou modes) différents (Roy, 1976). Une réponse positive aux stimuli constitue un comportement adaptatif qui contribue au maintien de l'intégrité bio-psycho-social. Une réponse négative (ou un comportement mésadapté) provoque la détérioration (ou ne favorise pas le maintien) de l'intégrité bio-psycho-social; ceci indique donc un problème d'adaptation. Les quatre modes d'adaptation sont les suivants: le mode physiologique qui assure l'intégrité biologique et physique; le mode lié à l'estime de soi qui protège l'intégrité psychologique; le mode lié à la fonction de rôle et le mode d'interdépendance qui assurent l'intégrité psychosocial. Qu'est-ce que tout cela signifie, d'un point de vue pratique, pour l'infirmière qui soigne un patient? Cela signifie qu'elle va se représenter le patient comme étant un système adaptatif qui répond aux stimuli en utilisant les quatre modes d'adaptation. Son intervention consiste donc à manipuler les stimuli de façon à ce que

les comportements adaptés soient préservés et que les comportements mésadaptés soient changés. Ceci est évidemment une formulation abstraite qui nécessite une opérationnalisation.

Les quatre modes d'adaptation de Roy couvrent une grande étendue des comportements humains; il était impossible de tenir compte de tous ces comportements à l'intérieur de la présente recherche. Par conséquent, nous avons fait l'inventaire des problèmes rencontrés lors de plusieurs séries d'observations cliniques ainsi que ceux proposés à l'intérieur de la littérature pertinente. C'est à partir de ce vaste inventaire que nous avons sélectionné les problèmes d'adaptation qui seront utilisés au cours de ce projet de recherche. De façon succincte, les critères utilisés pour la sélection, ont été: la fréquence du problème; son action sur, au moins, deux modes d'adaptation et la possibilité d'une intervention infirmière. De plus, les stimuli principaux pour ces groupes de patients ont été identifiés de la même façon. Les stimuli sélectionnés sont les suivants: l'environnement physique et social de l'unité des soins; le processus de vieillissement; l'état de santé; les comportements du personnel tels que la surprotection, la rudesse; les comportements de la famille; la perte d'un être cher et le manque de support et d'appréciation pour d'autres rôles que celui de personne malade et passive. Enfin, basés sur les problèmes d'adaptation sélectionnés, certains résultats escomptés, dérivés de l'utilisation du modèle, ont pu être prédits. Le processus d'opérationnalisation du modèle a été décrit ailleurs (Lévesque, 1980). Le tableau 1 présente, pour chacun des modes, les problèmes d'adaptation sélectionnés, les résultats observés ainsi que les instruments ayant servi à leur évaluation. Pour obtenir des informations sur la validité et la fidélité de ces instruments, il est nécessaire de se référer à la liste de références. Ces instruments, développés par l'équipe responsable de ce projet de recherche, ont été validés lors d'une étude pilote.

TABLEAU 1

Problèmes d'adaptation, résultats escomptés et mesures utilisées

	Modes et catégories *	Problèmes d'adaptation sélectionnés	Résultats espérés
Physiologique	Exercice et repos	Insomnie, diminution de la mobilité locomotive	Usage décroissant de médicaments, surtout les drogues psychotropiques. Feuilles d'observation: nombre, dosage des médicaments réguliers et p.r.n.
	Elimination	Incontinence, constipation	
	Fluide	Déshydratation	
	Sens	Problèmes de communication dus à des diminutions auditives et visuelles et à l'aphasie	
Estime de soi	Soi-physique	Perception de l'image corporelle	Hausse de moral. Echelle développée par l'équipe (Lévesque <i>et al.</i> , 1981) Amélioration du fonctionnement cognitif "Mental Status Questionnaire (Kahn <i>et al.</i> , 1960), Set Test (Isaacs <i>et al.</i> , 1972); Wechsler Memory Scale (Wechsler, 1945) and "Face and Hand Test" (Fink <i>et al.</i> , 1952)
	Soi personnel	Perception négative de soi, moral à terre Confusion, détérioration cognitive	
Fonction du rôle		Perte de la famille et des rôles sociaux	Plus grande maîtrise du rôle de personne âgée possédant des limites de santé: engagement dans des relations sociales et davantage d'activités personnelles différentes de celles reliées à sa condition de malade et la prise en charge de sa santé. Echelle développée par l'équipe (Lévesque <i>et al.</i> , 1981)
		Difficulté de trouver des substituts aux rôles perdus	
		Prédominance du rôle de malade	
		Changements de rôles	

Interdépendance	Affiliation	Isolation et solitude	Moins de solitude, telle que mesurée par trois (3) questions. Un réseau affiliatif plus étendu avec le personnel, les patients et la famille. Echelle développée par l'équipe (Lévesque <i>et al.</i> , 1981)
	Affirmation de soi	Victimisation, soumission Handicap excessif (écart entre le handicap fonctionnel et les limites physiologiques)	Une plus grande affirmation de soi, telle que mesurée par "Locus of Desired-Control Interview Questionnaire (Reid <i>et al.</i> , 1977) Autonomie accrue à l'intérieur des activités journalières. Echelle développée par l'équipe (Lévesque <i>et al.</i> , 1981)

* Ce tableau ne présente que les catégories pour lesquelles les problèmes d'adaptation ont été retenus.

L'évaluation de l'approche infirmière

L'approche a été basée sur un modèle d'adaptation qui requièrait l'utilisation d'un processus systématique à six (6) étapes découlant de la méthode de résolution de problème (Roy, 1976), à l'intérieur de la relation d'aide avec les patients et leur famille, à l'intérieur des stratégies de formation du personnel, à l'intérieur de la connaissance autant des principaux stimuli et problèmes d'adaptation que des diverses techniques de manipulation des stimuli, tels que le groupe de réminiscence, le contact avec la réalité et la stimulation sensorielle.

L'application du modèle par le personnel infirmier n'a pas seulement été limitée à l'identification des problèmes d'adaptation énumérés au tableau 1; le modèle fut plutôt utilisé afin d'étudier la pleine étendue des problèmes d'adaptation ainsi que tous les comportements possibles à adopter. Si cela n'eut été fait, l'étendue des actions infirmières aurait été limitée et incomplète et l'intervention n'aurait pas été individualisée.

L'intervention, d'une durée de huit (8) mois, fut, en fait, une démonstration clinique de l'application de cette approche globale en nursing. Une infirmière, formée à cette approche, a travaillé au sein de chacune des unités expérimentales. Elle agissait à titre de personne-ressource et de superviseur pour le personnel de l'aile concernée. De plus, trois cliniciens ont organisé une série de cours et d'ateliers destinés à aider le personnel infirmier à acquérir les connaissances et les habiletés nécessaires.

Méthodologie

Ce projet de recherche en est un de type quasi-expérimental. Le milieu dans lequel s'est déroulé la recherche est un centre hospitalier de soins prolongés, d'une capacité de 500 lits et desservant une population canadienne-française de Montréal. L'échantillon est composé de 100 sujets (âge moyen 65,7) constituant le groupe expérimental et de 46 sujets (âge moyen 69,3) constituant le groupe contrôle. L'échantillon est composé à 73 % d'hommes et 66,8 % des sujets ont été hospitalisés sur une période d'un (1) an. Les sujets furent évalués, au niveau des variables sélectionnées, avant et après l'intervention clinique; des évaluations continues ont également été entreprises mais les résultats de celles-ci ne seront pas rapportés ici.

Des différences de moyennes entre le groupe expérimental et le groupe contrôle ont été calculées autant lors du pré-test que lors du post-test. On retrouve, au niveau de plusieurs variables, lors du pré-test, des différences statistiques entre les moyennes des deux groupes. Ainsi, l'écart entre le pré-test et le post-test fut analysé, premièrement, de façon à identifier l'amélioration ou la détérioration de l'état des sujets à l'intérieur de chacun des groupes. Nous avons également vérifié si le groupe expérimental présentait une amélioration ou une détérioration plus grande, entre le pré et le post-test, lorsque comparé au groupe contrôle. Les résultats reportés dans la présente étude sont ceux d'un sous-échantillon (sujets ayant 60 ans et plus et ayant été admis à l'hôpital trois (3) mois avant le pré-test; les résultats sont présentés au tableau 2).

Résultats

A l'exception des médicaments, du "Mental Status Questionnaire" et du "Face and Hand Test", un score élevé indique un niveau positif élevé sur une variable donnée. Le tableau 2 présente les résultats obtenus.

Concernant le mode physiologique, en prenant la moyenne du pré-test comme mesure de base, on constate que les sujets du groupe expérimental présente une augmentation significative du nombre de médicaments réguliers prescrits par jour. Cependant, le groupe expérimental, présente une diminution significative du nombre total de p.r.n. donné par semaine. L'analyse concernant les drogues psychotropiques n'a pas été complétée. La seule différence significative observée au niveau du mode relié à l'estime de soi, concerne la fonction cognitive telle que mesurée par le "Face and Hand Test". Cependant, dans ce cas, c'est le groupe expérimental qui présente une diminution significative de fonctionnement cognitif.

Au niveau du mode relié à la fonction de rôle, le groupe expérimental présente une augmentation significative des activités sociales et personnelles. Au niveau du mode d'interdépendance, le groupe expérimental présente une augmentation significative à l'intérieur du réseau affiliatif entre les autres patients.

Tel que mentionné au tableau 1, la solitude a été mesurée à l'aide de trois questions. Seulement une question révèle que les sujets du groupe expérimental vivent de moins en moins de solitude à partir du moment de leur admission à l'hôpital.

TABLEAU 2

Values between the experimental and the control groups
for differences of means over time

	Outcomes	N		Differences Time ₂ - Time ₁				t	p
		Experimental	Control	Experimental		Control			
				M	SD	M	SD		
Physio-logic	Total no of drugs	59	62	-.58	2.83	-.18	1.51	-.96	.170
	No of regular drugs								
	Px/day	59	62	.15	1.06	-.47	1.46	2.68	.004*
	No of p.r.n. drugs given/week	59	62	-2.51	6.84	1.34	10.89	-2.34	.011*
Self-concept	Moral	37	32	-1.81	7.43	-.31	6.86	-.87	.195
	Cognitive functioning								
	Wechsler Memory Test	31	26	1.48	6.78	.58	3.24	.66	.256
	Set Test	36	32	-.36	6.37	-2.28	6.52	1.23	.112
	Mental Status Questionnaire	42	38	0	1.94	.26	2.06	-.59	.279
	Face and Hand Test	39	31	.33	1.20	-.16	1.16	1.74	.043*
Role function	Personal and social activities	58	62	1.12	5.10	-.10	4.03	1.46	.074*
	Personal, social and health activities	58	62	1.33	7.85	.31	6.11	.80	.426
Interdependence	Total affiliative network	40	33	-.05	3.76	-.52	3.64	.53	.298
	Staff	40	33	-.20	2.07	.27	1.81	-1.03	.154
	Residents	40	33	.25	1.69	-.36	1.71	1.54	.065*
	Family	40	33	-.10	1.83	-.42	1.75	.77	.222
	Loneliness 1	40	33	0	.85	0	1.06	0	1.000
	Loneliness 2	40	33	.10	1.01	.09	1.04	.04	.435
	Loneliness 3	40	33	.58	1.17	.03	1.43	1.79	.039*
	Autonomy in ADL	58	62	.35	4.14	-.26	4.49	.76	.224
	Locus of Desired-Control questionnaire	39	31	-1.59	6.44	-2.90	5.59	.90	.186

* Significant difference, p .07

Note: Negative signs indicate a decrease between T₂ and T₁.

Il semble donc que les résultats ont tendance à indiquer jusqu'à présent, un bénéfice positif, néanmoins limité, découlant de l'intervention clinique. Cependant, d'autres analyses seront faites à partir de l'échantillon total et d'un sous-échantillon composé des patients âgés de 76 ans et plus. Nous analyserons aussi l'effet de certaines interventions spécifiques sur des sous-échantillons particuliers de patients. C'est également notre intention d'entreprendre une analyse du contenu des relevés de notes des infirmières ceci afin d'obtenir une meilleure compréhension des problèmes d'adaptation des patients et des stimuli manipulés par le personnel infirmier: le processus d'analyse étant incomplet, nous avons décidé de restreindre notre discussion des présents résultats. Toutefois, nous faisons remarquer que la période d'intervention fut trop brève. A la fin des huit (8) mois d'intervention, nous sentions que le personnel commençait tout juste à s'impliquer dans le projet. Avant que le changement dans les soins se produise, le personnel doit, en premier lieu, intégrer les nouvelles valeurs professionnelles qui leur sont présentées. Cette période d'intégration est un long processus et nécessite davantage de support de la part du superviseur qui continue d'agir en tant que modèle aussi souvent que possible. C'est seulement lorsque ces nouvelles valeurs et habiletés ont été acceptées que le personnel a pu commencer à appliquer l'approche proposée. De plus, certains des problèmes d'adaptation, tel que le bas niveau du moral des patients semble nécessiter une intervention plus longue et intensive. En terminant, nous sommes cependant, fiers de dire que l'autorité infirmière autant que le personnel de l'hôpital ont décidé de continuer à implanter cette approche à l'intérieur de leur milieu. Un plan à long terme a été développé et en est actuellement à l'étape de l'implantation.

Université de Montréal

Faculté des Sciences Infirmières

REFERENCES

- FINK, M., GREEN, M.A., et BENDER, M.B. (1952). The Face hand test as a diagnostic sign of organic mental syndrome. Neurology, 2, pp. 46-58.
- ISSACS, B. et AKHTAR, A.J. (1972). The set test: A rapid test of mental function in old people. Age and Aging. 1, pp. 222-226.
- KAHN, R., GOLDFARB, A.I., POLLACK, M. et PECK, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. American Journal of Psychiatry, 117, pp.326,328.
- LEVESQUE, L. (1980). Rehabilitation of the chronically ill elderly: A method of operationalizing a conceptual model for nursing. In R.C. Mackay et G. Zilm (Eds), Research for nursing practice: Proceedings of the national research conference, Halifax.
- LEVESQUE, L., LEVESQUE-BARBES, H., LEPAGE, Y. et REIDY, M. (1981). Echelle de fonctionnement personnel et social des résidents âgés en établissement de santé: Etude méthodologique. Rapport de recherche non publié, Université de Montréal, Faculté des Sciences Infirmières.
- LEVESQUE, L., D'AMOUR, D., LEPAGE, Y. et REIDY, M. (1981). Développement et validation d'une mesure d'autonomie fonctionnelle pour les résidents âgés, Administration Hospitalière et Sociale, XXVII, pp. 40-46.
- LEVESQUE, L., CAMIRAND, D., POTVIN, L. et REIDY, M. (1981). Le moral des résidents âgés en établissement: Construction et validation d'un instrument de mesure. Rapport de recherche non publié, Université de Montréal, Faculté des Sciences Infirmières.
- LEVESQUE, L., D'AMOUR, D. (1981). Instrument sur le réseau affiliatif. Rapport de recherche non publié, Université de Montréal, Faculté des Sciences Infirmières.

RIED, D.W., HAAS, G. et HAWKINGS, D. (1977). Locus of desired-control and positive self-concept of the elderly, Journal of Gerontology, 32, pp. 441-450.

ROY, C. (1976). Introduction to nursing: Adaptation Model. New-York: Prentice Hall.

WECHSLER, D. (1945). A standardized memory scale for clinical use. Journal of Psychology, 19, pp. 87-95.

LE LOISIR IDEAL SELON SENEQUE:

LA RETRAITE FECONDE

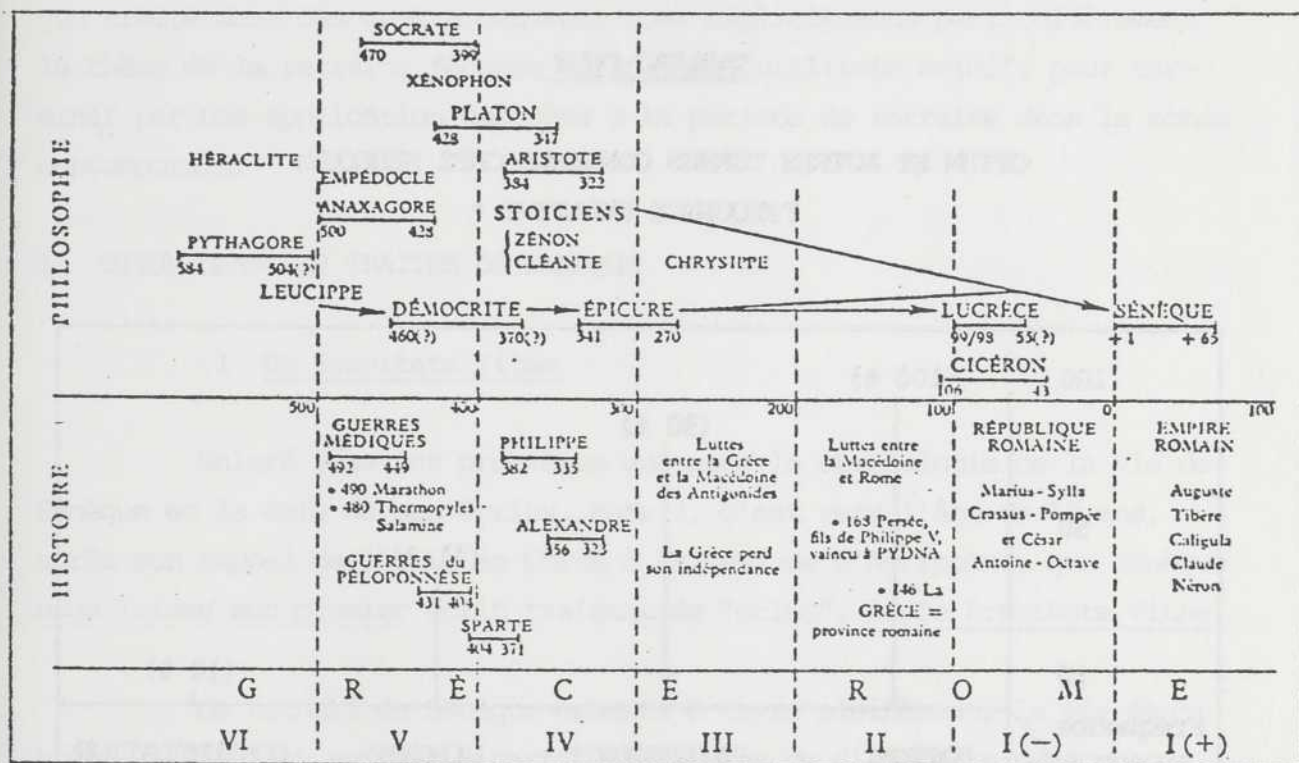
Par Jean-Louis Paré

C'est par le biais de notre recherche sur la nature du loisir chez les philosophes anciens, Paré (1982) note 1, que nous avons été amenés à reprendre de nouveaux contacts avec Sénèque. Malgré la faible presse qu'a la philosophie romaine, André (1977), malgré l'ignorance quasi totale des auteurs romains par la littérature contemporaine sur le loisir, Pieper (1950, 1964), Kaplan (1975), Parker (1976), Kraus (1978), Neulinger (1974) sauf par De Grazia (1962) note 2, notre hypothèse était que les romains, avec leur expérience des "ludi" de même qu'avec leur "panem et circenses", pouvaient nous aider à mieux comprendre les loisirs publics et organisés du monde contemporain.

Parmi les romains, notre premier choix s'est arrêté sur Sénèque parce qu'il se situe à la fin de l'époque romaine et parce qu'il nous semblait pouvoir faire la synthèse entre $\sigma\kappa\omicron\chi\eta$ grec et "ludi" romains. Le tableau un, la philosophie grecque et son influence sur la philosophie romaine, situe d'ailleurs Sénèque dans son contexte historique et sa filiation philosophique.

TABLEAU UN

LA PHILOSOPHIE GRECQUE ET SON INFLUENCE SUR LA PHILOSOPHIE ROMAINE *



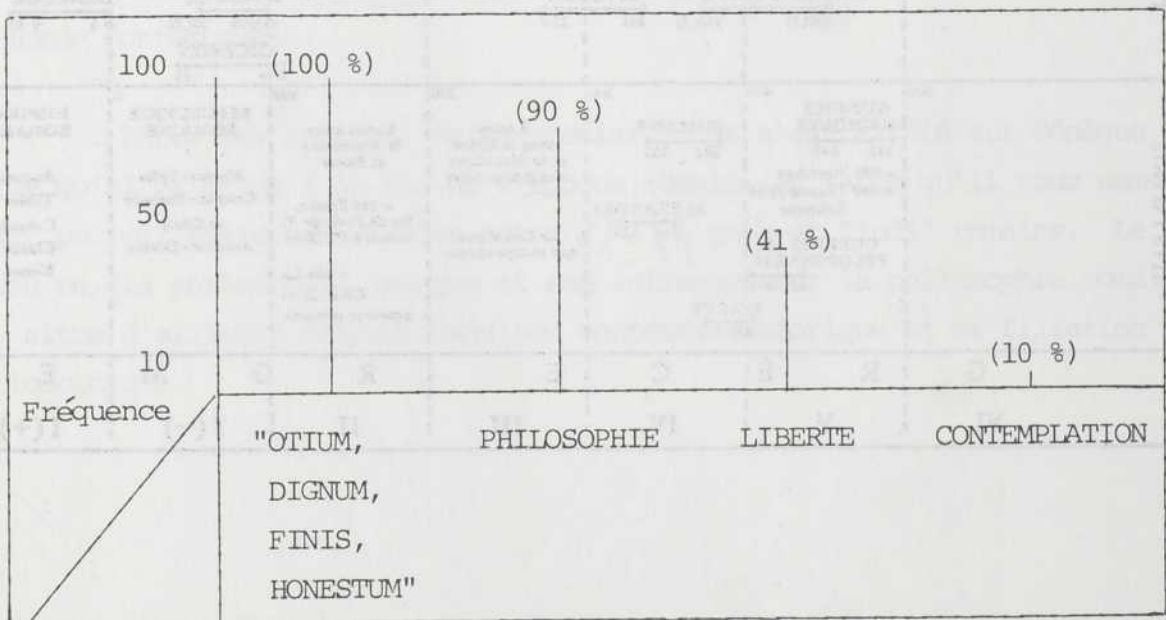
* De Clementia, Coll. Budé, p. 123.

Nos premières études des philosophes romains nous ont vite permis de constater qu'un spécialiste de la philosophie romaine, Jean-Marie André (1964, 1966, 1977), de même qu'un volume récent sur les loisirs des romains, Barthélémy et Gourevith (1975), lui accordaient, parmi les romains, la première place quant aux traitements du thème "otium". Ce thème occupe d'ailleurs chez Sénèque une place très importante comme l'illustre le tableau deux, "otium" et autres termes connexes chez Sénèque.

TABLEAU DEUX

OTIUM ET AUTRES TERMES CONNEXES CHEZ SENEQUE:

FREQUENCE RELATIVE *



* Fait par l'auteur à partir des occurrences fournies dans Busa et Zampoli (1975).

Or, parmi les écrits de Sénèque, les index, Busa et Zampoli (1976), comme les auteurs, Barthélémy et Gourevich (1975), s'entendent sur le fait que 90 % du matériel de Sénèque sur le loisir se trouve dans quatre oeuvres: De Tranquillitate animi, De Brevitate vitae, De Otio et enfin les Lettres à Lucillius.

Nous donnerons donc dans ce texte un bref aperçu d'"otium" tel que traité dans ces quatre oeuvres, nous expliciterons particulièrement le thème de la retraite féconde et de "tranquillitate animi", pour terminer par une application concrète à la période de retraite dans le monde contemporain.

1. OTIUM DANS LES TRAITES DE SENEQUE

.1 De Brevitate Vitae

Malgré tous les problèmes que pose la chronologie de la vie de Sénèque et la date de ses écrits, note 3, c'est vers l'âge de 50 ans, après son rappel de l'exil en Corse à la demande d'Agrippine, que Sénèque nous laisse son premier écrit traitant de "otium", le De Brevitate Vitae.

Ce recueil de Sénèque exhorte à vivre pleinement, la vie étant brève; il le fait surtout à partir d'exemples de différents personnages. Il nous fournit plusieurs remarques importantes sur le loisir "occupé", sur la liberté, le retrait politique, la sagesse. Voici quelques citations illustrant la teneur et la saveur de son discours; nous soulignerons d'ailleurs les formulations les plus significatives pour notre propos.

Un homme occupé "... ne peut développer aucun talent, ni l'éloquence, ni les études libérales..." VII, 3 . Il n'a pas longtemps vécu mais il a longtemps existé. "Pour être capables de vivre mieux, ils dépensent la vie à organiser la vie... Quelques-uns ont des loisirs occupés... ...on ne peut pas dire que leur vie soit oisive, mais c'est une occupation désœuvrée". XII, 2 "Ceux-là ont non pas des loisirs, mais des affaires oiseuses (non abent isti otium, sed iners negotium)" XII, 4 . "Soli omnium otiosi sunt qui sapientiae vacant, soli vivunt"; car ils ne se contentent pas de bien ménager leur existence: ils y ajoutent tous les siècles XIV, 1 .

Le De Brevitate pose donc le problème de la rareté du temps: le temps fuit et rapidement; (voir en ce sens Linder (1970)); Sénèque y critique le loisir suractif, il pose le problème du style de vie ou de la qualité de la vie et il met l'accent sur l'otium idéal, la sagesse, Griffin (1976).

.2 De Tranquillitate Animi

Le "De Tranquillitate Animi", se situe lui vers 61, André (1964), Albertini (1970), c'est-à-dire après l'expérience de Sénèque comme précepteur de Néron; cet écrit, jugé par De Grazia comme prélude à une vie de loisir, pose le problème du loisir à l'intérieur de l'individu; et le mot Jaeger (1934) "subjective self" vaut beaucoup pour Sénèque dans ce traité. Pourtant les textes sur le loisir y sont plutôt rares: Busa et Zampoli (1976) ne repèrent que huit fois le mot "otium" ou "otio". Citons ici aussi quelques passages, surtout sur le thème évoqué par le titre de l'ouvrage. Quant mon âme est triste et blessée, "ad otium convertor", I, 11, note 4. "... Ad otium perfugerunt ac secreta studia..." II, 9. "...Optimum est miscere otium rebus, quotiens actuosa vita... prohibebitur...",

IV, 8. "Il faut ménager notre esprit et lui accorder de temps à autre un répit (otium) qui fera sur lui l'effet d'un aliment réparateur", XVII, 8.

Sénèque conclut: "Voilà... les moyens de conserver la tranquillité de l'âme, de la retrouver quand on l'a perdue, de ne pas succomber à la perfide insinuation des vices", XVII, 12.

Mais, ce deuxième dialogue traitant du loisir a pour sujet, comme le fait remarquer Griffin (1976), "not otium but tranquillitas", 322. Et ce n'est pas une problématique du loisir au sens strict: "... Recreation and leisure (otium) as a mean between continuous labour and complete self indulgence; otium is clearly not a way of life here, but simply a break from business", Griffin (1976), 323. L'équilibre et la paix de l'âme modulée par le stoïcisme y sont le message fondamental et Griffin caractérisera cet ouvrage: "A spiritual teacher", 321.

.3 De Otio

Écrit en 62 après l'assassinat d'Agrippine et la retraite de Sénèque, ce tout petit traité, note 5, est pour nous, source majeure de réflexion sur la nature du loisir: "The theoretical approach", nous dit Griffin de ce traité; "The spirit of that life" nous dit De Grazia (1962). Après en avoir rappelé la structure et donné certaines citations, nous en dégagerons au tableau trois, une "cartographie" du vocabulaire latin pertinent au loisir chez Sénèque.

Sénèque introduit son traité sur un thème déjà abordé dans le De Brevitate. "Quand nous ne ferons rien d'autre pour notre salut, la retraite ("secedere") nous sera déjà profitable en elle-même: isolés,

nous serons meilleurs..." Puis il annonce son plan et sa thèse: je diviserai mon propos en deux points: premièrement que l'on peut, dès le plus jeune âge, se livrer à la contemplation de la vérité, chercher une règle de vie et la pratiquer loin du monde; secondement qu'un vétér... déjà sur le déclin de l'âge, a plus que personne, le droit de passer la besogne à d'autres..." II, 1-2. L'argumentation de Sénèque se fait en référence à Epicure et Zénon, ce dont nous épargnons le lecteur. Il propose qu'on peut mieux servir la grande république, (la terre entière), dans le loisir et par la vertu, que nous sommes faits et pour la contemplation et pour l'action; il insiste sur la curiosité de connaître; d'autre part, pour lui "une vertu toute passive prostrée dans le repos et ne manifestent jamais ce qu'elle a acquis, n'est qu'un bien frustré et impuissant". Enfin, le sage s'isolera dans le repos "avec la conviction qu'il servira activement même alors l'intérêt de la postérité", VI, 4. Il conclut: "Si la république telle que nous la concevons, est impossible à rencontrer, "otium" devient une nécessité pour tout, puisque la seule chose qu'on put préférer à "otium" n'existe en réalité nulle part". VIII, 3.

Les deux traités antérieurs nous avaient permis de dégager trois points: il faut diversifier le sens d'"otium", l'interpréter selon la bonne problématique; le loisir cherché est un loisir idéal. Sénèque y apportait la paix de l'âme, la coloration stoïcienne, la "rareté" du temps de même que l'insistance sur "vivre plutôt qu'exister"; il posait ainsi les problèmes de qualité de vie et surtout de style de vie et de "style de loisir". Le De Otio nous suggère de nouvelles conclusions. Le loisir peut se concevoir comme un retrait (in tuto), notamment de la vie politique. Il est, au sens plénier, la contemplation mais avec la nuance romaine: une contemplation qui ne va pas sans action. Fondamentalement,

ici, comme le dira André (1962), "otium" est une dialectique vivante qui unit, chez l'être humain, plaisir, action et contemplation. Nous pouvons donc maintenant dans le tableau trois, tracer la cartographie du vocabulaire connexe à "otium" chez Sénèque. "Otium" ne s'oppose pas exclusivement au travail comme chez plusieurs sociologues modernes (note 6), il s'oppose à la participation politique, affaire, vie active. Il présuppose et maintient une tranquillité intérieure qui permet la contemplation et la culture, qui réalise la vertu morale autant qu'intellectuelle.

TABLEAU TROIS

CARTOGRAPHIE DU VOCABULAIRE
CONNEXE A L'OTIUM CHEZ SENEQUE *

Otium	{	Opposé à	{	<ul style="list-style-type: none"> - "Secedere rempublicam"¹ - Tempus - Negotium - Occupationes² - Actio
	{	Elements	{	<ul style="list-style-type: none"> - Quies (Remissio)³ - Contemplatio - Virtus (Sapientia)"

1. "Otium" implique du temps et un retrait de la vie politique.
2. Il s'oppose et à "negotium", à "occupatio" et à "actio" (vie active) mais en des sens différents.
3. Il présuppose et produit le "quies".
4. Il se réalise dans la vie contemplative.

* Paré (1982)

TABLEAU QUATRE

SYNOPSIS DES CONCLUSIONS TIREES DE
SENEQUE POUR L'ETUDE DU LOISIR *

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. LOISIR - sens univoque <ul style="list-style-type: none"> - "break from business" - inerte ou suractif - différent de désennui ou de "non farniente" 2. LOISIR retrait: <ul style="list-style-type: none"> - de vie politique - de "daily life" - de "suractivité" 3. LOISIR - exigeant une action rapide <ul style="list-style-type: none"> considérant "scarcity of time" - ou signifiant retraite féconde 4. LOISIR signifiant: <ul style="list-style-type: none"> - qualité de vie - "life style or leisure style" 5. LOISIR - pris au sens de loisir idéal <ul style="list-style-type: none"> - ayant comme éléments: <ul style="list-style-type: none"> contemplation et (un peu) action ou philosophie paix de l'âme, ou tranquillité intérieure 6. Pouvant se définir un peu différemment du loisir grec 7. Compris comme "dialectique vivante" 8. Avec connotation éthique, quelques fois négative 9. Et puissant au stoïcisme |
|--|

* Paré (1982)

2. LA RETRAITE FÉCONDE DANS LES LETTRES A LUCILLIUS

Il nous reste à utiliser une dernière œuvre de Sénèque, écrite aussi en 62 au moment de la retraite de Sénèque: les Lettres à Lucillius. C'est l'œuvre de Sénèque qui parle le plus de loisir, note 7; Barthélémy et Gourevich (1975) nous disent que ces lettres sont "un manuel de l'otium", De Grazia, qu'elles montrent "The spirit of that life (of leisure) for one who tries it".

Mais, qu'on ne s'inquiète pas, nous ne reprendrons pas tous les textes sur otium contenus dans ces 125 lettres, nous nous limiterons au thème du retrait de la vie publique traité surtout dans quatre lettres, les 16^e, 19^e, 22^e et 104^e, note 8.

Voici quelques expressions: "Prends ton élan, et de toutes tes forces, arrache-toi aux emplois dont tu es chargé", XXII, 3, note 9. "Si potes, subducte istis occupationibus; si minus, eripe"; "dans ta retraite, tu ne peux plus vivre dans l'obscurité, tu es trop connu ... Mais le repos, tu peux le revendiquer (quietem)... Qu'attends-tu pour t'arrêter?...Redevenu simple particulier, tu posséderas moins, mais auras assez... Il te faut ou montrer quelque courage pour assurer ton repos (pro otio audendum est) ou vieillir au milieu du tumulte (dans cette vie agitée de procureur)", XIX, 2 à 10. "Exhorte ton ami à mépriser les gens qui lui reprochent d'avoir recherché la solitude et le repos (umbram et otium), d'avoir renoncé à sa charge et préféré à tout, la tranquillité... (quietem)", XXXVI, 1. "Après cela, las et plein de jours, je m'en retournerai vivre dans le repos". Voilà pour la retraite féconde; nous la complétons avec le discours sur la tranquillité intérieure. "Les déménagements multipliés sont la marque d'une âme instable. Elle ne peut se consolider dans la retraite ("coalescere

otio") qu'en renonçant avant tout à regarder autour d'elle et à faire la vagabonde", LXIX, 1. "A cet effet, l'influence du lieu ne contribue guère; il faut qu'il y ait prise de possession totale de l'âme par elle-même". "Ainsi, au milieu des affaires, elle se créera, si elle le veut, une solitude (secretum in occupationibus)", CIV, 7. "Qui possède la science dans les tourments a pour lui toutes les vertus", LVII, 11. Nous pouvons maintenant regrouper dans le tableau quatre les conclusions tirées de Sénèque pour l'étude du loisir; nous y indiquons la problématique de Sénèque, l'importance de réaliser la retraite par une action rapide, le loisir valorisé (contemplation et action vertueuse) et la place de l'affectivité: ce qui définit un nouveau genre de vie.

CONCLUSION

Tel est le message de Sénèque sur le loisir et la retraite: le loisir est très important; retirons-nous de la vie politique, des affaires et de la vie active; passons la besogne à d'autres; arrêtons-nous, mettons-y l'effort, arrachons-nous et agissons rapidement car le temps fuit. Mais ne nous replongeons pas dans des loisirs occupés ou suractifs; assurons d'abord une tranquillité intérieure; adonnons-nous à la contemplation et à la culture, pratiquons la vertu comme règle de vie; ce sera un nouveau genre de vie et il nous fera vivre pleinement; plein de jours, nous pourrons ensuite retourner vivre dans le repos.

Ce message de Sénèque est, selon nous, un complément important à la pensée d'Aristote sur le loisir. Comme nous le montrons rapidement au tableau cinq, Sénèque ajoute l'attention pour la retraite, la dimension existentielle, l'importance de la vie active et la tranquillité de l'âme.

TABLEAU CINQ

COMPARAISONS SUR LA NATURE DU LOISIR SELON ARISTOTE ET SENEQUE *

CATEGORIES	ARISTOTE (IV A.C.)	SENEQUE (I P.C.)
Introduction		Existentiel Fécond
Distingué de	Jeux d'enfants Divertissement	Un peu "Occupatio-negotium"
Sens plénier		"Otium"
Eléments	Liberté Fin en soi Plaisir "Ad bene esse"	Retrait de "tranquillitas animi" Vie politique Si "épuré" Vivre et/ou exister
Réalisé dans	Vie contemplative Vertu	Vie active et contemplative

* Paré (1982)

Qu'on ne se méprenne pas sur la portée que nous donnons à cet article. Notre propos n'est pas d'utiliser Sénèque pour justifier une retraite plus hâtive ni pour confiner la personne âgée à la contemplation ou à la culture et à une vie morale isolée et réglée. Nous ne voulons pas généraliser le genre de vie qu'il propose. Nous ne voulons pas attribuer à Sénèque une option pour la théorie de l'activité, particulièrement développée par Havighurst et ses collègues (1949), (1953), (1969) et supportée par Rosow (1967) ou Bengtson, Chiriboga et Keller (1969), ni pour la théorie du désengagement proposée par Cumming et Henry (1961) et appuyée par les recherches de Tissue (1968), Knapp (1977). Notre intervention avec la Fédération de l'Age d'Or du Québec (note 10) de même que notre expérience personnelle auprès de personnes âgées à domicile ou en institution nous amènent à être plus nuancé et à insister sur les relations sociales, le contexte environnemental et l'utilisation du temps libéré.

En effet, si les recherches sur les théories de la personnalité peuvent nous aider à comprendre la personne âgée, elles ne sont pas la dimension pivot permettant d'expliquer et de prédire autant que l'affirmait Havighurst (1968). Même si cette dimension est importante et est présente dans la majorité des textbooks traitant de la personne âgée (Kleemeir (1961), Neugarten (1968), Birren et Schaie (1977), Eisdorfer et Meier Lawson (1973), Iso Ahola (1980), Shaie et Geiwitz (1982)), notre explication théorique de la personnalité âgée est culturellement et historiquement déterminée et elle souffre de plusieurs faiblesses méthodologiques comme le souligne Neugarten (1977). Une approche selon les cycles de vie telle que définie par Erickson (1968), Levinson (1978), Gould (1975), Kelly (1980), Havighurst, Paré (1983) note 11, ou autres nous paraît plus pertinente. Mais encore plus pour le cycle de la personne âgée que

pour tout autre cycle de vie, le contexte social et la vie concrète (habitat, santé, conditions monétaires) de même que la relation active et efficace avec l'environnement, Lawton (1973), Ittelson (1974)), nous paraissent de première importance. De plus, plusieurs discours sur la personne âgée ne résistent pas aux recherches interculturelles, Gutmann (1977); et les attitudes des personnes âgées vis à vis le vieillissement, (Bennett et Eckman (1973)) semblent plus importantes et, en général, plus négatives que celles des jeunes envers la vieillesse, ce qui rejoint un second mythe, celui du fossé des générations, Bergtson (1982).

Le cycle de vie étant situé dans son contexte et son environnement de réalisation chez la personne âgée, l'actualisation du processus de socialisation ou l'interaction sociale positive sont selon l'expérience quotidienne de première importance; les recherches le confirment directement, Fox (1977), Palmore et Kevett (1977), ou indirectement à partir du concept de privation sociale ("social loss"), Teague (1980).

Dans ce contexte de réalisation et avec la place de choix aux relations sociales, l'expérience de loisir devient le lieu privilégié où la personne âgée peut se sentir compétente, auto-déterminée et éprouver satisfaction; cette expérience de loisir permet de maintenir un degré optimal de stimulation, Paré (1982, note 1). Les auteurs commencent d'ailleurs à l'intégrer à leur étude du loisir, Neulinger (1981), Iso Ahola (1980), Kelly (1980), ou à celle de la personne âgée.

Le message de Sénèque, particulièrement adapté à la vie mouvementée d'un conseiller politique naviguant dans les intrigues de la Rome décadente peut nous servir à orienter ou structurer l'un des nombreux styles de vie possibles qui nous paraissent devoir caractériser

de plus en plus les "anciens" de nos sociétés avancées. Et les recherches intégrant pour la personne âgée, le style de vie, Paré (1984) note 13, semblent de plus en plus prometteuses, Snow et Havighurst (1977), Teague (1980).

Université du Québec à Trois-Rivières
Département des Sciences du Loisir

NOTES

1. PARE, J.-L. (1982). Approche pluridisciplinaire des composantes et déterminants de l'expérience de loisir, Thèse de doctorat, Miméo, Québec, Laval.
2. "Almost alone (Seneca) carried the standard forward... In Seneca, the thought of the Greco-Roman world converges", pp. 19,22.
3. Plusieurs auteurs reconnus ont des variations importantes sur l'ordre de production des écrits et sur leur lieu et contexte de réalisation, André, Albertini, Griffin, Grimal, collection Budé, collection Garnier. Nous avons retenu la position d'Albertini à laquelle correspond le plus celle de J.-M. André.
4. La traduction de Waltz (1977) ayant pris parti pour l'oisiveté, nous citerons ce dialogue, de même que le "De Otio", dans leur version originale chaque fois que ce sera nécessaire. "Nous avons traduit faute d'un meilleur mot "otium" par "oisiveté", qui n'en donne pas la nuance", nous dit d'ailleurs le Traducteur, p. 112. (De la disponibilité et non de l'oisiveté, titrera André (1977), p. 180).
5. Traité de neuf pages mais dont le texte original ne nous est parvenu qu'en fragments.
6. DUMAZEDIER (1962), PARKER (1971), KAPLAN (1960), KANDO et SUMMERS (1971), SMIEGEL (1963).
7. 40 % des références à otium selon Busa et Zampoli (1975); 52 % des textes cités par Barthélémy et Gourevich (1975).
8. Dans Paré (1982), nous avons présenté quatre thèmes: retrait de la vie publique, tranquillité intérieure, rejet du loisir inerte ou suractif et type de loisir valorisé.

9. Nous avons cité les premières et dernières lettres d'après la collection Garnier, les volumes correspondants de la collection Budé étant introuvables au moment de la rédaction de ce texte.
10. De 1974 à 1980, en plus de consultations ponctuelles, nous avons animé les congrès annuels de F.A.D.O.Q. et travaillé de près avec le directeur général et le conseil d'administration.
11. Le loisir selon les cercles sociaux et les cycles de vie: l'enfance et l'adolescence (texte inédit).
12. Modèle explicatif des composantes de l'expérience de loisir, à paraître dans Loisir et Société, VI, 1, avril 1984.
13. Communication au IVe congrès canadien de recherches en loisir, mai 1984. Loisir et style de vie: modèles pour des approches explicites et deversifiées de la recherche en loisir.

REFERENCES

- ALBERTINI, E. (1970). L'empire romain, 4e ed. revue et augmentée, Paris, Alcan.
- ANDRE, Jean-Marie et AUBENQUE, Pierre (1964). Sénèque: présentation, choix de textes, Paris, Seghers.
- ANDRE, Jean-Marie (1966). L'otium dans la vie morale et intellectuelle romaine (des origines à l'époque augustéenne). Paris, P.U.F.
- ANDRE, Jean-Marie (1977). La philosophie à Rome, Paris, P.U.F.
- BARTHELEMY, S., GOUREVICH, D. eds (1975). Les loisirs des Romains. Textes latins et traductions, Paris, Sedes.
- BENGTSON, V. (1982). Research across the generation gap, dans SCHAIK W. et GEIWITZ, I. eds (1982), Readings in adult development and little aging, Toronto, Little Brown and Co.
- BENGTSON, V.L., CHIRIBOGA, D. et KELLER, A.W. (1969). Occupational differences in retirement, dans HAVIGHURST, R. et al., eds (1969) Adjustment to retirement: a cross-national study. Assen, Netherlands, Vangorkum.
- BIRREN, J. et SCHAIK, W. eds (1977). Handbook of the psychology of aging, New-York, Van Nostrand.
- BUSA, Roberto et ZAMPOLI, A. (1975). Concordantiae senecanae. Hildesheim, G. Olms.
- CUMMING, E. et HENRY, W.E. (1961). Growing old: the process of disengagement, New-York, Basic Books.

- DE GRAZIA, Sebastian (1962). Of time, work and leisure, New-York, Doubleday, Anchor Books.
- EISDORFER, C. et LAWTON, P. eds (1973). The psychology of adult development and aging, Washington, American Psychological Association.
- ERICKSON, Erik (1968). Identity: youth and crisis, New-York, W.W. Norton and Co.
- FOX, J.H. (1977). Effects of retirement and former work life on women's adaptation in old age, Journal of Gerontology, 32, pp. 196-202.
- GOULD, R. (1975). Adult lifestages: growth toward self-tolerance, Psychology Today, 8 (février), pp. 74-78.
- GRIFFIN, M.T. (1976). Seneca: a philosopher in politics, Oxford, Clarendon Press.
- GRIMAL, P. (1966). Sénèque, sa vie, son oeuvre, avec un exposé de sa philosophie, Paris, P.U.F.
- GUTMANN, D. (1977). The cross-cultural perspective: notes toward a comparative psychology of aging, dans Birren, J. et Schaie, W. eds (1977), Handbook of the psychology of aging, New-York, Van Nostrand, ch. 14.
- HAVIGHURST, R. (1968). Personality and patterns of aging, Gerontologist, 8, pp. 20-23.
- HAVIGHURST, R., ALBRECHT, R. (1953). Older People, New-York, Longmans Green.

- HAVIGHURST, R., CAVAN, R. et al (1949). Personal adjustment in old age. Chicago, Science Research Associates.
- HAVIGHURST, R., NEUGARTEN, B. et al eds (1969). Adjustement to retirement: a cross-national study. Assen, Netherlands, Vangorkum.
- ISO AHOLA, Seppo E. (1980a). The social psychology of leisure and recreation, Dubuque, Iowa, Wm C, Brown.
- ISO AHOLA, Seppo E. (1980b). Social psychological perspectives on leisure ., and recreation, Springfield, Ill. Charles C. Thomas.
- ITTTLESON, William H., PROSHANSKI, Harold M. (1974). An introduction to environmental psychology, New-York, Holt, Rinehart and Winston.
- JAEGER, Werner, (1934). Paideia: the ideals of greek culture, Trad. G. Highet, New-York, Oxford University Press, t. 1, 2, 3.
- KAPLAN, Max (1975). Leisure: theory and policy, New-York, John Wiley.
- KELLY, John R. (1980). Leisure, Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- KLEEMEER, Robert W. (1961). Aging and leisure. New-York, Oxford University Press.
- KNAPP, M. (1977). The activity theory of aging: an examination in the English context, Gerontologist, vol. 17, no 6, pp. 553-559.
- KRAUS, Richard (1978). Recreation and leisure in modern society, 2e ed. Santa Monica, Calif. Goodyear.

- LAWTON, P. et NAHEMOW, L. (1973). Ecology of the aging process, dans EISDORFER, C. et LAWTON, P. eds., (1973), The psychology of adult development and aging, Washington, American Psychological Association.
- LINDER, Staffan B. (1970). The hurried leisure class, New-York, Columbia University Press.
- LEVINSTON, D.J. et al. (1978). The seasons of a man's life, New-York, Alfred A. Knopf.
- NEUGARTEN, B. ed. (1968). Middle age and aging: a reader in social psychology, Chicago, University of Chicago Press.
- NEUGARTEN, B. (1977). Personality and aging, dans Birren J. et Schaie, W. eds (1977), Handbook of the psychology of aging, New-York, Van Nostrand, ch. 26.
- NEULINGER, John (1974). The Psychology of leisure: research approaches to the study of leisure (3e ed.). Springfield, Ill. Charles C. Thomas.
- PALMORE, E. et LUIKART, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction, Journal of Health and Social Behavior, 13, pp. 68-80.
- PARKER, Stanley, R. (1976). The sociology of leisure, New-York, International Publications Service.
- PIEPER, Josef (1964). Leisure the basis of culture, Trad. Alexander Dru. New-York, Pantheon Books, Random House, 1952-62.
- ROSOW, I. (1967). Social integration of the aged, New-York, Free Press.

- SCHAE, K.W., GEIWITZ, J. eds (1982). Readings in adult development and aging, Toronto, Little Brown and Co.
- SENEQUE. Dialogues T. II: De la vie heureuse, de la brièveté de la vie, Texte établi et traduit par A. Bourgery, 3e ed. Paris, Les Belles Lettres, 1949.
- SENEQUE, Lettres à Lucillius. Texte établi, traduit et annoté par François et Pierre Richard, Paris, Garnier, 1945, T. 1, lettres I à LXV, T. 2, lettres LXVI à XCII, T.3, lettres XCIII à CLVI.
- SNOW, R. et HAVIGHURST, R. (1977). Life style types and patterns of retirement of educators, Gerontologist, vol. 17, no 6, pp. 545-552.
- TEAGUE, M.L. (1980). Aging and leisure: a social psychological perspective, dans Iso Ahola, S. ed (1980), Social psychological perspectives on leisure and recreation, Springfield, Ill. Charles C. Thomas.
- TISSUE, T.L. (1968). A Guttman scale of disengagement potential, Journal of Gerontology, 23, pp. 513-516.

L'INFLUENCE DES ACTIVITES DE PRE-RETRAITE
SUR L'ADAPTABILITE DU RETRAITE
A SON NOUVEAU MODE DE VIE

Par Raymond Champagne

La présente recherche, qui a débuté en 1981, se poursuivra jusqu'à l'été 1985 grâce à des subventions du Ministère de l'Education du Québec via le Conseil des Universités et la Direction Générale de l'enseignement supérieur.

L'équipe de recherche comprend six professeurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières (U.Q.T.R.).

Responsable du projet: Raymond Champagne

Département de Psychologie

Serge Dulac, Département des Sciences de l'Activité Physique

Renée Laflamme, Département des Sciences de la Santé

Michel Neveu, Département des Sciences du Loisir

Fathi Seha, Département d'Ingénierie

Pierre Thibaudeau, Département de Psychologie

Aux différentes étapes de la recherche, se sont joints à l'équipe

de professeurs M. Valère Boucher, psychologue, en prêt de service, de la Commission Scolaire des Vieilles Forges, M. Jean-Pierre Allaire, étudiant au doctorat en psychologie, Anne Doucet, Renelle Desaulniers, Marlene Baker, Carl Lacharité, Michel-André Sioui, Danielle Demers, étudiants à la maîtrise en Psychologie, M. Jean Guay, étudiant à la maîtrise en Loisir, Lyne Verville et Corinne Vercheval, étudiantes au certificat en Gérontologie.

Dans une première partie, nous exposerons la problématique du projet et le schéma expérimental, puis nous résumerons les différentes étapes réalisées.

A. Problématique et schéma expérimental

a) Problématique:

Situation du projet dans le cadre de la mission

"Services à la collectivité" de l'Université

Toute institution d'enseignement, qu'elle soit de niveau secondaire, collégial ou universitaire, peut et doit offrir des services à la collectivité. Cependant, chacune doit intervenir en respectant les objectifs qui lui sont propres.

Au niveau universitaire, l'intervention doit se caractériser par la présence d'un souci de formation initiale ou continue, allié à celui de la recherche:

"La formation d'un objectif de formation dans la politique des services à la collectivité amène une extension à la raison d'être de l'Université telle que définie dans la Politique-Cadre de développement du secteur enseignement et recherche 1981-84 où il est précisé qu'en tant que lieu éducatif, l'Université tire sa raison d'être de la formation de l'étudiant". En effet, on peut concevoir, sur la base de la philosophie et des principes directeurs de la présente politique, que l'Université doit participer à la formation d'individus et de groupes d'individus par sa fonction de services à la collectivité". (Politique des services à la collectivité, Université du Québec à Trois-Rivières, 1982, p.4).

Concrètement, dans le secteur des activités de pré-retraite, l'Université doit répondre au besoin de formation d'intervenants qui prendraient la responsabilité de dispenser les activités de préparation à la retraite aux groupes qui en feraient la demande.

Par voie de conséquence, il revient à l'Université de préparer scientifiquement les instruments nécessaires pour la formation des intervenants, et pour l'enseignement dont ces derniers seront responsables dans le cadre du programme d'activités et pré-retraite.

D'autre part, "L'Université, dans le respect des limites de ses ressources, devrait pouvoir offrir des services dans des secteurs jugés prioritaires où la collectivité régionale est démunie. Il ne s'agit pas ici de vouloir institutionnaliser et perpétuer un rôle de suppléance mais plutôt d'actualiser la notion d'appartenance de l'Université au milieu". (Politique des services à la collectivité, Université du Québec à Trois-Rivières, 1982, p.4).

Voilà pourquoi l'Université fait en sorte de réunir au tour de la table, des personnes directement concernées par les programmes de pré-retraite, dans notre région, tels les directions des services d'Education aux Adultes et les responsables dans les industries.

Ainsi, il devient possible d'animer les milieux scolaires et de l'industrie pour former des groupes de pré-retraités intéressés à s'inscrire aux rencontres de la session "Moi et ma retraite... on s'aime".

En travaillant directement dans ces milieux, l'Université fait "actualiser la notion d'appartenance de l'Université au milieu" tout en comblant la carence d'un programme de pré-retraite scientifiquement éprouvé.

A remarquer, enfin, que la composition même de l'équipe de recherche où se retrouvent des professeurs de formations diverses (santé, récréologie, activité physique, génie, psychologie) permet à l'U.Q.T.R. d'atteindre un autre objectif de sa politique des services à la collectivité, à savoir que "l'Université devrait principalement par son adhésion au principe de la formation continue, se rendre capable de répondre aux demandes de formation circonstanciées en offrant par exemple des activités de perfectionnement ou de recyclage". (Politique des services à la collectivité, Université du Québec à Trois-Rivières, 1982, p. 4).

Par conséquent, l'Equipe de chercheurs deviendra la cellule initiale de formateurs pour les futurs animateurs du programme "Moi et ma retraite... on s'aime".

b) Schéma expérimental:

Le projet comprend quatre (4) étapes:

- En premier lieu, il faut identifier les besoins et les attentes des pré-retraités. Si nous voulons qu'un programme de session de pré-retraite rejoigne les gens, il faut qu'il repose sur les problèmes et préoccupations de ces gens.

- La deuxième étape doit être celle de l'inclusion des données recueillies dans le contenu d'un programme de session de pré-retraite. En effet, il faut que les rencontres de la session soient bien structurées, si l'on veut que les participants reçoivent l'information et l'aide désirés.

De plus, si l'on veut mesurer l'impact de cette session sur l'adaptabilité du pré-retraité à sa vie de futur retraité, il faut avoir des tests ou instruments de mesure permettant de mesurer certains paramètres du pré-retraité avant la session de préparation à la retraite et après la période d'adaptation à la retraite, soit après six (6) à douze (12) mois de vie de retraite, environ.

Enfin, cette seconde étape, doit permettre également de prévoir les instruments d'évaluation de chacune des rencontres de la session ainsi que la performance de l'animateur, des personnes-ressources et évidemment des participants.

- Ces instruments ne suffisent pas en eux-mêmes. Il faut également que les utilisateurs, soit les animateurs, et les observateurs

(pour les évaluations) soient bien formés et préparés à remplir leur tâche.

Outre cette dernière préoccupation, la troisième étape doit permettre de prendre contact avec les milieux où se fera l'expérimentation afin de former les groupes expérimentaux et de contrôle essentiels à la recherche.

- Quant à la quatrième étape, elle consiste essentiellement en l'expérimentation du programme de la session de pré-retraite précédée et suivie, après quelques mois, de la passation d'une batterie de tests pour mesurer l'impact de la session de pré-retraite sur l'adaptabilité du retraité à son nouveau mode de vie.

Le tout se termine par la publication et l'analyse des résultats.

B. Etapes réalisées

PREMIERE ETAPE: (1981-82)

a) Enquête I.B.A.P.

En 1981-82, de nombreuses rencontres ont réuni l'équipe de professeurs pour déterminer le contenu de ce qui fut convenu d'appeler l'Enquête I.B.A.P. (Inventaire des Besoins et Attentes des Pré-retraités).

Notre objectif était de réaliser un inventaire qui couvrirait le plus d'aspects possibles. L'instrument initial comporte 92 questions auxquelles le pré-retraité avait à répondre pour "aujourd'hui" et "à la retraite" de la façon suivante:

Exemple:

	<u>Aujourd'hui</u>	<u>A ma retraite</u>
Je...	1 mange beaucoup	1 mangerai plus
	2 mange assez	2 mangerai autant
	3 mange peu	3 mangerai moins
	4 ne sais pas	4 ne sais pas
	5 ne désire pas répondre	5 ne désire pas répondre

Ces questions couvraient neuf aspects de la retraite:

Catégories de questions (N 92)	préparées par:
1. Activités physiques (10)	Serge Dulac
2. Famille et sexualité (16)	Pierre Thibaudeau
3. Finance (7)	Raymond Champagne
4. Législation (6)	Raymond Champagne
5. Loisirs (12)	Michel Neveu
6. Personnalité (11)	Raymond Champagne
7. Santé (16)	Renée Laflamme
8. Spiritualité (5)	Raymond Champagne
9. Travail (9)	Fathi Seha

b) Renseignements généraux

Afin de pouvoir analyser les résultats, un questionnaire de renseignements généraux fut également construit pour pouvoir regrouper les répondants selon le sexe, l'âge, le revenu, la scolarité, etc...

c) Echantillonnage

L'opération rencontres et contacts téléphoniques fut lancée sur tout le territoire de la zone administrative No 4 dans le but d'identifier les industries ou organismes où il se trouvait des employés âgés de 60 ans et plus au 1^{er} mai 1982.

En mars 1982, 65 entreprises et organismes avaient manifesté le désir de participer à notre recherche. Ceci représentait 1149 personnes de 60 ans et plus, soit 948 hommes et 201 femmes.

Tous ces gens furent rejoints soit par les entreprises et les organismes, soit par le Laboratoire de Gérontologie du Département de Psychologie.

L'échantillonnage final fut constitué de 302 répondants, soit 179 employés provenant de 41 entreprises ou organismes et 123 conjoint(e)s. (cf. Annexe I)

d) Analyse des résultats

Le tableau 1 des pages suivantes donnent les réponses obtenues aux renseignements généraux.

Suite à l'expérimentation, en tenant compte des résultats obtenus, des remarques suggérées et de l'applicabilité du questionnaire dans le futur, certains changements durent être apportés. (En Annexe II, vous trouverez la formule septembre 1983 des "Renseignements généraux")

TABLEAU 1

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

	N = 300	N = 148	N = 146	N = 147
Nombre de répondants (302)	Hommes (148/49,33 %)	59 à 62 ans (98/66,21 %)	Mariés (138/94,52 %)	Scolarité de 7 ans et moins (34/23,12 %)
		63 à 65 ans et plus (50/33,78 %)	Non mariés (8/5,47 %)	Scolarité de 7 à 9 ans (55/37,41 %)
				Scolarité de 10 ans et plus (58/39,45 %)
	Femmes (152/50,66 %)	59 à 62 ans (130/85,52 %)	Non mariés (22/14,56 %)	Scolarité de 7 ans et moins (39/25,65 %)
		63 à 65 ans et plus (22/14,47 %)		Scolarité de 7 à 9 ans (54/35,52 %)
				Scolarité de 10 ans et plus (59/38,81 %)
		N = 152	N = 151	N = 152
Employés (179/59,27 %)	Hommes (134/75,70 %)	N = 177	\$7,000. et moins (5/2,87 %)	
	Femmes (43/24,29 %)	Temps régulier (147/83,05 %)	\$7,000. à \$10,000. (9/5,17 %)	
		Temps partiel (4/2,25 %)	\$10,000. à 15,000. (35/20,11 %)	
		Chômage (11/6,21 %)	\$15,000. à 20,000. (25/14,36 %)	
		Temps saisonnier (5/2,82 %)	\$20,000. à 25,000. (42/24,13 %)	
		Ne travaille pas (10/5,64 %)	\$25,000. à 30,000. (27/15,61 %)	
			\$30,000. et plus (31/17,81 %)	
			Aucun revenu (0)	
		N = 123	N = 110	
Conjoints (123/40,72 %)	Hommes (14/11,38 %)	N = 121	\$7,000. et moins (24/21,81 %)	
	Femmes (109/88,61 %)	Temps régulier (15/12,39 %)	\$7,000. à \$10,000. (4/3,63 %)	
		Temps partiel (9/7,43 %)	\$10,000. à \$15,000. (6/5,45 %)	
		Chômage (3/2,47 %)	\$15,000. à \$20,000. (5/4,54 %)	
		Temps saisonnier ((2/1,65 %)	\$20,000. à \$25,000. (1/0,90 %)	
		Ne travaille pas (92/76,03 %)	\$25,000. à \$30,000. (1/0,90 %)	
			\$30,000. et plus (1/0,90 %)	
			Aucun revenu (68/61,81 %)	

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

Les gens devraient avoir le libre choix de prendre leur retraite avant ou après 65 ans: Oui 268/89,63 %
 Non 16/5,35 % N = 299
 Ne sait pas 15/5,01 %

Mon travail me plaît: - beaucoup (179/63,25 %) - peu (12/4,24 %)
 - assez (86/30,38 %) - autre (6/2,12 %)

Il me serait utile de prendre des cours de pré-retraite:
 Oui 242/82,87 %
 Non 50/17,12 %

Femmes N = 126
 Travaillent à l'extérieur (35/27,77 %)
 Ne travaillent pas à l'extérieur (91/72,22 %)

N = 27
 Mariés (22/81,78 %)
 Célibataires (2/7,40 %)
 Veuves (3/11,11 %)

N = 35
 Scolarité de 7 ans et moins (4)
 Scolarité de 7 à 9 ans (10)
 Scolarité de 10 ans et plus (21)

N = 91
 Scolarité de 7 ans et moins (26/28,57 %)
 Scolarité de 7 à 9 ans (38/41,75 %)
 Scolarité de 10 ans et plus (27/29,67 %)

N = 292
 Oui (271/92,80 %)
 Non (21/7,19 %)

1 à 3 enfants (125)
 4 à 6 enfants (101)
 7 à 10 enfants (29)

N = 297
 Propriétaires (245/82,49 %)

Aimeraient vivre dans ma maison, logement ou appartement (264/88,88 %)
 Aimeraient vivre dans un HLM (24/8,08 %)
 Aimeraient vivre dans un C.A. (3/1,01 %)
 Aimeraient vivre chez mes enfants ou un parent (1/0,33 %)
 Aimeraient vivre dans une maison privée (5/1,68 %)
 Autre (4)

et
 Locataires (52/17,50 %)

N = 195
 Employés

Crainte d'être 24 heures à la maison
 Oui (40/20,51 %)
 Non (155/79,48 %)

N = 121
 Conjoint

Crainte d'avoir le conjoint 24 heures à la maison
 Oui (36/29,75 %)
 Non (85/74,24 %)

Fonds de pension

Oui (189)
 Non (103)

Privé (33/17,46 %)
 De groupe (90/47,61 %)
 Privé et de groupe (66/34,92 %)

C'est à partir de ces données que nous avons décidé d'analyser les réponses obtenues à l'I.B.A.P. selon diverses variables. Le tableau 2 nous présente les 143 questions qui furent trouvées significatives selon chacune des six (6) variables et des neuf (9) catégories. On constate que 83 questions furent significatives pour les réponses "aujourd'hui" et 55 pour les réponses "à la retraite". Cette procédure permettait d'identifier les problèmes actuels ou prévus pour chacune des catégories.

Cette première analyse nous incita à faire un travail plus approfondi pour chacune des questions en fonction des 302 répondants. Il s'agissait de savoir dans quelle direction se faisait le changement de l'attitude pour chacune des questions: en plus, en moins, ou si l'attitude demeurerait la même.

Nous avons donc neuf (9) possibilités, que l'on retrouve dans la figure 1, qui indique les relations possibles entre les réponses "aujourd'hui" et "à la retraite".

Les nombres et les pourcentages indiqués dans cette figure sont ceux obtenus à la question suivante:

	<u>Aujourd'hui</u>	<u>A ma retraite</u>
Je pense que ma	1 est très bonne	1 sera meilleure
situation financière...	2 est assez bonne	2 sera aussi bonne
	3 est mauvaise	3 sera moins bonne

TABLEAU 2

QUESTIONS SIGNIFICATIVES DE L'I.B.A.P.
EN FONCTION DES VARIABLES ET DES CATEGORIES

VARIABLES CATEGORIES	SEXE			SCOLARITE			FEMMES A L'EXTERIEUR VS FEMMES A LA MAISON			HOMMES DE 62 ANS ET - VS 62 ANS ET +			FEMMES DE 62 ANS ET - VS 62 ANS ET +			MARIE VS NON-MARIE			TOTAL	
	DEGRE SIGNIFICATION			DEGRE SIGNIFICATION			DEGRE SIGNIFICATION			DEGRE SIGNIFICATION			DEGRE SIGNIFICATION			DEGRE SIGNIFICATION				
	.05	.01	.001	.05	.01	.001	.05	.01	.001	.05	.01	.005	.05	.01	.001	.05	.01	.001		
PERSONNALITE	12A 51R	75A	12R 45A 45R 51A	45A 75A	4A 4R 35R	12A 18A 18R-62A 35A-57A		12R	12A 35A	4A 4R				12A 45A	49A			57A	27	19A 8R
SPIRITUALITE		36A	06A		36A	6R 10R		14A											06	4A 2R
LOISIR		20A 41A 50R	25R 32A	66R	1A-66A	79R				22R	82R			61R	82R				16	6A 10R
FINANCE			21A			7A-42A 16A-42R 21A-52A 21R-52R		21A 21R 48A			21A	42A					21R		15	10A 5R
LEGISLATION	39R		17A		19A 29R 46R	17A		17A 29A						39A 46R	17A 29A				12	8A 4R
FAMILLE		13A 13R 31A 77R 90A	28A 40A 55A 65A-65R		28A 31R 55R 85R	77R					73R 87A			85R 87R					19	9A 10R

TABLEAU 2 (suite)
 QUESTIONS SIGNIFICATIVES DE L'I.B.A.P.
 EN FONCTION DES VARIABLES ET DES CATEGORIES

SANTE		54A 64A 68A 84A 92A	38A 76A 78A 86A	64R	38A 81R 86A 86R 89A	5A 54R 64A 81A		81A 81R	3A								76A		23	18A 5R
TRAVAIL	91A				11R 15R 72A 88A	15A 63A 70A			26A 83R		15R					70R	83A	26A	14	9A 5R
ACTIVITE PHYSIQUE		30A	56R 59A	56A	69A 69R	59A			56R						44R		56A 74R			
N TOTAL	04	16	20	05	27	27	00	09	06	03	05	01	03	05	05	00	05	02	143	
N DE A	2A	13A	15A	3A	13A	18A		5A	4A	1A	2A	1A		3A	3A		3A	2A	88A	
N DE R	2R	3R	5R	2R	14R	9R		4R	2R	2R	3R		3R	2R	2R		2R		55R	

A REPONSE POUR AUJOURD'HUI

R REPONSE POUR LA RETRAITE

A LA RETRAITEAUJOURD'HUI

	Plus (meilleure)	Aussi	Moins	Total de la rangée
Très	2	33	6	41
	4,9 %	80,5 %	14,6 %	14,2 %
	20,0 %	19,5 %	5,5 %	
	0,7 %	11,5 %	2,1 %	
Assez	5	135	93	233
	2,1 %	57,9 %	39,9 %	80,9 %
	50,0 %	79,9 %	85,3 %	
	1,7 %	46,9 %	32,3 %	
Peu (mauvaise)	3	1	10	14
	21,4 %	7,1 %	71,4 %	4,9 %
	30,0 %	0,6 %	9,2 %	
	1,0 %	0,3 %	3,5 %	
Total de la colonne	10	169	109	288
	3,5 %	58,7 %	37,8 %	100 %

Figure 1

Pour 95 % des gens, nous notons, dans le tableau que la situation financière est perçue comme étant soit très (14 %) ou assez (81 %) bonne.

A la retraite, pour 62 % des gens, la situation financière sera soit meilleure (3 %), soit aussi (59 %) bonne. Pour 38 % des répondants, elle sera moins bonne.

A partir de ces données, nous pouvons nous poser certaines questions ou faire des observations: Est-ce réaliste de croire que 95 % ont une très bonne ou assez bonne situation financière? Que penser du 1/3 des répondants qui affirment qu'à leur retraite, leur finance sera moins bonne? A noter que plus quelqu'un affirme que sa situation financière est plus ou moins bonne actuellement, plus il affirme également qu'elle sera moins bonne à la retraite...

Nous avons procédé ainsi, pour chacune des 92 questions et chacun des professeurs avait à analyser les résultats obtenus à ses questions avant de discuter ensuite avec l'équipe de l'opportunité de conserver telle ou telle question dans l'édition revue et corrigée de l'I.B.A.P.

A l'aide des commentaires faits par les répondants lors de l'expérimentation, nous avons également amélioré la fabrication de certaines questions.

Des 92 questions initiales, soixante (60) furent retenues pour l'édition de l'I.B.A.P., qui devra servir lors de l'expérimentation finale en 1983-84. La répartition selon les 9 catégories se présente finalement ainsi:

Activité physique,	6 questions, soit les Nos 2, 23, 32, 37, 45, 55
Famille et sexualité,	10 questions, soit les Nos 11, 18, 27, 29, 34, 40, 43, 48, 51, 56
Finance,	5 questions, soit les Nos 7, 14, 28, 39, 57
Législation,	3 questions, soit les Nos 33, 46, 54
Loisirs,	9 questions, soit les Nos 1, 13, 15, 22, 26, 30, 38, 53, 60

Personnalité,	7 questions, soit les Nos 4, 5, 16, 20, 36, 42, 49
Santé,	11 questions, soit les Nos 3, 9, 17, 21, 25, 31, 35, 41, 44, 50, 58
Spiritualité,	5 questions, soit les Nos 6, 8, 10, 19, 24
Travail,	4 questions, soit les Nos 12, 47, 52, 59

(L'annexe III vous offre la formule révisée de l'I.B.A.P. telle que mise à jour en septembre 1983)

DEUXIEME ETAPE: (1982-83)

Grâce à l'I.B.A.P., nous avons pris conscience des besoins, des attentes des pré-retraités et même de leurs perceptions de leur vie de retraités. Evidemment, ces moments de réflexions soulevaient plusieurs problèmes et inquiétudes parmi les répondants qui désiraient trouver des éléments de solutions dans une session de pré-retraite.

L'équipe de recherche se trouvait devant l'alternative suivante:

- soit mettre au point le contenu d'une session de pré-retraite correspondant fidèlement à celui de l'I.B.A.P. pour répondre aux besoins et attentes identifiés par ce dernier;
- soit d'investir dans un contenu déjà existant, les résultats obtenus à l'I.B.A.P.

Après discussion, on opta pour l'adaptation, d'un contenu existant d'une session de pré-retraite, à la structure de l'I.B.A.P. Cette

formule évitait à l'équipe de démarrer à zéro alors que déjà plusieurs contenus avaient été sérieusement expérimentés; d'autre part, en conservant la structure en neuf (9) catégories de l'I.B.A.P., il demeurait possible de réinvestir toutes les données obtenues.

A. Choix d'un programme de session de pré-retraite.

L'équipe de recherche étudia alors différents programmes de sessions de pré-retraite existants, soit ceux du C.E.G.E.P. Lévis-Lauzon et de la Commission des Ecoles Catholiques de Montréal, tous les deux retenus par la Direction Générale de l'Education aux Adultes du Ministère de l'Education, ainsi que ceux de l'Hydro-Québec et de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Pour cette étude, l'équipe s'adjoignit les experts concernés par ces programmes:

Du C.E.G.E.P. de Lévis-Lauzon, M. Gaston Gosselin, de la C.E.C.M., M. Jean-Pierre Richard, de la D.G.E.A., Mme Thérèse Tremblay et M. Richard Fournier, de l'Hydro-Québec, MM. Pierre Varin et Gaston Larivière.

A la première rencontre de ce collectif, l'opération étude comparative des programmes fut faite. Il apparut évident que le programme de session de pré-retraite de l'Hydro-Québec, bien que récemment publié et non encore expérimenté, était une véritable synthèse des contenus des programmes ainsi composés incluant même ceux de l'Université de Montréal et des C.E.G.E.P. de Sherbrooke et Rosemont.

A l'unanimité, on opta pour réinvestir les résultats de l'I.B.A.P. en adaptant le contenu de ce programme.

B. Réinvestissement des résultats obtenus à l'I.B.A.P. dans l'adaptation du "Guide de l'animateur" de l'Hydro-Québec.

On nous permettra ici de remercier le Dr Richard G. Marsan, Directeur Santé et Sécurité, à l'Hydro-Québec, Montréal, qui a accepté de contribuer à notre projet de recherche en permettant à M. Pierre Varin de travailler avec nous.

Nous voulons souligner tout particulièrement cette collaboration enthousiaste que nous avons reçue de M. Pierre Varin, psychologue au Service Programmes de Santé, à l'Hydro-Québec. Sa compétence et sa possession du dossier pré-retraite nous ont été un très précieux support. Au nom de toute l'équipe de recherche, nous voulons publiquement l'en remercier.

Donc, à plusieurs reprises, l'Equipe de recherche et ses experts invités, se rencontrèrent pour déterminer le contenu du Guide de l'animateur. On revisa certains objectifs, on précisa certains contenus, on compléta la documentation, jusqu'à la mise en forme du "Guide de l'animateur", pour la session de 12 rencontres intitulée "Moi et ma retraite, on s'aime".

C. Pré-expérimentation.

Ce nouveau guide se devait donc d'être pré-expérimenté.

M. Gaston Larivière, du Service Développement et Organisation du bureau Régional Mauricie de l'Hydro-Québec, organisa un groupe de pré-retraité

de la compagnie et accepta de le soumettre au contenu du programme du nouveau guide. Il confia l'animation du groupe à M. Jean Guay, ex-animateur des cours de pré-retraite au C.E.G.E.P. de Rosemont et ex-contractuel pour l'Hydro-Québec lors de la conceptualisation de son Guide de l'animateur. M. Guay devait par la suite, joindre l'équipe du Laboratoire de Gériatologie du Département de Psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières où il oeuvre jusqu'à ce jour.

A la suite de cette pré-expérimentation, M. Larivière publia les évaluations complètes et détaillées des rencontres qui permirent à MM. Varin, Guay, Champagne et Mlles Doucet et Baker de faire une deuxième révision du "Guide de l'animateur" et de la documentation d'accompagnement.

Ce sont ce "Guide de l'animateur" et cette documentation d'accompagnement, non publiés, qui serviront éventuellement pour la formation des animateurs et l'expérimentation proprement dite auprès de pré-retraités de la zone administrative numéro quatre.

En résumé, présentement nous avons en main, trois instruments qui peuvent servir à l'expérimentation finale.

1. Le "Guide de l'animateur" qui contient le contenu détaillé des douze (12) rencontres qui constituent la session de pré-retraite "Moi et ma retraite, on s'aime", en plus de la philosophie de base de la session et la définition des rôles des participants, de l'animateur et des personnes-ressources:

Première rencontre : Faire connaissance.

Deuxième rencontre : Les régimes de retraite et les avantages sociaux.

Troisième rencontre: L'aspect économique et financier à la retraite.

Quatrième rencontre: Les questions juridiques à la retraite.

Cinquième rencontre: L'exercice physique.

Sixième rencontre : L'alimentation.

Septième rencontre : La santé.

Huitième rencontre : Le logement et les services.

Neuvième rencontre : L'aménagement du temps.

Dixième rencontre : L'adaptation psychologique à la retraite.

Onzième rencontre : La retraite et la société.

Douzième rencontre : Evaluation de la session.

2. Onze (11) documents d'accompagnement qui contiennent l'information la plus récente sur le sujet traité dans la rencontre. De cette documentation seront tirés certains textes d'information qui serviront de documentation pour les participants.

Toute cette abondante documentation devrait aider l'animateur et la personne-ressource à répondre aux questions et préoccupations du groupe.

3. L'I.B.A.P. qui deviendra au début de la session, un instrument précieux qui permettra à l'animateur de se faire une image de son groupe et d'identifier, pour chacune des rencontres, les problèmes propres à ce groupe précis.

Mais cette seconde étape sera terminée, et nous espérons que ce sera pour septembre 1983, quand la batterie de tests sera mise au point et pré-expérimentée. Nous travaillons actuellement sur des tests d'oc-

cupations personnelles et de satisfaction. Nous songeons également à inclure un test d'aptitude intellectuelle et un test de personnalité.

A cette batterie de tests, il faudra joindre des instruments d'évaluation pour les animateurs, les personnes-ressources et les observateurs.

La troisième étape que nous avons planifiée pour l'automne 1983, consistera en la formation des animateurs et des observateurs sur qui reposera le succès de l'expérimentation finale. Egalement, il nous faudra voir à la formation des groupes expérimentaux et de contrôle dans chacune des cinq Commissions Scolaires Régionales de la zone numéro quatre, soit les Commissions Scolaires Régionales de Mauricie, Bois-Francs, St-François, Provencher et des Vieilles Forges.

La quatrième et dernière étape, consistera en l'expérimentation qui se fera en deux temps: à l'hiver 1984 par la réalisation de la session de pré-retraite dans les cinq Commissions Scolaires Régionales et fort probablement avec un groupe de l'Hydro-Québec, précédée de la passation de tests aux groupes expérimentaux et de contrôle, puis, lors des re-tests vers l'hiver 1985 selon le cas.

Nous devrions pouvoir publier le rapport final de la recherche vers juin 1985.

Université du Québec à Trois-Rivières

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE I.B.A.P.

INVENTAIRE DES BESOINS ET DES ATTENTES DES PRE-RETRAITES

(Renseignements généraux)

Préparé au: Laboratoire de Gérontologie
 du Département de Psychologie
 sous la direction de M. Raymond Champagne, professeur
 de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Septembre 1983

QUESTIONNAIRE I.B.A.P.RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUXIMPORTANT

- 1- A chaque question, vous encerclez le chiffre qui correspond à votre choix de réponse
- 2- Encerclez une seule réponse par question.
- 3- Répondez à chacune et à toutes les questions.
- 4- Répondez spontanément en inscrivant la première réponse qui vous vient à l'esprit au moment de la lecture de la question.
- 5- N'utilisez, s'il y a lieu, que très rarement les réponses "Je ne sais pas" et "Je ne désire pas répondre".
- 6- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; la bonne réponse est votre réponse personnelle.
- 7- Chaque questionnaire est tout-à-fait anonyme.
- 8- Il n'y a pas de limite de temps.
- 9- Si vous ne comprenez pas un mot ou le sens d'une question, n'hésitez pas à nous demander de l'aide.
- 10- Ne rien inscrire dans la colonne de droite où l'on retrouve des carrés.

Merci de votre collaboration

1	2	3	4	5

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

	Identification			N'écrivez rien dans cet espace
1- Age:	1) Moins de 55 ans 2) 55 à 59 ans 3) 60 ans 4) 61 ans 5) 62 ans 6) 63 ans 7) 64 ans 8) 65 ans et plus	1) Employé(e) 2) Conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	6
2- Sexe:	1) Masculin 2) Féminin.		<input type="checkbox"/>	7
3- Etat civil:	1) Marié(e) ou remarié(e) 2) Célibataire 3) Veuf (ve) 4) Séparé(e) 5) Divorcé(e) 6) Autre		<input type="checkbox"/>	8
4- Mon (ma) conjoint(e) a 65 ans et plus	1) Oui 2) Non		<input type="checkbox"/>	9
5- J'ai des enfants:	1) Oui 2) Non	Nombre: _____	<input type="checkbox"/>	10
6- Avez-vous, à la maison, un ou des enfant(s) sous votre dépendance	1) Oui 2) Non		<input type="checkbox"/>	11 12 13
7- Je vois mon ou mes enfant(s) ...	1) Très souvent 2) Assez souvent 3) Rarement		<input type="checkbox"/>	14
			<input type="checkbox"/>	15

N'écrivez rien
dans cet espace

- 8- Je suis actif(ve) dans une association quelconque (Club sportif, club social, Age d'Or, etc.).
- 1) Oui
2) Non
- 9- Actuellement...
- 1) J'ai un travail régulier
2) J'ai un travail à temps partiel
3) Je suis en chômage
4) J'ai un travail saisonnier
5) Je ne travaille pas à l'extérieur de la maison
- 10- Mon métier ou mon travail à la maison, me plaît...
- 1) Beaucoup
2) Assez
3) Peu
4) Je ne sais pas
5) Je désire pas répondre
- 11- Ma scolarité est de...
- 1) Moins de 7 années
2) 7 à 9 années
3) 10 à 12 années
4) Plus de 12 années
- 12- Mon revenu annuel brut est environ de...
- 1) Moins de \$7,000. 6) \$25,000. à \$30,000.
2) \$7,000. à \$10,000. 7) \$30,000. et plus
3) \$10,000. à \$15,000. 8) Aucun revenu
4) \$15,000. à \$20,000. 9) Je ne sais pas
5) \$20,000. à \$25,000. 10) Je ne désire pas répondre
- 13- A ma retraite, mon revenu annuel sera environ de...
- 1) Moins de \$7,000. 6) \$25,000. à \$30,000.
2) \$7,000. à \$10,000. 7) \$30,000. et plus
3) \$10,000. à \$15,000. 8) Aucun revenu
4) \$15,000. à \$20,000. 9) Je ne sais pas
5) \$20,000. à \$25,000. 10) Je ne désire pas répondre

16

17

18

19

20 21

22 23

14- Je paie actuellement pour un fonds de pension ou un plan de retraite

- 1) Privé (REER)
- 2) De groupe (obligatoire)
- 3) Privé et de groupe
- 4) Je n'en ai pas

N'écrivez rien dans cet espace

24

15- Je suis...

- 1) Propriétaire
- 2) Locataire

25

16- Type d'emploi habituel (métier, profession).
(écrire en lettres moulées)

- 1) _____
- 2) Je ne travaille pas à l'extérieur de la maison

26 27

17- Je m'inquiète...de l'endroit où je vais demeurer à ma retraite

- 1) Beaucoup
- 2) Assez
- 3) Peu
- 4) Pas du tout
- 5) Je ne sais pas
- 6) Je ne désire pas répondre

28

18- A ma retraite, j'aimerais vivre...

- 1) Dans ma maison, mon appartement ou mon logement
- 2) Dans un H.L.M. (habitation à loyers modiques)
- 3) Dans un centre d'accueil pour personnes âgées
- 4) Chez un de mes enfants ou un parent
- 5) Dans une maison privée où l'on prend soin des personnes âgées
- 6) Autre _____

29

19- (Employé(e)) A ma retraite, j'envisage avec crainte le fait d'être 24 heures à la maison

- 1) Oui
- 2) Non

30

(Conjoint(e)) J'envisage avec crainte le fait d'avoir mon conjoint(e) à la maison 24 heures par jour, à sa retraite

- 1) Oui
- 2) Non

31

QUESTIONNAIRE

N'écrivez rien dans cet espace

20- Je crois qu'il me serait utile de prendre des cours de pré-retraite

- 1) Oui
- 2) Non

32

Que rêvez-vous de faire à votre retraite?

33 34

35 36

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE I.B.A.P.

INVENTAIRE DES BESOINS ET DES ATTENTES DES PRE-RETRAITES

(Questionnaire)

Préparé au: Laboratoire de Gériologie
du Département de Psychologie
de l'Université du Québec à Trois-Rivières
sous la direction de M. Raymond Champagne

Septembre 1983

QUESTIONNAIRE I.B.A.P.RAPPEL:

- 1- Tous les questionnaires sont absolument anonymes.
- 2- Répondez spontanément en inscrivant la première réponse qui vous vient à l'esprit au moment de la lecture des questions.
- 3- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
- 4- Il n'y a pas de limite de temps.

POUR REpondre AU QUESTIONNAIRE:

- 1- Pour chaque question, vous répondez en fonction d' "AUJOURD'HUI" et en fonction de votre "RETRAITE".
- 2- Pour chaque question, vous avez toujours cinq (5) choix de réponse.
- 3- Pour chaque question, vous retrouvez les choix de réponse suivants: "Je ne sais pas" et "Je ne désire pas répondre". N'utilisez qu'exceptionnellement ces deux (2) choix de réponse.
- 4- Encerclez le numéro qui correspond à votre choix de réponse. N'encerclez qu'un seul numéro pour "AUJOURD'HUI" et un seul pour "A MA RETRAITE".
- 5- Répondez à chacune et à toutes les questions.
- 6- Voici deux exemples:

EXEMPLE 1AUJOURD'HUIA MA RETRAITE

Je ...

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ① Mange beaucoup 2) Mange assez 3) Mange peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre | <ol style="list-style-type: none"> 1) Mangerai plus 2) Mangerai autant ③ Mangerai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre |
|---|---|

La personne, qui a répondu à cette question, a choisi, "Je mange beaucoup" aujourd'hui et elle pense qu'elle "mangera moins" à la retraite.

EXEMPLE 2: Répondons ensemble à cette question:AUJOURD'HUIA MA RETRAITE

Je ...

la télévision

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Regarde beaucoup 2) Regarde assez 3) Regarde peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre | <ol style="list-style-type: none"> 1) Regarderai plus 2) Regarderai autant 3) Regarderai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre |
|--|--|

7- A remarquer qu'il n'y a pas nécessairement de correspondance entre "Aujourd'hui" et "A ma retraite".

8- Si vous ne comprenez pas un mot ou le sens d'une question n'hésitez pas à nous demander de l'aide.

9- Ne rien écrire dans la colonne de droite où l'on retrouve des carrés.

Merci de votre collaboration

QUESTIONNAIRE I.B.A.P.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

IDENTIFICATION DES BESOINS ET DES ATTENTES DES PRE-RETRAITES

	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>A MA RETRAITE</u>
1- ... d'activités de loisir pour occuper mes temps libres.	1) J'ai beaucoup 2) J'ai assez 3) J'ai peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) J'aurai plus 2) J'aurai autant 3) J'aurai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
2- Je ... souvent des exercices qui exigent des efforts physiques (sports marche...).	1) fais très 2) fais assez 3) fais peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) ferai plus 2) ferai aussi 3) ferai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
3- Je ... santé.	1) me considère en très bonne 2) me considère en assez bonne 3) ne considère en mauvaise 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) serai en meilleure 2) serai en aussi bonne 3) serai en moins bonne 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
4- Les gens, en général, ... facilement.	1) m'acceptent très 2) m'acceptent assez 3) ne m'acceptent pas 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) m'accepteront plus 2) m'accepteront aussi 3) m'accepteront moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
5- Je ... souvent la solitude.	1) ressens très 2) ressens assez 3) ressens peu 4) Je sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) ressentirai plus 2) ressentirai aussi 3) ressentirai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre

N'écrivez rien dans cet espace

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	7

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	9

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	11

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	13

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	15

	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>A MA RETRAITE</u>	<u>N'écrivez rien dans cet espace</u>
6- Je ... souvent.	1) prie très 2) prie assez 3) ne prie pas 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) prierai plus 2) prierai aussi 3) prierai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 16 17
7- Je pense que ma situation finan- cière ...	1) est très bonne 2) est assez bonne 3) est mauvaise 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera meilleure 2) sera aussi bonne 3) sera moins bonne 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 18 19
8- ... à l'église.	1) Je vais souvent 2) Je vais assez souvent 3) Je ne vais pas ou peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) J'irai plus souvent 2) J'irai aussi souvent 3) J'irai moins souvent 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 20 21
9- Je suis (serai)... préoccupé(e) par le fait de vieill- lir.	1) très 2) assez 3) peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) plus 2) autant 3) moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 22 23
10- Je ... préparé(e) spirituellement à la mort.	1) suis très bien 2) suis assez bien 3) suis peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) serai mieux 2) serai autant 3) serai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 24 25
11- La fréquentation des amis ... importante.	1) est une activité très 2) est une activité assez 3) est une activité peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera une activité plus 2) sera une activité aussi 3) sera une activité moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 26 27

	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>A MA RETRAITE</u>	<u>N'écrivez rien dans cet espace</u>
12- Ma capacité à travailler...	1) est très bonne 2) est assez bonne 3) est mauvaise 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera meilleure 2) sera aussi bonne 3) sera moins bonne 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 28 29
13- Je ... occupé(e).	1) suis très 2) suis assez 3) suis peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) serai plus 2) serai autant 3) serai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 30 31
14- Je ... le montant total de mes revenus annuels.	1) connais très bien 2) connais assez bien 3) connais peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) connaîtrai mieux 2) connaîtrai autant 3) connaîtrai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 32 33
15- Le loisir, d'après moi, ... satisfaisant que le travail.	1) est plus 2) est aussi 3) est moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera plus 2) sera aussi 3) sera moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 34 35
16- ... de mémoire.	1) J'ai beaucoup 2) J'ai assez 3) J'ai peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) J'aurai plus 2) J'aurai autant 3) J'aurai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 36 37
17- Mon vieillissement me ... dans mes activités de vie quotidienne (travail, loisirs, etc.).	1) nuit beaucoup 2) nuit assez 3) nuit peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) nuira plus 2) nuira autant 3) nuira moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 38 39

	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>A MA RETRAITE</u>	<u>N'écrivez rien dans cet espace</u>
18- Les problèmes de mes enfants (ou de mes proches, si je ne suis pas marié(e)) me ...	1) touchent beaucoup 2) touchent assez 3) touchent peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) toucherons plus 2) toucherons autant 3) toucherons moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 40 41
19- Je ... à une vie future	1) crois fermement 2) crois 3) crois peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) croirai plus 2) croirai autant 3) croirai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désira pas répondre	<input type="text"/> 42 43
20- Je ... affectueux(se).	1) suis très 2) suis assez 3) suis peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) serai plus 2) serai autant 3) serai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 44 45
21- Prévenir les manifestations du vieillissement me ...	1) préoccupe beaucoup 2) préoccupe assez 3) préoccupe peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) préoccupera plus 2) préoccupera autant 3) préoccupera moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 46 47
22- ... seul(e) mes activités de loisir.	1) J'organise toujours 2) J'organise souvent 3) J'organise rarement 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) J'organiserai plus souvent 2) J'organiserai aussi souvent 3) J'organiserai moins souvent 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 48 49
23- Je pense que mon poids ...	1) est trop élevé 2) est normal 3) est trop bas 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) augmentera 2) restera semblable 3) diminuera 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 50 51

	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>A MA RETRAITE</u>	<u>N'écrivez rien dans cet espace</u>
24- Je ... sur le sens de la vie	1) m'interroge beaucoup 2) m'interroge assez 3) m'interroge peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) m'interrogerai plus 2) m'interrogerai autant 3) m'interrogerai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 52 53
25- Ma capacité visuelle ...	1) est très bonne 2) est assez bonne 3) est mauvaise 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera meilleure 2) sera aussi bonne 3) sera moins bonne 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 54 55
26- Je ... souvent mes activités de loisir avec mon(ma) conjoint(e).	1) pratique très 2) pratique assez 3) pratique peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) pratiquerai plus 2) pratiquerai aussi 3) pratiquerai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 56 57
27- Je ... souvent les membres de ma famille (frères, sœurs, cousins, etc.).	1) vois très 2) vois assez 3) vois peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) verrai plus 2) verrai aussi 3) verrai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 58 59
28- Je ... d'où proviennent (proviendrons) mes revenus.	1) connais très bien 2) connais assez bien 3) connais mal 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) connaîtrai mieux 2) connaîtrai autant 3) connaîtrai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 60 61
29- ... mon(ma) conjoint(e).	1) J'aime beaucoup 2) J'aime assez 3) J'aime peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) J'aimerai plus 2) J'aimerai autant 3) J'aimerai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 62 63

	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>A MA RETRAITE</u>	<u>N'écrivez rien dans cet espace</u>
30- Je ... mes activités de loisir tout(e) seul(e).	1) pratique très souvent 2) pratique assez souvent 3) pratique peu souvent 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) pratiquerai plus souvent 2) pratiquerai aussi souvent 3) pratiquerai moins souvent 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 64 65
31- Ma capacité auditive ...	1) est très bonne 2) est assez bonne 3) est mauvaise 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera meilleure 2) sera aussi bonne 3) sera moins bonne 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 66 67
32- Mes articulations, mes mouvements... souples.	1) sont très 2) sont assez 3) sont peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) seront plus 2) seront aussi 3) seront moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 68 69
33- Je ... important que tous mes papiers légaux soient en ordre (assurance, testament, etc.).	1) considère très 2) considère assez 3) considère peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) considérerai plus 2) considérerai aussi 3) considérerai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 70 71
34- La sexualité ... à mon épanouissement.	1) contribue beaucoup 2) contribue assez 3) contribue peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) contribuera davantage 2) contribuera autant 3) contribuera moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> <input type="text"/> 72 73

AUJOURD'HUI

A MA RETRAITE

N'écrivez rien
dans cet espace

35- Quand je me sens (sentirai) fatigué(e), stressé(e), je ... souvent les moyens adéquats et le temps nécessaire pour me détendre.

- 1) prends très
- 2) prends assez
- 3) prends peu
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

- 1) prendrai plus
- 2) prendrai aussi
- 3) prendrai moins
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

--	--

74 75

36- ... confiance en moi.

- 1) J'ai beaucoup
- 2) J'ai assez
- 3) J'ai peu
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

- 1) J'aurai plus
- 2) J'aurai autant
- 3) J'aurai moins
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

--	--

76 77

37- Je me ... souvent fatigué(e), épuisé(e) à la fin de la journée de travail.

- 1) sens très
- 2) sens assez
- 3) sens peu
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

- 1) sentirai plus
- 2) sentirai aussi
- 3) sentirai moins
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

--	--

78 79

Carte 2

38- ... pendant mes temps libres.

- 1) Je m'ennuie beaucoup
- 2) Je m'ennuie assez
- 3) Je m'ennuie peu
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

- 1) Je m'ennuierai plus
- 2) Je m'ennuierai autant
- 3) Je m'ennuierai moins
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

--	--	--	--	--	--

1 2 3 4 5

--	--

6 7

39- Je ... capable de mettre de l'argent de côté.

- 1) suis très
- 2) suis assez
- 3) suis peu
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

- 1) serai plus
- 2) serai aussi
- 3) serai moins
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

--	--

8 9

40- Mes activités sexuelles ... fréquentes.

- 1) sont très
- 2) sont assez
- 3) sont peu
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

- 1) seront plus
- 2) seront aussi
- 3) seront moins
- 4) Je ne sais pas
- 5) Je ne désire pas répondre

--	--

10 11

	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>A MA RETRAITE</u>
41- Je me ... souvent des questions sur les changements qui se produisent (produiront) chez moi en vieillissant.	1) pose très 2) pose assez 3) pose peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) poserais plus 2) poserais aussi 3) poserais moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
42- Je me ... utile.	1) sens très 2) sens assez 3) sens peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sentirai plus 2) sentirai autant 3) sentirai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
43- Les activités sexuelles ... que regarder un bon film, lire un bon livre ou avoir une activité de loisir intéressante.	1) m'attire plus 2) m'attire autant 3) m'attire moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) m'attireront plus 2) m'attireront autant 3) m'attireront moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
44- Je ... souvent des médicaments.	1) prends très 2) prends assez 3) prends peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) prendrai plus 2) prendrai aussi 3) prendrai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
45- Lors d'une activité comme la marche, je ... souvent de la fatigue au niveau des jambes.	1) ressens très 2) ressens assez 3) ressens peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) ressentirai plus 2) ressentirai aussi 3) ressentirai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre
46- Je ... mes droits concernant le supplément de revenus garantis et l'allocation au conjoint.	1) connais très bien 2) connais assez bien 3) connais peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) connaîtrai mieux 2) connaîtrai autant 3) connaîtrai moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre

N'écrivez rien dans cet espace

--	--

12 13

--	--

14 15

--	--

16 17

--	--

18 19

--	--

20 21

--	--

22 23

	<u>AUJOURD'HUI</u>	<u>A MA RETRAITE</u>	<u>N'écrivez rien dans cet espace</u>
47- Ma capacité d'ap- prendre ...	1) est très bonne 2) est assez bonne 3) est mauvaise 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera meilleure 2) sera aussi bonne 3) sera moins bonne 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 24 25
48- Mon(ma) con- joint(e) ... attirant(e).	1) est très 2) est assez 3) est peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera plus 2) sera aussi 3) sera moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 26 27
49- Mes capacités intellectuelles...	1) sont très bonnes 2) sont assez bonnes 3) sont mauvaises 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) seront meilleures 2) seront aussi bonnes 3) seront moins bonnes 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 28 29
50- Penser à la perte de mon(ma) con- joint(e) me ...	1) trouble beaucoup 2) trouble assez 3) trouble peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) troublera plus 2) troublera autant 3) troublera moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 30 31
51- Notre couple... uni.	1) est très 2) est assez 3) est peu 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) sera plus 2) sera aussi 3) sera moins 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 32 33
52- Mes relations avec mes collè- ou mes anciens collègues de travail...	1) sont très bonnes 2) sont assez bonnes 3) sont mauvaises 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	1) seront meilleures 2) seront aussi bonnes 3) seront moins bonnes 4) Je ne sais pas 5) Je ne désire pas répondre	<input type="text"/> 34 35

- | | <u>AUJOURD'HUI</u> | <u>A MA RETRAITE</u> |
|--|--|---|
| 53- Je ... pratiquer mes activités de loisir à la maison. | 1) préfère beaucoup
2) préfère assez
3) préfère peu
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre | 1) préférerais plus
2) préférerais autant
3) préférerais moins
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre |
| 54- Je ... mes droits concernant le régime des rentes et la pension de vieillesse. | 1) connais très bien
2) connais assez bien
3) connais peu
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre | 1) connaîtrai mieux
2) connaîtrai autant
3) connaîtrai moins
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre |
| 55- Lors d'un exercice, ... souvent le souffle court. | 1) j'ai très
2) j'ai assez
3) j'ai peu
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre | 1) j'aurai plus
2) j'aurai aussi
3) j'aurai moins
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre |
| 56- Maintenir des contacts sociaux, en avoir de nouveaux ... important pour moi. | 1) est très
2) est assez
3) est peu
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre | 1) sera plus
2) sera aussi
3) sera moins
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre |
| 57- Lorsque j'ai (j'aurai) des problèmes financiers, j'en ... affecté(e). | 1) suis très
2) suis assez
3) suis peu
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre | 1) serai plus
2) serai autant
3) serai moins
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre |
| 58- Je ... ce que doivent être, pour les gens de 50 ans et plus, les bonnes habitudes alimentaires, de repos, d'hygiène physique et mentale. | 1) connais très bien
2) connais assez bien
3) connais peu
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre | 1) connaîtrai mieux
2) connaîtrai autant
3) connaîtrai moins
4) Je ne sais pas
5) Je ne désire pas répondre |

N'écrivez rien dans cet espace

36 37

38 39

40 41

42 43

44 45

46 47

AUJOURD'HUI

A MA RETRAITE

N'écrivez rien
dans cet espace

- | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| 59- Mes habiletés... | 1) sont très bonnes | 1) seront meilleures |
| | 2) sont assez bonnes | 2) seront aussi bonnes |
| | 3) sont mauvaises | 3) seront moins bonnes |
| | 4) Je ne sais pas | 4) Je ne sais pas |
| | 5) Je ne désire pas répondre | 5) Je ne désire pas répondre |

--	--

48 49

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 60- Les activités de loisir ... importantes dans ma vie. | 1) sont très | 1) seront plus |
| | 2) sont assez | 2) seront aussi |
| | 3) sont peu | 3) seront moins |
| | 4) Je ne sais pas | 4) Je ne sais pas |
| | 5) Je ne désire pas répondre | 5) Je ne désire pas répondre |

--	--

50 51

STEREOTYPES DE LA POPULATION QUEBECOISE
ENVERS LES PERSONNES AGEES.

Par Raymond Champagne et Lyse Frenette

Le présent projet a pris naissance lors du cours "Marginalisation des personnes âgées" du certificat de gérontologie de l'Université de Montréal, donné à des étudiants* de la région de Québec, à l'hiver 83, par Lyse Frenette, psychologue psychothérapeute. Il s'agissait d'étudiants âgés de 25 à 50 ans.

A l'occasion de ce cours, des échanges se sont établis entre Mme Frenette et M. Raymond Champagne, du Laboratoire de Gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le schéma de l'expérience fut alors précisé.

A. PROBLEMATIQUE:

On sait que l'intériorisation des stéréotypes se fait à partir d'images populaires.

Ainsi, les études de Broverman, Vogel, Broverman, Clarkson et Rosenkrantz amènent à tirer les conclusions suivantes (1972): "Il existe un consensus élevé sur les traits de personnalité propres aux hommes et aux femmes et ce, parmi des groupes différents selon le sexe, l'âge, la religion, l'état civil ou le niveau d'éducation. Les caractéristiques masculines sont plus souvent considérées sous l'aspect positif que les caractéristiques féminines. Ainsi, les traits masculins font ressortir la "compétence" et incluent des adjectifs tels que indépendant, objectif, actif, compétitif, logique, aventureux, agressif, ambitieux. Quant aux traits féminins positifs, ils

* Le mot "étudiant" signifie étudiant et étudiante.

font ressortir la "chaleur" et l'"expression" et se définissent par des adjectifs tels que gentille, sensible aux sentiments des autres, pleine de savoir-faire, religieuse, soignée, tranquille, intéressée aux arts et à la littérature, capable d'exprimer ses sentiments.

Dans les deux cas, le sexe opposé est perçu comme manquant de ces qualités.

Constantinople (1974) démontre une polarité masculinité et féminité: masculinité signifie compétence et action; féminité signifie chaleur et passivité.

Et, en 1979, Wolf et Taylor démontrent que les attributs masculins sont plus valorisés que les attributs féminins.

Or, on sait que les stéréotypes selon le sexe ne sont pas fondés scientifiquement. Par exemple, Freeze, Parsons, Johnson, Ruble et Zellman (1978), en comparant les résultats de recherches et les stéréotypes, démontrent qu'au niveau de l'agressivité physique, il existe des différences réelles quant à l'agressivité physique, mais contradictoires quant à l'agressivité indirecte. Les différences sont aussi non-concluantes, dans l'ensemble, quant à la dépendance, au savoir-faire, à la gentillesse, à la sensibilité, aux besoins des autres et à l'émotivité.

Les hommes et les femmes seraient-ils différents de l'image que projettent les stéréotypes sexuels?

Auraient-ils appris ces stéréotypes?

Comme les stéréotypes varient non seulement en fonction du sexe mais aussi en fonction de l'âge, il y a tout lieu de croire que des stéréotypes existent en ce qui concerne les personnes âgées et ces derniers affectent nos attitudes envers elles. Ceci pourrait expliquer la tendance à marginaliser la personne âgée et celle qu'a parfois la personne âgée à vivre en marginale.

Il est bon, toutefois, de distinguer le stéréotype de l'attitude.

Le stéréotype fait référence à une perception qui est répétée et reproduite sans variation. Cette perception est conforme et est établie selon des "patterns" déterminés qui ne se distinguent pas des traits individuels (Chappell 1977). Ce terme n'est pas nécessairement négatif ou positif (Lippman 1922); tout dépend des situations. Or, depuis l'industrialisation de notre société, il semble que les stéréotypes soient plutôt "négatifs" en ce qui concerne la personne âgée (Butler 1975), McTavis L. (1977), Golde et Kogan (1959), Tuckman et Lorge (1953).

Quant à l'attitude, elle est plutôt une prédisposition à réagir, à répondre et à agir face à une personne, un objet ou une classe de personnes ou d'objets (Chappell 1977). Pour Allport (1967), une attitude est "ce qui est organisé suite à une expérience". Il s'agit alors d'un état mental, d'une habileté qui s'est organisée grâce à l'expérience. Newcomb (1970) affirme, de plus, que nous pouvons développer des attitudes favorables ou défavorables selon l'information que nous détenons sur les propriétés de ces gens ou de ces objets. En ce sens, le stéréotype, bien que différent de l'attitude, prend souvent une place dans celle-ci.

La question que nous nous posons est la suivante: quels sont les stéréotypes qui influencent, au Québec, notre attitude envers les personnes âgées et qui nous portent à les marginaliser?

B. SCHEMA EXPERIMENTAL:

a) Dans un premier temps, nous désirions faire identifier spontanément, par les étudiants inscrits au cours, les stéréotypes usuels envers les personnes âgées, qui sont les plus répandus dans la société québécoise.

b) Par la suite, nous voulions comparer leurs identifications de stéréotypes avec les 13 catégories de traits retenus par Tuckman et Lorge (1953) dans leur questionnaire pour mesurer les attitudes de jeunes adultes gradués envers les personnes âgées.

c) Enfin, nous voulions vérifier, dans la population québécoise, si ces stéréotypes existent vraiment.

C. EXPERIMENTATION:

a) Stéréotypes identifiés par les étudiants.

Il fut fort intéressant d'observer combien il est facile, pour les étudiants, d'énumérer, spontanément et presque unanimement, les stéréotypes les plus répandus se référant aux personnes âgées.

Voici la liste des stéréotypes identifiés:

- Les personnes âgées ne sont pas sociables et elles aiment se rassembler ensemble.
- Elles ont du plaisir et elles aiment à rire.
- Elles craignent l'avenir.
- Elles aiment jouer aux cartes et à d'autres jeux semblables (bingo, poches, etc.).
- Elles aiment "placoter" et raconter leurs souvenirs.
- Elles aiment dépendre de leurs enfants.
- Elles sont malades et prennent beaucoup de médicaments.
- Elles "radotent".
- Elles sont plus ou moins propres, et ne se soucient pas de leur apparence.
- Elles sont très religieuses et prient beaucoup.
- Elles sont très sensibles et insécures.
- Elles ne s'intéressent plus à la sexualité.
- Elles sont trop fragiles pour faire de l'exercice physique.
- Elles sont plutôt pauvres.

b) Comparaison avec les catégories de Tuckman et Lorge.

A notre grande surprise, en comparant cette liste de stéréotypes aux 13 catégories de Tuckman et Lorge, on constata un recouvrement presque total, à l'exception de la catégorie "interférence".

Pour les fins de notre enquête de style "Gallup", nous avons besoin d'un instrument comprenant quelques questions seulement et non les 137 de Tuckman. Elles devaient toutefois couvrir le contenu des 13 catégories de Tuckman. Enfin, les questions se devaient d'être claires, simples et positives pour faciliter la réponse spontanée de l'interviewé*.

Voici dans un premier temps, le questionnaire tel qu'il fut construit et utilisé pour l'enquête. Il comporte 18 questions.

L'étudiant devait respecter le plus possible la directive suggérée.

Puis il encerclait lui-même la réponse donnée par l'interviewé.

Il notait au bas du questionnaire s'il s'agissait d'un interviewé de moins ou de plus de 30 ans, homme ou femme.

* Le mot "interviewé" signifie interviewé et interviewée.

QUESTIONNAIRE

Directives: Voici une liste de commentaires sur les personnes âgées. Si vous êtes d'accord en général avec les phrases suivantes, répondez "oui". Si vous n'êtes pas d'accord avec les phrases suivantes, répondez "non". Il n'y a pas de mauvaises ni de bonnes réponses.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1- Les personnes âgées préfèrent demeurer entre elles plutôt que de se mêler aux autres. | OUI | NON |
| 2- Les personnes âgées sont très heureuses. | OUI | NON |
| 3- Les personnes âgées ont peur de l'avenir. | OUI | NON |
| 4- Les personnes âgées passent leur temps à jouer aux cartes. | OUI | NON |
| 5- Les personnes âgées parlent beaucoup. | OUI | NON |
| 6- Les personnes âgées s'attendent à ce que leurs enfants s'occupent d'elles. | OUI | NON |
| 7- Les personnes âgées prennent beaucoup de médicaments. | OUI | NON |
| 8- Les personnes âgées vivent de leurs souvenirs. | OUI | NON |
| 9- Les personnes âgées se soucient peu de leur apparence. | OUI | NON |
| 10- Les personnes âgées accordent beaucoup d'importance à la religion. | OUI | NON |
| 11- Les personnes âgées sont plus sensibles que les autres. | OUI | NON |
| 12- Les personnes âgées perdent toute capacité et tout intérêt à la vie sexuelle. | OUI | NON |
| 13- Les personnes âgées sont plus insécures. | OUI | NON |
| 14- Les personnes âgées répètent souvent les mêmes choses. | OUI | NON |
| 15- Les personnes âgées ont une santé fragile. | OUI | NON |
| 16- Les personnes âgées qui conduisent une auto nuisent à la circulation. | OUI | NON |
| 17- Les personnes âgées ne peuvent pas faire de l'exercice physique (sports). | OUI | NON |
| 18- Les personnes âgées ont une bonne sécurité financière. | OUI | NON |

Personne interrogée:

- 30 ans

+ 30 ans

Homme

Femme

Voici maintenant comment ces 18 questions correspondent aux 13 catégories de Tuckman. A remarquer que la 16ième question fut ajoutée pour inclure dans le questionnaire la catégorie "interférence" de Tuckman.

<u>Question</u>	<u>Catégories de Tuckman</u>
1	Conservatisme
2	Meilleurs moments de la vie
3	Attitude envers le futur
4	<u>Activités</u> et intérêts
5	Traits de personnalité
6	La famille
7	Le physique (maladie)
8	Conservatisme
9	Propreté
10	Activités et <u>intérêts</u>
11	Insécurité
12	Sexualité
13	Insécurité
14	Détérioration mentale
15	Le physique (homéostasie)
16	Interférence
17	Activités - intérêts (sport)
18	Finance

c) Passation et correction.

La passation eut lieu sous forme d'enquête Gallup exécutée par les étudiants des deux professeurs concernés.

Ils interviewèrent ainsi 458 personnes qui circulaient dans des centres d'achat situés à Québec (N = 200), Lévis (N = 219) et Trois-Rivières (N = 39). Le petit nombre de sujets à Trois-Rivières s'explique par le fait que l'enquête a dû être menée après la fin des cours par quelques étudiants seulement.

La correction est simple, il s'agit d'additionner les "oui" des répondants.

D. RESULTATS:

Les tableaux 1 à 4 suivants présentent le nombre et le pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins de 30 ans, pour l'ensemble des trois régions, puis pour Québec, Lévis et Trois-Rivières.

TABLEAU I

QUESTIONNAIRE SUR LES STEREOTYPES

Nombre et pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question
par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins 30 ans

Résultats globaux	Hommes				Femmes				Total
	de + 30 ans (106)		de -30 ans (104)		de + 30 ans (115)		de -30 ans (133)		
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
N = 458									
1- Les p.a. préfèrent demeurer entre elles plutôt que de se mêler aux autres	48	45	48	46	59	51	53	40	45
2- Les p.a. sont très heureuses	44	41	41	39	38	33	46	34	37
3- Les p.a. ont peur de l'avenir	61	57	57	55	77	67	90	78	62
4- Les p.a. passent leur temps à jouer aux cartes	27	25	28	27	23	20	26	19	23
5- Les p.a. parlent beaucoup	60	56	55	53	65	56	72	54	55
6- Les p.a. s'attendent à ce que leurs enfants s'occupent d'elles	73	69	75	72	87	76	96	72	72
7- Les p.a. prennent beaucoup de médicaments	80	75	79	76	76	66	84	63	70
8- Les p.a. vivent de leurs souvenirs	84	79	70	67	89	77	102	77	75
9- Les p.a. se soucient peu de leur apparence physique	30	28	23	22	28	24	27	20	23

TABLEAU I (suite)

QUESTIONNAIRE SUR LES STEREOTYPES

Nombre et pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question
par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins 30 ans

Résultats globaux	Hommes				Femmes				Total
	de + 30 ans (106)		de -30 ans (104)		de + 30 ans (115)		de -30 ans (133)		N = 458
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
10- Les p.a. accordent beaucoup d'importance à la religion	89	84	97	93	108	94	125	94	91
11- Les p.a. sont plus sensibles que les autres	78	73	64	61	101	88	91	68	73
12- Les p.a. perdent toute capacité et tout intérêt à la vie sexuelle	25	23	35	34	39	34	34	25	29
13- Les p.a. sont plus insécures	84	79	75	72	101	88	92	69	77
14- Les p.a. répètent souvent les mêmes choses	80	75	69	66	83	72	97	73	72
15- Les p.a. ont une santé fragile	64	60	82	79	75	65	97	73	69
16- Les p.a. qui conduisent une auto nuisent à la circulation	44	41	47	45	56	49	58	44	45
17- Les p.a. ne peuvent pas faire d'exercice physique (sports)	18	17	16	15	22	19	11	8	15
18- Les p.a. ont une bonne sécurité financière	38	36	31	30	37	32	47	35	33

TABLEAU 2

QUESTIONNAIRE SUR LES STEREOTYPES

Nombre et pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question
par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins 30 ans

Québec	Hommes				Femmes				Total
	de + 30 ans		de -30 ans		de +30 ans		de -30 ans		N = 200 %
	N	%	N	%	N	%	N	%	
N = 200									
1- Les p.a. préfèrent demeurer entre elles plutôt que de se mêler aux autres	20	39	18	43	22	51	25	39	42
2- Les p.a. sont très heureuses	23	45	24	57	15	35	22	34	42
3- Les p.a. ont peur de l'avenir	27	53	21	50	27	63	44	69	67
4- Les p.a. passent leur temps à jouer aux cartes	9	18	10	24	9	21	9	14	18
5- Les p.a. parlent beaucoup	27	53	25	59	24	56	34	53	55
6- Les p.a. s'attendent à ce que leurs enfants s'occupent d'elles	34	66	28	66	29	67	44	69	67
7- Les p.a. prennent beaucoup de médicaments	33	65	32	76	29	67	37	58	65
8- Les p.a. vivent de leurs souvenirs	40	78	26	62	28	65	50	78	72
9- Les p.a. se soucient peu de leur apparence physique	16	31	9	21	12	28	14	22	25

TABLEAU 2 (suite)

QUESTIONNAIRE SUR LES STEREOTYPES

Nombre et pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question
par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins 30 ans

Québec	Hommes				Femmes				Total
	de + 30 ans		de -30 ans		de + 30 ans		de -30 ans		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
N = 200									
10- Les p.a. accordent beaucoup d'importance à la religion	42	82	37	88	41	95	57	89	88
11- Les p.a. sont plus sensibles que les autres	39	76	29	69	37	86	40	62	72
12- Les p.a. perdent toute capacité et tout intérêt à la vie sexuelle	10	20	18	43	12	28	16	25	28
13- Les p.a. sont plus insécures	41	80	28	66	34	79	46	72	74
14- Les p.a. répètent souvent les mêmes choses	41	80	30	71	27	63	41	64	69
15- Les p.a. ont une santé fragile	29	57	33	78	34	79	39	61	67
16- Les p.a. qui conduisent une auto nuisent à la circulation	18	35	18	43	24	56	28	44	44
17- Les p.a. ne peuvent pas faire d'exercice physique (sports)	9	18	6	14	9	21	4	6	14
18- Les p.a. ont une bonne sécurité financière	15	29	12	28	13	30	20	31	30

TABLEAU 3

QUESTIONNAIRE SUR LES STEREOTYPES

Nombre et pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins 30 ans

Lévis	Hommes				Femmes				Total
	de + 30 ans		de -30 ans		de +30 ans		de -30 ans		
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
N = 219									N = 219
1- Les p.a. préfèrent demeurer entre elles plutôt que de se mêler aux autres	25	51	26	49	29	49	24	41	47
2- Les p.a. sont très heureuses	19	39	15	28	18	30	18	31	32
3- Les p.a. ont peur de l'avenir	32	65	31	58	39	66	40	69	65
4- Les p.a. passent leur temps à jouer aux cartes	18	37	17	32	10	17	15	26	27
5- Les p.a. parlent beaucoup	30	61	27	51	32	54	31	53	55
6- Les p.a. s'attendent à ce que leurs enfants s'occupent d'elles	37	75	39	73	46	78	44	76	76
7- Les p.a. prennent beaucoup de médicaments	43	88	40	75	38	64	42	72	74
8- Les p.a. vivent de leurs souvenirs	39	79	39	73	49	83	45	77	78
9- Les p.a. se soucient peu de leur apparence physique	12	24	13	24	15	25	12	21	24

TABLEAU 3 (suite)

QUESTIONNAIRE SUR LES STEREOTYPES

Nombre et pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question
par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins 30 ans

Trois-Rivières	Hommes				Femmes				Total
	de + 30 ans		de -30 ans		de +30 ans		de -30 ans		
	N	%	N	%	N	%	N	%	%
N = 39									N = 39
10- Les p.a. accordent beaucoup d'importance à la religion	5	83	9	100	10	77	11	100	90
11- Les p.a. sont plus sensibles que les autres	6	100	6	66	12	92	8	73	82
12- Les p.a. perdent toute capacité et tout intérêt à la vie sexuelle	1	17	1	12	7	54	1	9	26
13- Les p.a. sont plus insécures	5	83	7	78	13	100	9	82	87
14- Les p.a. répètent souvent les mêmes choses	5	83	5	55	12	92	8	73	77
15- Les p.a. ont une santé fragile	3	50	7	78	7	54	10	91	69
16- Les p.a. qui conduisent une auto nuisent à la circulation	3	50	1	12	5	38	5	45	36
17- Les p.a. ne peuvent pas faire d'exercice physique	0	0	0	0	1	8	2	18	1
18- Les p.a. ont une bonne sécurité financière	2	33	3	33	7	54	5	45	43

TABLEAU 4

QUESTIONNAIRE SUR LES STEREOTYPES

Nombre et pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question
par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins 30 ans

Trois-Rivières	Hommes				Femmes				Total
	de + 30 ans		de - 30 ans		de + 30 ans		de - 30 ans		N = 39 %
	N	%	N	%	N	%	N	%	
N = 39									
1- Les p.a. préfèrent demeurer entre elles plutôt que de se mêler aux autres	3	50	4	44	8	61	4	36	49
2- Les p.a. sont très heureuses	2	33	2	22	5	38	6	54	38
3- Les p.a. ont peur de l'avenir	2	33	6	66	11	85	6	54	64
4- Les p.a. passent leur temps à jouer aux cartes			1	12	4	31	2	18	18
5- Les p.a. parlent beaucoup	3	50	3	33	8	61	7	64	54
6- Les p.a. s'attendent à ce que leurs enfants s'occupent d'elles	2	33	8	89	12	92	7	64	74
7- Les p.a. prennent beaucoup de médicaments	4	66	7	78	9	69	5	45	64
8- Les p.a. vivent de leurs souvenirs	5	83	5	55	12	92	7	64	74
9- Les p.a. se soucient peu de leur apparence physique	2	33	1	12	1	8	1	9	13

TABLEAU 4 (suite)

QUESTIONNAIRE SUR LES STEREOTYPES

Nombre et pourcentage de réponses "oui" accordées à chaque question
par les hommes et les femmes âgés de plus ou moins 30 ans

Lévis N = 219	Hommes				Femmes				Total N = 219 %
	de + 30 ans		de - 30 ans		de + 30 ans		de - 30 ans		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
10- Les p.a. accordent beaucoup d'importance à la religion	42	86	51	96	57	97	57	98	94
11- Les p.a. sont plus sensibles que les autres	33	67	29	55	52	88	43	74	72
12- Les p.a. perdent toute capacité et tout intérêt à la vie sexuelle	14	28	16	30	20	34	17	29	30
13- Les p.a. sont plus insécures	38	77	40	75	54	91	47	81	82
14- Les p.a. répètent souvent les mêmes choses	34	69	34	64	44	74	48	83	73
15- Les p.a. ont une santé fragile	32	65	43	81	34	58	48	83	72
16- Les p.a. qui conduisent une auto nuisent à la circulation	23	47	28	53	27	46	25	43	47
17- Les p.a. ne peuvent pas faire d'exercice physique (sports)	9	18	10	19	12	20	5	9	16
18- Les p.a. ont une bonne sécurité financière	21	43	16	30	17	29	22	38	35

E. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RESULTATS:

Considérant le caractère exploratoire de la présente étude, nous avons fixé le seuil de signification à 0,10.

Notre analyse présentera en premier lieu, les stéréotypes que l'ensemble de la population conserve envers les personnes âgées.

Puis, nous examinerons si le sexe et l'âge sont des paramètres qui influencent l'existence de certains stéréotypes envers les aînés**.

a) Stéréotypes de la population totale.

On constate dans le tableau 5, que 10 énoncés sur 18, présentent une majorité de "oui" dans la population totale et que cette majorité est significative à 0,001 pour 9 résultats et 0,05 pour une question.

TABLEAU 5

Questions où l'on retrouve un pourcentage plus élevé de "oui" dans la population totale.

Questions	% Total		Chi-Carré*	P
	Oui	Non		
3	62	38	25,99	0,001
5	55	45	4,43	0,05
6	72	28	88,40	0,001
7	70	30	73,28	0,001
8	75	25	114,75	0,001
10	91	9	307,71	0,001
11	73	27	94,42	0,001
13	77	23	133,49	0,001
14	72	28	88,40	0,001
15	69	31	65,49	0,001

*Fréquence théorique = 50 - 50

** Le mot "aîné" signifie aîné et aînée.

Ces questions et leurs correspondances aux catégories de Tuckman sont les suivantes :

<u>Questions</u>	<u>Catégories de Tuckman</u>
3- Les personnes âgées ont peur de l'avenir	Attitude envers le futur
5- Les personnes âgées parlent beaucoup	Traits de personnalité
6- Les personnes âgées s'attendent à ce que leurs enfants s'occupent d'elles	La famille
7- Les personnes âgées prennent beaucoup de médicaments	Le physique (maladie)
8- Les personnes âgées vivent de leurs souvenirs	Conservatisme
10- Les personnes âgées accordent beaucoup d'importance à la religion	Activités et <u>intérêts</u>
11- Les personnes âgées sont plus sensibles que les autres	Insécurité
13- Les personnes âgées sont plus insécures	Insécurité
14- Les personnes âgées répètent souvent les mêmes choses	Détérioration mentale

15- Les personnes âgées ont une santé fragile Le physique (homéostasie)

Par contre, on remarque également au tableau 6, que 8 des 18 énoncés présentent une majorité significative de "non" dans la population totale, au niveau de 0,001 pour 6 questions et de 0,05 pour deux.

TABLEAU 6

Questions où l'on retrouve un pourcentage plus élevé de "non" dans la population totale.

Questions	% Total		Chi-Carré*	P
	Oui	Non		
1	45	55	4,43	0,05
2	37	63	29,95	0,001
4	23	77	133,49	0,001
9	23	77	133,49	0,001
12	29	61	79,82	0,001
16	45	55	4,43	0,05
17	15	85	222,67	0,001
18	33	67	52,57	0,001

*Fréquence théorique = 50 - 50

Voici les questions et les catégories de Tuckman correspondantes:

<u>Questions</u>	<u>Catégories de Tuckman</u>
1- Les personnes âgées préfèrent demeurer entre elles plutôt que de se mêler aux autres	Conservatisme
2- Les personnes âgées sont très heureuses	Meilleurs moments de la vie

4- Les personnes âgées passent leur temps à jouer aux cartes	<u>Activités</u> et intérêts
9- Les personnes âgées se soucient peu de leur apparence	Propreté
12- Les personnes âgées perdent toute capacité et tout intérêt à la vie sexuelle	Sexualité
16- Les personnes âgées qui conduisent une auto nuisent à la circulation	Interférence
17- Les personnes âgées ne peuvent pas faire d'exercice physique (sports)	Activités - Intérêts (sports)
18- Les personnes âgées ont une bonne sécurité financière	Finance

Le tableau 7 fait la synthèse des résultats obtenus dans la population globale, selon qu'ils indiquent la présence ou l'absence de stéréotypes selon les 13 catégories de Tuckman et Lorge et tels qu'illustrés dans les 18 questions de notre questionnaire.

Il est important de souligner que pour chacune des 18 questions, les 458 répondants* ont indiqué, avec un degré de signification de .05 ou .001, leur attitude positive ou négative envers le stéréotype exprimé dans la question. Pour toutes les questions, la différence entre le nombre de répondant "oui" et "non" fut significative au point d'indiquer la présence ou l'absence du stéréotype.

* Le mot "répondant" signifie répondant et répondante.

TABLEAU 7

Présence et absence de stéréotypes envers la personne âgée exprimées par la population totale dans 18 questions illustrant les 13 catégories de Tuckman et Lorge.

Stéréotypes (catégories)

<u>Questions</u>	<u>Présence</u>	<u>Absence</u>
1		Conservatisme
2		Meilleurs temps de la vie
3	Attitude envers le futur	
4		<u>Activités</u> et intérêts
5	Traits de personnalité	
6	Famille	
7	Physique (maladie)	
8	Conservatisme	
9		Propreté
10	<u>Activités</u> et <u>intérêts</u>	
11	Insécurité	
12		Sexualité
13	Insécurité	
14	Détérioration mentale	
15	Physique (homéostasie)	
16		Interférence
17		Activités (<u>sport</u>) et intérêts
18		Finance

Au premier abord, il semble (car la prudence est de rigueur à l'étape exploratoire) qu'au Québec on n'aurait pas de stéréotypes négatifs envers les personnes âgées quant à la qualité de vie, la capacité d'être actifs physiquement, la propreté, la sexualité, l'interférence et la finance.

Le préjugé demeure quant à la détérioration physique dans le sens que "les vieux sont malades", la détérioration mentale, la famille, l'insécurité, l'attitude envers le futur, les traits de personnalité, les intérêts qui leur sont propres et un certain conservatisme en fonction du passé.

Ce rapide coup d'oeil incite à reprendre l'expérience, car il suscite plusieurs interrogations: certains stéréotypes seraient-ils inexistantes au Québec? Serions-nous devant une contradiction apparente: d'une part, on accorde aux aînés une bonne capacité pour les activités physiques, une vie sexuelle normale et une liberté financière qui leur permettent d'être fiers* et de jouir de la vie; d'autre part, on les considère malades et enclins aux médicaments, insécures, dépendants* des enfants, en perte d'autonomie physique et mentale.

Certes, une analyse des questions s'impose. Il faudra également couvrir davantage le contenu des catégories de Tuckman dans le futur questionnaire. Mais le filon semble assez intéressant pour poursuivre la piste.

b) Stéréotypes en fonction du sexe et/ou de l'âge.

1. Dans un premier temps, nous considérons les réponses des hommes et des femmes, indépendamment de l'âge. Le tableau 8 nous donne les résultats suivants:

* Le mot "fier" signifie fier et fière.

* Le mot "dépendant" signifie dépendant et dépendante.

TABLEAU 8

Questions où l'on retrouve une différence significative, dans le pourcentage de "oui", entre les hommes et les femmes, sans considération de l'âge.

Questions	% de "Oui"		Chi-Carré	P
	Hommes	Femmes		
3	57	68	7,23	0,01
7	75	65	5,07	0,05
10	88	95	8,09	0,01
11	67	78	7,49	0,01

Il est intéressant de noter l'influence du sexe sur le stéréotype. En effet, les femmes ont des stéréotypes plus marqués quant à la peur de l'avenir (question 3), l'importance apportée à la religion (10) et la grande sensibilité des personnes âgées (11), alors que les hommes ont un préjugé plus fort en ce qui concerne la grande consommation de médicaments (7).

2. Les hommes de moins ou de plus de 30 ans, diffèrent-ils quant aux stéréotypes envers les personnes âgées?

Le tableau 9 nous dit qu'ils diffèrent sur quatre questions.
(Tableau 9 à la page suivante)

TABLEAU 9

Questions où l'on retrouve une différence significative, dans le pourcentage de "oui", chez les hommes, selon qu'ils ont moins de 30 ans ou plus de 30 ans.

Questions	% de "Oui"		Chi-Carré	P
	Plus de 30 ans	Moins de 30 ans		
8	79	67	3,73	0,10
10	84	93	4,17	0,05
11	73	61	3,42	0,05
15	60	79	8,26	0,01

Les moins de trente ans pensent que les vieux accordent beaucoup d'importance à la religion (10) et qu'ils ont une santé fragile (15). Alors que les hommes de plus de 30 ans croient d'avantage que les aînés vivent de leurs souvenirs (8) et qu'ils sont plus sensibles que les autres (11).

L'âge des répondants semble influencer la force du stéréotype chez les hommes en fonction de la maturité ou de la connaissance de la personne humaine plus qu'en fonction des comportements observables.

3. Chez les femmes, comme l'indique le tableau 10, trois questions dénotent que les femmes âgées de plus de 30 ans ont des stéréotypes plus prononcés que celles âgées de moins de 30 ans, mais aucune question ne dénote le contraire.

TABLEAU 10

Questions où l'on retrouve une différence significative, dans le pourcentage de "oui", chez les femmes, selon qu'elles ont moins de 30 ans ou plus de 30 ans.

Questions	% de "Oui"		Chi-Carré	P
	Plus de 30 ans	Moins de 30 ans		
11	88	68	5,78	0,02
13	88	69	5,15	0,05
17	19	8	5,00	0,05

Les femmes âgées de plus de 30 ans croient, plus que les jeunes femmes, donc, que les personnes âgées sont plus sensibles que les autres (11), qu'elles sont plus insécures (13) et qu'elles ne peuvent pas faire de sport (17). Pour ce dernier point, il faut noter que ni les unes, ni les autres femmes ont un stéréotype en ce qui concerne les sports.

En aucun temps, les femmes de moins de trente ans démontrent avoir des stéréotypes envers les aînés plus prononcés que ceux des femmes de plus de trente ans. Ceci indiquerait-il la tendance de la femme à craindre avec l'âge, le vieillissement et à projeter cette crainte sur les aînés?

4. Si l'on compare les hommes et les femmes de plus de 30 ans, on constate ce qui suit au tableau 11. (A la page suivante)

TABLEAU 11

Questions où l'on retrouve une différence significative, dans le pourcentage de "oui", chez les sujets de plus de 30 ans, selon qu'ils sont un homme ou une femme.

Questions	% de "Oui"		Chi-Carré	P
	Plus de 30 ans			
	Hommes	Femmes		
7	75	66	3,13	0,10
10	84	94	2,89	0,10
11	73	88	4,91	0,05

Les femmes ont donc des stéréotypes plus forts que chez les hommes, ce qui concerne l'importance de la religion (10) et la sensibilité aux autres (11) alors que c'est le contraire en ce qui concerne la consommation de médicaments (7).

A noter que pour les questions 7 et 10, la différence entre les sexes n'atteint que le degré 0,10 de signification.

5. La différence chez les moins de trente ans, s'avère significative entre les sexes pour deux questions. (Tableau 12 à la page suivante)

TABLEAU 12

Questions où l'on retrouve une différence significative, dans le pourcentage de "Oui", chez les sujets de moins de 30 ans, selon qu'ils sont un homme ou une femme.

Questions	% de "Oui"		Chi-Carré	P
	Moins de 30 ans			
	Hommes	Femmes		
3	55	78	7,27	0,01
8	67	77	6,15	0,02

Pour les deux questions, ce sont les femmes qui démontrent des stéréotypes plus élevés, à savoir que les personnes âgées ont peur de l'avenir (3) et qu'elles vivent de leurs souvenirs (8).

Malgré le fait que le questionnaire ait été construit de façon intuitive et sauvage, malgré le fait également que les correspondances entre les 18 questions et les 13 catégories de Tuckman et Lorge aient été établies de façon plutôt aléatoire et problématique, et malgré le fait que toute l'expérience fut faite plus en fonction de la sensibilisation des étudiants à l'existence des préjugés envers les aînés qu'en fonction de la mesure de ces préjugés, il demeure que les résultats obtenus sont intéressants et révélateurs d'une situation québécoise qui pourrait différer quelque peu de celle de la population américaine.

Le travail est donc à poursuivre, car en connaissant mieux les stéréotypes des québécois* envers leurs aînés, il sera plus facile d'anti-

* Le mot "québécois" signifie québécois et québécoise.

INFLUENCE DE L'INSERTION DE LA PERSONNE AGÉE, DANS UN MILIEU SCOLAIRE,
SUR SON NIVEAU DE DEPRESSION ET D'ANXIÉTÉ

Par Anne Doucet

A l'heure actuelle, la famille est en train de se disloquer. Le nombre de familles mono-parentales s'accroît constamment. L'époque des familles nombreuses où chacun avait sa place est révolue. Grands-parents, parents, enfants, tous vivaient sous le même toit. Aujourd'hui, c'est un peu l'isolement qui domine. C'est pourquoi tant de personnes ressentent la solitude. Et parmi celles-là, les personnes âgées sont très nombreuses. Elles ne jouent plus le rôle qu'elles avaient l'habitude d'exercer. Toutes les connaissances, les richesses qu'elles possèdent, restent inexploitées. Cette façon de vivre, n'est pas sans engendrer chez les aînés, de l'anxiété voire même de la dépression. L'étude qui suit cherche donc à cerner ces deux paramètres en prônant qu'une implication des personnes âgées auprès des enfants aurait sûrement un effet revalorisant à cet égard.

Ainsi, la littérature démontre que les troubles dépressifs semblent avoir un impact majeur dans l'âge avancée, soit dans la période située entre 61 et 75 ans, selon Landoni et Ciampi (1971).

L'étiologie de la dépression chez l'agé est discutée des points de vue biologique, psycho-dynamique, génétique et des concepts socio-culturels. A la lecture de différents textes, un aspect prédominant ressort: celui de la notion de perte, qu'elle soit d'ordre biologique, culturel ou encore psychologique. Et l'accumulation de toutes ces pertes n'est pas sans engendrer un état de dépression chez la personne âgée.

L'étude de la dépression amène à songer à un autre thème souvent connexe et complémentaire à cet état, soit l'anxiété. Patterson, O'Sullivan et Spielberger (1980) maintiennent que des dérangements situationnels passagers et l'anxiété chronique sont des problèmes caractéristiques de l'âge. De plus, selon ces derniers, s'il y a un "état" mental spécifique au vieillissement, ce ne peut être que l'anxiété.

L'anxiété chez l'âgé est aussi vue comme une réponse à des stimuli stressants (Schultz, Hoyer et Keye, 1980). Depuis que les personnes âgées sont exposées à de nombreux stress qui menacent leur intégrité psychologique, sociale et économique, il est raisonnable de s'attendre à un haut niveau d'anxiété chez les personnes âgées.

Il semble que l'anxiété influence la vie de l'âgé tout comme le problème de la dépression. N'est-il pas possible d'imaginer qu'il existe des moyens pour contrer cette situation?

Plusieurs genres de thérapies peuvent s'appliquer tant pour réduire l'anxiété que la dépression. Ainsi, la dépression peut être traitée au moyen d'anti-dépresseurs, en ayant recours à la thérapie électroconvulsive ou encore à l'hospitalisation dans certains cas. D'autres méthodes telles l'activité physique peuvent jouer un rôle prépondérant auprès des dépressifs et des anxieux.

Bien que ces différents moyens puissent avoir un effet bénéfique sur l'anxiété et la dépression, la thérapie qui sera privilégiée dans cette étude est celle favorisant le contact humain. Ainsi, la présente recherche cherche à introduire des personnes âgées dans un milieu d'enfants selon une approche centrée sur l'activité. Le modèle est en partie relié

à un projet présentement en cours dans 12 écoles du Michigan; le Teaching Learning Communities.

Selon Tice (1979), l'instigatrice du projet, le T-LC donne l'opportunité à des personnes âgées de partager leurs expériences et leurs habiletés avec des enfants tout en continuant leur développement personnel. Critchell et Locker (1979) précisent que le travail consiste à quelques heures par semaine passées à faire des arts plastiques, de l'artisanat et des sciences humaines. Cela se déroule durant les heures régulières de l'école. T-LC a été développé comme un programme scolaire. En quelque sorte, le T-LC, c'est l'éducation à long terme, incluant aussi bien les enfants que les personnes âgées.

L'étude qui suit, cherche également à introduire des personnes âgées dans un milieu scolaire. La personne âgée est dès lors considérée comme une personne-ressource au niveau de la didactique d'enseignement, dont le professeur se sert pour mieux intégrer tout son enseignement.

L'insertion des personnes âgées dans les écoles, étant considéré comme une activité, il y a lieu d'émettre les deux hypothèses suivantes:

1. Il y aura diminution du niveau de dépression chez la personne âgée, suite à son insertion dans un milieu scolaire.
2. Il y aura diminution du niveau d'anxiété chez la personne âgée, suite à son insertion dans un milieu scolaire.

Description de l'expérience

L'échantillonnage est composé de vingt-quatre (24) personnes âgées réparties également dans les groupes contrôle et expérimental. Le traitement consiste à ce que chacun des aînés soit intégré dans un petit groupe d'élèves du deuxième cycle élémentaire. L'expérience se poursuit pendant dix semaines pour un nombre total de quinze activités d'une durée de deux heures chacune.

Les conditions expérimentales sont un pré-test, le traitement expérimental et un post-test. Le questionnaire de Beck est utilisé comme mesure de dépression alors que l'Ipat anxiété de Cattell sert de mesure d'anxiété.

Résultats et discussion

Les résultats de l'étude laissent voir un effet significatif du traitement pour le niveau de dépression. En effet, l'interaction pré, post-test par groupes s'est avérée significative ($F(1,22): 4:57, p .05$).

Toutefois, aucune différence significative n'apparaît quant au niveau d'anxiété.

Suite à la diminution du niveau de dépression de la personne âgée, n'est-il pas juste de prétendre qu'une telle expérience soit d'autant plus favorable à des personnes qui ont une tendance à la dépression, comme l'étaient les sujets du groupe expérimental. Il est aussi possible de croire que des individus comme ceux appartenant au groupe contrôle, qui au point de départ ont un niveau de dépression relativement bas, ne sentent

pas le besoin de s'impliquer dans une telle expérience.

Par ailleurs, comme Sallamy (1965), Beck (1967) et Birnbaum (1973) le mentionnent, le déprimé ressent souvent un sentiment d'inutilité. Or, il est possible de présumer que la personne âgée qui s'est impliquée dans le projet a de nouveau ressenti le fait qu'elle pouvait encore être utile à quelqu'un, à quelque chose. Par ailleurs, Sallamy (1965) et Beck (1967) soutiennent que du côté des motivations d'ordre motivationnel, on retrouve chez la personne qui a tendance à être déprimée, une paralysie de la volonté. En quelque sorte, on pourrait dire que l'individu ne s'implique plus. Ainsi, l'aîné qui investit de son temps dans le projet réussit de cette façon à contrer cette inertie qui assaille plusieurs personnes âgées. De plus, comme le stipule Beck (1967) le déprimé n'expérimente plus aucun stimulus interne qui le fait agir. C'est là que l'enfant vient jouer le rôle de bougie d'allumage auprès de l'agé. L'enfant vient réveiller chez ce dernier des souvenirs endormis. Il vient le sortir de sa routine de vie quotidienne.

Birnbaum (1973) quant à lui exprime le fait que le déprimé ressent un grand besoin d'amour et d'attention. N'est-il pas possible de croire que les liens qui se créent entre les enfants et les personnes âgées jouent un rôle important dans la satisfaction de ces besoins?

D'autre part, Duplantie et Hébert (1981) mentionnent un aspect très important à savoir que la perte progressive de prestige et des fonctions sociales font que la personne âgée ne participe plus à une action communautaire valorisante. Ainsi, la présente étude vise justement la réinsertion sociale de la personne âgée au sein même de la communauté en lui donnant l'opportunité de transmettre un savoir à l'enfant. De plus, elle tente de

permettre à l'aîné de ressentir à nouveau qu'il a un rôle social important à exercer autour de lui. Par surcroît, Bunzel (1972) ainsi que Duplantie et Hébert (1981) ajoutent que notre société ne donne pas de rôles importants à un groupe dont les membres présentent le plus haut taux de mortalité. Or, une telle étude tend à prouver que la personne âgée est une personne qualifiée dans la transmission des us et coutumes.

Ces divers éléments semblent donc expliquer pourquoi la personne âgée qui s'est impliquée dans le projet a réussi à diminuer son niveau de dépression.

Quant à la deuxième hypothèse qui stipulait qu'il y aurait diminution du niveau d'anxiété de la personne âgée, suite à son insertion dans un milieu scolaire, elle est infirmée. Comment expliquer ces résultats?

D'abord, comme Kahn (1977) le mentionne, l'anxiété est la motivation ou la pulsion qui nous rend prêt à agir. De plus, cet auteur ajoute que l'anxiété est une composante nécessaire chez l'individu et que tant sont absence qu'une trop grande présence d'anxiété peut être néfaste à l'individu. En ce sens, les sujets de la présente recherche auraient donc une motivation positive et suffisante pour mener une vie normale.

Par ailleurs, puisque le niveau d'anxiété ne varie pas de façon significative, peut-être comme le stipule May (1950) que l'anxiété peut être considérée comme normale. Comme Kalish (1977) le mentionne, s'il a un "état" mental spécifique au vieillissement, ce ne peut être que l'anxiété. En effet, Butlest et Lewis (1973) ainsi que Bromley (1975) supposent que les changements accélérés au niveau corporel, des sentiments et de l'environnement requièrent de la part des personnes âgées un nouvel apprentissage et par conséquent intensifient chez elles l'anxiété.

Somme toute, à la lecture de ces résultats, on peut prétendre que la dépression se distingue de l'anxiété et se rallie à l'idée de Kahn (1977) à ce sujet. Ainsi, le niveau de dépression peut diminuer sans que le niveau d'anxiété en soit modifié puisque comme nous l'avons vu, cette composante est inhérente à la plupart des expériences quotidiennes de la vie d'un individu, et qui plus est, de la personne âgée.

Dans une étude comme celle-ci, qui se veut une recherche "sur le champ", il est très important de conserver une attitude de grande prudence quant à l'interprétation des résultats. En effet, le chercheur a très peu de contrôle sur les variables indépendantes. Il devient difficile pour lui, d'identifier la direction de la causalité.

Il ne pourrait être passé sous silence le fait que l'expérience en cours s'insère dans le cadre d'un projet pilote qui se poursuit à l'hiver 1983. Dans les années à venir, le projet devrait prendre plus d'ampleur pour dépasser les frontières de la Mauricie et s'étendre à la grandeur du Québec. Il s'agit du projet "L'Ecole: Carrefour des Générations", réalisé par le Laboratoire de Gérontologie, de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Thèse de maîtrise en psychologie

Département de Psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières, 1983

BIBLIOGRAPHIE

1. BECK, A.T. Depression: causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press (1967).
2. BIRNBAUM, J. The psychology of human aging. Baltimore: Penguin, 2ième édition (1975).
3. BUNZEL, J.T. Gerontologist. Note on the history of a concept gerontophobia, 12, p. 116 (1972).
4. BUTLERT, R.N., LEWIS, I.L. Aging and mental health: positive psychological approaches. St-Louis: Mosby (1973).
5. CRITCHELL, M.K., LOCKER, J. Toward the learning society: A guide to help communities implement intergenerational learning programs. Michigan: The Charles Stewart Mott foundation (1979).
6. DUPLANTIE, A., HEBERT, B. L'infirmière canadienne. La dépression et la personne âgée, 1, p. 24-29 (1981).
7. KAHN, S. Anxieties, phobias and fears. New-York: Philosophical library (1977).
8. KALISH, R.A. The later years. Belmont, California: Wadsworth (1977).
9. LANDONI, G., CIOMPI, L. L'évaluation psychiatrique. Etudes statistiques sur l'âge de prédiction des troubles dépressifs, 36, p. 583-605 (1971).
10. MAY, R. The meaning of anxiety. New-York: The Ronald press company (1950).

11. PATTERSON, R.L., O'SULLIVAN, M.J., SPIELBERGER, C.D. Journal of behavioral assessment. Measurement of state and trait anxiety in elderly mental health clients, 2, p. 89-97 (1980).
12. SALLAMY, N. Dictionnaire de la psychologie. Paris: Larousse (1965).
13. SCHULTZ, N.R., HOYER, W.J., KEYE, D.B. Journal of consulting and clinical psychology. Trait anxiety, spontaneous flexibility and intelligence in young and elderly adults, 48, p. 289-291 (1980).
14. TICE, C.H. Teaching Learning Communities. Michigan (1979).

LES PERSPECTIVES D'AVENIR DES
PERSONNES AGEES

Par L. Bouffard

Cette recherche étudie les projets personnels (aspirations, perspectives d'avenir) selon l'optique de la théorie de Nuttin (1980).

Objectif général

Exploration du contenu des aspirations et de l'extension de la perspective future (PF) des personnes âgées.

Objectifs spécifiques

- 1) Comparer les aspirations (contenu) des hommes et des femmes à deux niveaux d'âge: 65 à 67 et 70 à 75 ans et examiner si les différences sont les mêmes à ces deux niveaux.
- 2) Etudier l'extension de la PF et vérifier s'il survient une diminution de l'extension temporelle des motivations avec l'âge.
- 3) Explorer les différences éventuelles entre les aspirations (contenu et PF) des femmes dites "actives" et des "ménagères".

Sujets: 1) 14 femmes et 15 hommes âgés de 65 à 67 ans dont la retraite remonte à moins de deux ans. Ces personnes vivent en couple dans leur maison (ou logement).

- 2) 22 femmes et 7 hommes âgés de 70 à 75 ans. Ces personnes vivent seules dans leur maison (ou logement). Des 22 femmes, la moitié étaient "ménagères", la moitié "actives" (ayant exercé un travail hors du foyer).

Collecte des données

Technique de phrases à compléter telles qu'élaborées par Nuttin (1980) (cf. Appendice). Les étudiant(e)s rencontrent individuellement les sujets à leur domicile.

Codage

Les aspirations sont classées dans des catégories motivationnelles pour le contenu et dans des catégories temporelles pour la PF. (cf. Appendice pour une brève présentation des catégories motivationnelles et temporelles).

Analyse des données

Ce sont les pourcentages d'aspirations par catégorie qui sont comparés. Le χ^2 est appliqué pour vérifier le niveau de signification des différences.

Tableau: Pourcentages des aspirations dans les principales catégories motivationnelles pour les groupes étudiés.

	65 - 67 ans (1)			70 - 75 ans (1)			Femmes	
	Hommes (2) 15 s.	Femmes 14 s.	H F 29 s.	Hommes (2) 7 s.	Femmes 22 s.	H + F 29 s.	Actives 11 S. (2)	Ménagères 11 S.
	%	%	%	% (3)	%	%	%	%
Self	21,6	21,9	21,8	26,7	29,8	29,0	34,0	25,5
Réalisation de soi	10,9	7,6	9,4	16,7**	9,9	11,6	7,9	12,0
Réalisation	12,6	14,3	13,5	17,4	12,0	13,4	13,6	10,4
Contact	26,1	25,0	25,6	19,8	18,5	18,8	16,3	20,9
Contact de la part d'autrui	0,0	1,5	0,7	2,3	2,7	2,6	3,8	1,9
Souhait pour autrui	12,9	11,3	12,1	1,2	9,9	7,8	9,8	9,6
Exploration	2,5	4,3	3,4	0,0	0,5	0,4	0,8	0,4
Possession	2,5	3,6	3,1	4,1	2,5	2,9	0,4	4,6
Loisir	7,0	5,5	6,3	1,2	6,5	5,2	6,4	6,6
Transcendental	3,6	3,4	3,5	7,6	6,1	6,5	4,5	7,7
Incodable	0,0	1,5	0,7	2,9	1,5	1,9	2,6	0,4
TOTAL REPOSES	356	328	684	172	524	696	265	259

** $p < .02$ χ^2 , $dl = 1$

- (1) Les comparaisons entre groupes (65 - 67 ans vs 70 - 75 ans) doivent être faites en se rappelant que dans le premier cas, les personnes vivent en couple tandis que dans le second, elles vivent seules.
- (2) Le χ^2 global ($dl = 10$) n'est pas significatif quand on tient compte des catégories dont le fréquence est inférieure à cinq.
- (3) Les pourcentages obtenus par ce groupe doivent être interprétés avec prudence à cause du petit nombre de sujets.

Tableau: Pourcentages des aspirations dans les catégories temporelles pour les groupes étudiés.

	65 - 67 ans (1)			70 - 75 ans (1)				
	Hommes (2) 15 s.	Femmes 14 s.	H-F 29 s.	Hommes (3) 7 s.	Femmes 22 s.	H-F 29 s.	Actives 11 s.	Femmes (4) Ménagères 11 s.
	%	%	%	%	%	%	%	%
Présent ouvert	25,3	22,5	24,0	22,1	22,1	22,1	20,1	22,8
Futur immédiat	14,6***	23,5	18,9	24,4	23,7	23,9	21,9	27,0
Futur distant	59,8	52,1	56,1	50,5	52,3	51,9	55,3	49,0
Passé	0,3	0,3	0,3	0,0	0,4	0,3	0,0	0,8
Incodable	0,0	1,5	0,7	2,9	1,5	1,9	2,6	0,4
TOTAL DES REPONSES	356	328	684	172	524	696	265	259
ALLUSIONS (5) AU PASSE	2,2	1,2	1,8	4,1	2,3	1,7	2,3	2,7

*** $p < .01$; X^2 , $dl = 1$

- (1) Les comparaisons entre groupes (65 - 67 ans vs 70 - 75 ans) doivent être faites en se rappelant que dans le premier cas, les personnes vivent en couple tandis que dans le second, elles vivent seules.
- (2) Le X^2 global (à l'intérieur du pointillé: $dl = 2$) est significatif: $p < .01$.
- (3) Le X^2 global (à l'intérieur du pointillé: $dl = 2$) est non significatif.
- (4) Le X^2 global (à l'intérieur du pointillé: $dl = 2$) est significatif: $p < .05$.
- (5) Les allusions au passé ne sont inscrites dans aucune catégorie puisque ces aspirations peuvent se retrouver dans n'importe quelle catégorie temporelle.

Appendice

Liste des phrases à compléter:

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. J'espère... | 13. J'aspire... |
| 2. Je désire ardemment... | 14. Je souhaite pouvoir... |
| 3. Je me propose de... | 15. Je voudrais tellement... |
| 4. Je souhaite... | 16. Je me prépare à... |
| 5. Je désire... | 17. Je suis décidé(e) à... |
| 6. Je suis résolu(e) à... | 18. Je serai très heureux(se) lorsque... |
| 7. Je serai content(e) quand... | 19. Je souhaite ardemment... |
| 8. J'ai l'intention ferme de... | 20. Je ferai tous les efforts possibles pour... |
| 9. Je veux... | 21. Je désire ardemment pouvoir... |
| 10. Je n'hésiterai pas à... | 22. Mon grand espoir est de... |
| 11. Je m'efforce de... | 23. De toutes mes forces je tends à... |
| 12. J'ai un très grand désir de... | |

Chaque début de phrase est inscrit sur un petit feuillet. L'ensemble constitue un carnet dont la première page présente les instructions suivantes:

A lire attentivement

Il s'agit simplement de compléter les débuts de phrase en écrivant ce qui te vient spontanément à l'esprit; tu écris ce que toi tu désires, ce que toi tu aimerais, etc. Ce qui est important pour nous, c'est que ta collaboration soit personnelle et sincère.

Si tu as l'impression de répétition, fais un petit effort et continue en écrivant ce qui vient maintenant.

Tu n'as pas à te soucier de ce que d'autres pourraient penser. Ce que tu écris ici est anonyme et confidentiel.

Après avoir complété les débuts de phrase, le sujet est invité à fournir les renseignements nécessaires pour la recherche.

Appendice: Description des catégories motivationnelles (1)

1. Self: Aspirations qui visent la personnalité entière ou des caractéristiques de la personnalité. Voici quelques aspects.

Général: être heureux

Altruiste: être sociable

Préservation: ne pas être troublé; être en santé; être sûr de sa subsistance

2. Réalisation de soi: Développement de sa personnalité.

Général: réussir ma vie; m'améliorer comme personne

Professionnel: devenir psychologue; atteindre une belle situation

(1) Pour plus de détails, cf. Nuttin et Lens, 1980; Bouffard, 1980.

3. Réalisation: englobe ce qui a trait au besoin d'activité comme réaliser ou créer quelque chose.
Général: réussir mes entreprises
Professionnel: aller dans l'enseignement; faire de l'électronique; avoir du travail
Académique: réussir mes études; continuer mes études
4. Contact: Différentes formes de contact.
Général: avoir des amis
Altruiste: aider ma famille (combiné ici avec Réalisation).
5. Contact de la part d'autrui: Ce que nous désirons que les autres soient ou fassent pour nous; recevoir de la considération, de l'affection, etc.
6. Souhaits pour autrui: Désirs à l'intention des autres; que ma famille se porte bien.
7. Exploration: Désir de s'informer, de connaître; voyages, expérience, etc.
8. Possession: Argent, propriétés, confort, etc.
9. Loisir: Détente, sports, vacances.
10. Transcendental: Aspirations qui ont trait au monde idéal, aux valeurs, aux convictions, aux idéologies, à la religion.
11. Test et incodables: Réponses se rapportant au test, non motivationnelles ou incompréhensibles.

Description des catégories temporelles

1. Présent ouvert (PO): Toutes les aspirations non localisables dans un espace de temps déterminé.
Par exemple: les qualités, manières d'être, attitudes, états d'âme.
2. Futur immédiat (FI): Toutes les aspirations se rapportant à une période de moins d'un an.
3. Futur distant 1 (FD₁): Toutes les aspirations couvrant plus d'un an jusqu'à la mort.
4. Futur distant 2 (FD₂): Toutes les aspirations se rapportant à la période "post mortem".
5. Incodable (IN): Toutes les aspirations illisibles, incompréhensibles, sans contenu relatif aux aspirations, sans réponses.

Nous avons également noté chaque aspiration contenant des références à des événements du passé des sujets. (←p)

Chaque aspiration a donc été cotée dans une des cinq catégories temporelles mentionnées ci-haut.

BIBLIOGRAPHIE

BOUFFARD, L. Contenu et extension temporelle des projets d'avenir en relation avec la frustration. Diss. Doct., Université de Louvain/Leuven.

NUTTIN, J. Théorie de la motivation. Du besoin au projet d'action. Paris, P.U.P., (1980) (a).

NUTTIN, J. Motivation et perspective d'avenir. Louvain, Presses Universitaires de Louvain, (1980) (b).

NUTTIN et LENS. Manuel de l'analyse du contenu. In Nuttin, (1980) (b).

ETUDE COMPARATIVE DE DEUX
GROUPES DE PERSONNES AGEES
DONT L'UN FREQUENTE UN CENTRE DE
JOUR ET L'AUTRE DEMANDE
SON ADMISSION A CE CENTRE

Par L. Brissette et V. Morin

La recherche présentée ce matin, a été réalisée conjointement avec Mme Véronique Morin qui ne peut malheureusement être présente pour l'exposé. Cette étude constitue la thèse exigée pour l'obtention de la maîtrise en service social à l'Université Laval. Nous avons bénéficié de la direction expérimentée de M. Nicolas Zay et des facilités offertes par le Laboratoire de Gérontologie sociale de l'Université Laval. Le cadre théorique et la partie méthodologique de notre thèse ont déjà été présentés au congrès de l'A.C.F.A.S. de l'année dernière. Nous venons ce matin, présenter les conclusions de la recherche.

Avant d'entreprendre la synthèse et la discussion des principaux résultats de notre recherche, il importe l'objet de l'étude de rappeler les principales caractéristiques des groupes étudiés et de la méthodologie utilisée.

Cette étude avait pour objet de connaître l'influence d'un centre de jour pour personnes âgées, en tant que ressource formelle, sur le réseau de support naturel de l'utilisateur et sur sa stratégie de solution des problèmes. Pour être admissibles à l'étude, les personnes âgées de notre premier groupe devaient avoir demandé leur admission au centre de jour depuis moins de six mois et celles de notre deuxième groupe devaient le fréquenter de-

puis plus de deux ans et demi. En conséquence, notre plan, contrairement à une étude longitudinale, éliminait la possibilité d'établir si les différences observées étaient ou non directement liées à la fréquentation du centre de jour. Il apparaît donc inopportun de généraliser les résultats de cette étude à tous les bénéficiaires des centres de jour.

Nos résultats ne peuvent s'appliquer qu'aux deux centres de jour étudiés: Loretteville et Trois-Rivières. Les différences observées entre les deux groupes anciens et nouveaux peuvent constituer des hypothèses de l'influence du centre de jour sur la relation des personnes âgées avec leurs réseaux.

De nombreuses questions ont orienté au départ, la démarche de notre étude. Compte tenu du grand nombre de données dont nous disposons, et pour aider à la clarté de l'exposé, nous allons reprendre chacune des questions initiales et tenter d'y répondre à la lumière des données disponibles.

La première interrogation se posait ainsi: Est-ce que les relations de la personne âgée, fréquentant le centre de jour depuis un certain temps, avec son réseau de support naturel, sont quantitativement et/ou qualitativement différentes de celles qui se situent à l'époque de son admission?

Premièrement, les personnes âgées des deux groupes ont une perception différente d'elles-mêmes.

Les personnes âgées du groupe des anciens perçoivent plus positivement leur situation financière que celle du groupe des nouveaux et ce, malgré l'absence de différence au niveau de leur revenu.

Les personnes âgées du groupe des anciens présentent un degré d'autonomie supérieur à celui du groupe des nouveaux. Cependant, cette dimension ayant été analysée à partir de l'évaluation subjective de la personne âgée, on pourrait croire que les usagers du centre de jour ayant plus de facilité à participer à différentes formes d'activités physiques de par les programmes offerts, ont pu juger plus positivement leur état de santé global.

Au niveau de la taille des réseaux de support naturel, les sujets du groupe des anciens et des nouveaux présentent quantitativement peu de différences.

La différence observée à ce niveau, est principalement attribuable aux différences dans les caractéristiques socio-économiques des populations fréquentant les centres de jour, qui eux-mêmes, sont tributaires des milieux qu'ils desservent. On peut déduire que les écarts entre les groupes de Loretteville et de Trois-Rivières sont supérieurs à ceux observés entre les groupes des anciens et des nouveaux.

Au niveau de la composition des réseaux sociaux, le groupe des nouveaux se différencie de celui des anciens. La proportion du nombre d'enfants par rapport à toutes les autres catégories de relation chez les nouveaux, est supérieure à celle qu'on relève chez les anciens. Dans ce dernier groupe, les amis sont plus fréquemment mentionnés. Ces données sont importantes car elles nous éclairent sur les rapports de la personne âgée avec son environnement social. A travers les contacts divers de la personne âgée avec son réseau, nous constatons partout cette différence relativement à la place qu'occupent les enfants et les amis dans les deux groupes. Au niveau des personnes jugées im-

portantes et à celui des confidents, les personnes âgées du groupe des nouveaux citent exclusivement des relations de la catégorie enfants tandis que celles du groupe des anciens citent aussi certains de leurs amis.

On peut donc résumer en disant que si la taille des réseaux des personnes âgées des deux groupes est semblable, la composition des réseaux est différente; les réseaux des personnes du groupe des nouveaux étant davantage polarisés par les enfants et ceux du groupe des anciens sont de composition plus variée.

Une deuxième interrogation se situait au niveau de la valeur de support des réseaux de support naturel. Est-ce que le soutien apporté par le réseau de support naturel de la personne âgée fréquentant le centre de jour depuis un certain temps, est différent de celui apporté par le réseau de support naturel de la personne âgée se situant à l'époque de l'admission et vice versa?

En ce qui concerne les personnes auxquelles on fait appel quand il s'agit d'obtenir de l'aide pour l'accomplissement quotidien de certaines tâches qui font problème, les enfants sont ceux à qui l'on fait le plus souvent appel dans le groupe des nouveaux. Dans celui des anciens, on s'adresse davantage à des personnes vivant à proximité et dont on réminère les services. Enfin, on constate que les nouveaux sont plus souvent accompagnés par leurs enfants lors de diverses activités que les anciens. Les nouveaux établissent beaucoup moins de contacts avec les autres qu'on en établit avec eux. On pourrait déduire que la moins grande dépendance des anciens à l'égard de leur réseau est l'indice d'une plus grande autonomie, peut-être même d'une indépendance retrouvée.

En ce qui concerne l'échange entre les personnes âgées et leurs réseaux, on a observé que les anciens rendent proportionnellement plus de services à leur entourage que les nouveaux. Cette différence ne peut s'expliquer par un degré d'autonomie physique supérieur à celui des nouveaux, puisque les services rendus sont principalement d'ordre socio-affectif.

Au niveau des services reçus, il existe peu de différences entre les anciens et les nouveaux. Ce qui se dégage, par ailleurs dans les deux groupes, c'est que la personne âgée reçoit comparativement plus de services d'ordre instrumental que d'ordre socio-affectif. Cette donnée vient éclairer certaines notes personnelles des interviewers. En effet, lors des entrevues, les personnes âgées du groupe des nouveaux semblaient davantage être privées d'une vie sociale et affective satisfaisante et ce, même si le support apporté par les membres du réseau apparaissait quantitativement comparable. Cette perception a été confirmée par la différence entre les groupes en ce qui concerne ce type de problème rencontré. Les nouveaux faisaient face à un plus grand nombre de problèmes de solitude et d'ennui. Ces constatations nous ont amenés à nous questionner sur les causes de cette différence, du fait que le réseau assurait la même présence dans les deux groupes, et à croire que le centre de jour pourrait en être l'explication: il comblerait les besoins d'ordre socio-affectif des personnes âgées.. De plus, il développerait chez celles-ci, une prise de conscience des besoins d'autrui, du fait que les anciens rendent deux fois plus de services d'ordre socio-affectif que les nouveaux.

Une troisième interrogation portait sur les stratégies de résolution de problèmes. Est-ce qu'il existe des différences au niveau de la stratégie de solution des problèmes, entre le groupe de personnes âgées fréquentant le centre du jour depuis un certain temps et celui des nouvellement admises?

Il ressort de l'analyse des problèmes rapportés par les personnes âgées, des deux groupes qu'ils sont quantitativement comparables mais que les nouveaux sont proportionnellement plus nombreux à se plaindre de solitude et d'ennui que les anciens. Quant aux difficultés de la vie quotidienne, ce sont aussi les nouveaux qui en font le plus souvent mention. Il est impossible d'affirmer à partir de notre modèle de recherche si cette différence entre les groupes est attribuable à la fréquentation du centre de jour ou à des variables intermédiaires qui n'ont pas fait l'objet de jumelage lors du choix des deux groupes (isolement, manque de contacts sociaux, tendance au repliement sur soi, etc.). Nous émettons néanmoins l'hypothèse que le centre de jour renforce l'autonomie de la personne âgée et, de ce fait, sa capacité d'affronter ses problèmes. La vérification de cette hypothèse ne pourrait se faire cependant que par la méthode longitudinale. Quant aux stratégies de solution de problème utilisées, elles sont semblables dans les deux groupes. Le recours aux ressources informelles est privilégié suivi d'une démarche intégrée, faisant appel aux ressources formelles et informelles.

Nous nous sommes aussi interrogés sur la possibilité de voir le centre de jour, occuper progressivement la place du réseau de support naturel de la personne âgée et notre interrogation se formulait ainsi. Est-ce que les personnes âgées qui fréquentent le centre de jour se créent, à partir des relations entretenues au centre de jour, un nouveau réseau de support naturel?

En ce qui concerne la création de nouveaux réseaux informels, il est apparu d'une part, que les personnes âgées ne fréquentent pas les pairs rencontrés au centre de jour en dehors du centre et, d'autre part, qu'on ne fait pas appel à eux pour résoudre ses propres problèmes. Les

contacts avec le groupe de centre de jour sont importants et satisfaisants, mais ils se limitent au cadre du centre. La vie sociale des personnes âgées fréquentant le centre de jour est scindée en deux: celle qu'elles ont avec leur réseau déjà existant, et celle qu'elles vivent dans le cadre des activités du centre de jour. Les propos tenus par quelques personnes âgées lors des entrevues, apportent des éclaircissements à ce sujet. Elles ont fait remarquer que la fréquentation du centre de jour leur permettait d'avoir une vie sociale bien à elles et que lorsqu'elles rencontraient les membres de leur réseau, elles pouvaient leur apporter davantage au niveau intellectuel et affectif. On peut en déduire que les personnes âgées fréquentent le centre de jour pour se changer les idées, briser la monotonie du quotidien, développer de nouveaux champs d'intérêt. Elles demeurent discrètes sur leur vie privée. Elles perçoivent les membres du groupe du centre de jour comme des amis avec qui il est intéressant de s'adonner aux activités, mais avec qui on ne se lie pas au point d'en faire des confidents.

Quant aux relations avec les membres du personnel, il est rare que l'utilisateur du centre de jour leur confie ses problèmes personnels. Il semble que cette attitude soit due à la crainte de les déranger ou de prendre de leur temps.

Finalement, nous nous sommes demandés: Quel est le type de support apporté par le centre de jour à la personne âgée?

Les constatations que nous avons faites à la question précédente, laissent supposer que le centre de jour soutient les personnes âgées au niveau de leur fonctionnement propre. Celles qui fréquentent le centre de jour, estiment que leur bien-être psychologique et leurs rapports avec

les autres se sont améliorés, que leur curiosité intellectuelle est tenue en éveil et que leur condition physique est devenue meilleure.

Il est clair que la personne âgée ne va pas au centre de jour pour y chercher une réponse à un besoin de support spécifique. Elle y cherche plutôt des éléments de stimulation qui lui permettront d'optimiser son sentiment de bien-être. La présente recherche met en évidence que le centre de jour est en mesure de combler ce besoin puisque les personnes âgées du groupe des anciens font montre d'un plus grand dynamisme social (échanges de support, contacts établis dans les deux sens), d'une plus grande capacité d'autonomie à l'égard de leurs enfants (composition du réseau), d'une perception plus positive d'elles-mêmes (de leur situation financière, de leur autonomie physique, de leurs attentes), que leurs pairs à la période d'admission. Ceci est encore plus concluant à l'examen des motifs donnés par les personnes âgées du groupe des anciens dans leur demande d'admission: besoin de sortir, de rencontrer des gens, de briser l'isolement, de surmonter une crise, etc. Le centre de jour leur aurait permis de satisfaire ce besoin, d'où une amélioration de leur qualité de leur vie.

Il serait intéressant de poursuivre les recherches concernant les effets du centre de jour sur les personnes âgées. Les changements personnels intervenus chez l'usager n'ont été qu'effleurés dans cette étude. Ils pourraient être étudiés plus à fond en associant les perceptions de changement des personnes âgées à celles de leur entourage et du personnel du centre de jour. A cette meilleure connaissance des effets du centre de jour, pourrait s'ajouter la préoccupation suivante: Comment le centre de jour aide-t-il la personne âgée à traverser une crise et à retrouver son équilibre personnel? Une réponse à cette question pourrait constituer un acquis important pour l'intervention.

Les données de cette étude, peuvent aider à l'orientation de l'intervention dans les centres de jour. Elles permettraient de connaître les besoins des personnes âgées pour lesquelles le centre de jour répond avec le plus d'efficacité. Nous croyons d'une part, que les centres de jour étudiés pourront mieux définir leur place au sein de la structure de services et d'autre part, que cette structure sera mieux en mesure d'orienter vers le centre de jour une clientèle-cible. En ce sens, cette étude pourrait contribuer à diminuer la rivalité perçue par les organismes informels avec les centres de jour.

Nous avons déjà vu que les usagers des centres de jour soulignent l'importance de l'amélioration de la qualité de la vie par des programmes de développement personnel et intellectuel. Cette connaissance pourrait aider à développer une prise de conscience des besoins des personnes âgées en termes de développement dans les clubs de loisirs et organismes pour personnes âgées. Ces derniers pourraient davantage jouer le rôle préventif qu'assume actuellement le centre de jour, en orientant leurs objectifs sur le développement de la personne et la qualité de la vie.

Le développement de la recherche dans le sens déjà proposé pourrait d'autre part, permettre au centre de jour de mieux identifier et renforcer ce qui à l'intérieur de leur programme et de leur structure, aide le plus les personnes âgées à traverser positivement une crise. En ce sens, les centres de jour pourraient s'orienter davantage vers des objectifs curatifs et partager les objectifs de maintien et de prévention avec les organismes du milieu. Le centre de jour pourrait de plus en plus constituer une étape de transition et d'aide temporaire permettant à la personne âgée de retourner aux ressources informelles de son réseau.

LE CYCLE DE LA VIE FAMILIALE

Par Johanne Gagnon

Selon Deutscher (1969), le cycle de la vie familiale est l'espace de temps qui s'écoule entre la formation d'une famille avec le mariage jusqu'à ce que l'un des conjoints meure, ou encore, la série de changements par lesquels passe la famille conjugale depuis sa formation jusqu'à sa dissolution, y compris les stades successifs qui en résultent. Ce cycle diffère d'une génération à l'autre, affectant non seulement sa durée pour chaque génération mais aussi la période du rôle instrumental de la mère (c'est-à-dire le rôle que celle-ci doit jouer à l'égard de ses jeunes enfants). Ceci a une influence sur l'évolution des rapports conjugaux et, particulièrement, sur les relations de la mère tant au sein de la famille étendue qu'au sein du réseau social dans lequel le couple est inséré.

Cette étude a eu pour but d'observer la différence entre le cycle de vie familiale de deux générations en comparant la durée du rôle instrumental de la mère dans chacune d'elles.

En octobre dernier, dans le cadre d'un cours de gérontologie de deuxième cycle, on a analysé un ensemble de 56 questionnaires complétés l'année précédente par des étudiants en service social de l'Université Laval, un exercice qui avait pour but de les familiariser avec la cueillette de données. Chaque questionnaire renfermait les résultats obtenus pour deux générations d'une même famille afin de permettre une comparaison de la génération des "mères" à celle des "grands-mères".

La distribution des dates de naissance de l'échantillon des personnes interviewées dans la génération des "grands-mères" va de 1879 à 1915

et celle de la génération des "mères", de 1914 à 1941. Ce très grand écart à l'intérieur de chaque génération, dû à l'hétérogénéité des étudiants du cours qui devaient interviewer leurs parents et grands-parents, limite la portée de l'étude étant donné que chaque "génération" englobe plusieurs cohortes d'âge.

Sept périodes sont déterminées dans le cycle de vie familiale, mais le trop faible nombre de cas pouvant s'appliquer à la dernière période m'obligeront à ne tenir compte que des six premières.

Les résultats

A la lumière des résultats, nous devons souligner, dans un premier temps, que la différence entre les générations quant à l'âge du mariage des époux est très faible.

L'ensemble des femmes de la génération des "mères" se sont mariées environ deux ans et demi plus tard que leur propre mère. Cette différence se réduit à environ un an et demi pour les hommes.

Dans un second temps, nous nous apercevons que la différence entre les générations quant à "la période de pré-procréation" est faible: pour la génération des "grands-mères", le nombre moyen de mois d'attente avant l'arrivée du premier enfant est de 16,6 mois alors qu'il est de 16,9 mois pour la génération des "mères". Malgré cette faible différence, on note une diminution significative dans le nombre des enfants, 9,3 pour la génération des "grands-mères" et 4,2 pour la génération des "mères", ce qui représente un écart de 5,1 enfants.

La différence entre les générations quant à "la période du maternage intensif", c'est-à-dire la période qui va de la naissance du premier enfant jusqu'au moment où le cadet entre à l'école primaire, est d'environ 9,4 années, soit 23,2 pour la génération des "grands-mères" et 13,8 pour la génération des "mères". On peut en déduire que la durée de "maternage intensif" a sensiblement diminué.

Concernant "la période de maternage partagé", c'est-à-dire la période qui va de l'année où l'aîné commence à fréquenter l'école primaire jusqu'au moment où le cadet a terminé l'école primaire, elle est d'environ 9,2 années, soit 23,0 pour la génération des "grands-mères" et 13,8 pour la génération des "mères".

Pour ce qui est de "la période du tourbillonnage", c'est-à-dire la période qui va de l'année où l'aîné termine ses études primaires jusqu'à ce que le cadet ait terminé les siennes, la différence entre les générations est de 9,2 années, soit 17,0 pour la génération des "grands-mères" et 7,8 pour la génération des "mères".

La différence entre les générations quant à "la période du calme relatif", c'est-à-dire la période qui s'étend de l'année où l'aîné commence à travailler ou à faire des études secondaires jusqu'à l'année où le cadet fait son entrée sur le marché du travail ou commence ses études secondaires, est de 8,7 années. Pour la génération des "grands-mères", cette période dure 16,0 années alors qu'elle dure 7,3 années pour la génération des "mères".

En ce qui concerne "la période de lancement", c'est-à-dire la période qui va de l'année où le premier enfant quitte le domicile familial jusqu'à l'année où il ne reste plus d'enfants à la maison, on constate une

différence de 9,1 années entre les deux générations, soit 19,0 pour la génération des "grands-mères" et 9,9 pour la génération des "mères".

En observant ces résultats, on s'aperçoit que c'est le nombre d'enfants qui détermine l'étendue plus ou moins longue de chacune des périodes du cycle de vie familiale. Plus il y a d'enfants, plus les périodes sont longues, tout en chevauchant les unes sur les autres.

En tenant compte des générations étudiées, les mères ont, en règle générale, une "période de pré-procréation" presque identique à celle de leur propre mère. Ce phénomène est surprenant et nous force à nous interroger sur ses causes. Il peut nous faire croire que les moyens de contraception n'ont eu qu'un faible impact durant les premières années du mariage des couples de la génération des "mères". Ceci peut être dû à leur manque de crédibilité ainsi qu'aux préjugés défavorables à leur égard. On peut se demander aussi si cela ne peut pas être dû, en partie, à la caractéristique des familles québécoises traditionnelles voulant qu'un court laps de temps s'écoule entre le mariage et la première naissance, car la société de cette époque accordait un rôle très important à la famille dans le sens traditionnel. C'est une caractéristique qui pourrait, à la longue, s'amenuiser.

Le nombre moindre d'enfants dans la génération des "mères" par rapport à celle des "grands-mères" peut être dû à certains facteurs: premièrement, le passage de la société traditionnelle utilisant surtout l'énergie animée à la société moderne et urbaine qui fait de plus en plus appel à l'énergie inanimée; deuxièmement, la hausse du coût de la vie en milieu urbain; troisièmement, l'accès aux moyens de contraception, dont la connaissance a commencé à se répandre dans la génération des "mères";

quatrièmement, la plus grande influence du clergé et de l'Eglise dans le passé; cinquièmement, l'augmentation du nombre de femmes sur le marché du travail. Il resterait à vérifier cependant si ce n'est pas plutôt le nombre moindre d'enfants qui est la cause de l'augmentation de la main-d'oeuvre féminine. Il en résulte que, dans la génération des "mères", les femmes ont deux fois moins d'enfants que leur propre mère, d'où la possibilité de pouvoir se consacrer à autre chose qu'à la reproduction et à l'entretien d'une marmaille abondante. Plus il y a d'enfants dans une famille, plus les premières périodes du cycle de vie familiale seront longues.

Si l'on examine maintenant "la période du maternage intensif" qui correspond à l'espace de temps où la mère a des enfants de moins de six ou sept ans à la maison, on s'aperçoit que pour la génération des "grands-mères" cette période prend fin lorsque la femme est âgée en moyenne de 46,2 ans, alors que pour la génération des "mères", elle prend fin lorsque la femme a en moyenne 39,3 ans.

Pour la génération des "grands-mères", on peut supposer qu'à cet âge-là, nombre de femmes étaient exténuées par de si longues heures de travail tous les jours, sans compter le travail sur la ferme qui était le lot de plusieurs d'entre elles et ce, même s'il y avait beaucoup d'enfants pour les aider. De plus, la tradition voulant que la femme demeure à la maison et ait un rôle de reproductrice fait que seulement une infime minorité de cette génération de femmes pouvait avoir accès au marché du travail.

Pour la génération des "mères", le travail à l'extérieur semble plus accessible, étant donné que les années de "maternage intensif" prennent fin plus tôt. Le nombre moindre d'enfants peut permettre à la femme d'être moins fatiguée par les tâches qu'occasionnent les nombreuses naissances.

"La période du maternage partagé" recoupe la période précédente et ce, pour les deux générations. Ce n'est qu'une fois cette période terminée que la mère devient un peu plus libre, puisque les enfants sont âgés de 12 ans et plus à ce moment-là.

"La période du tourbillonnement" comprend tout le temps que durent les études primaires des enfants. C'est l'époque où ceux-ci acquièrent un peu plus d'autonomie.

Durant "la période du calme relatif", les femmes deviennent plus libres, surtout que dans la génération des "grands-mères", les garçons entrent à cette époque en grand nombre sur le marché du travail, alors que pour les filles, rester à la maison après une septième année est chose courante. Cela permet à la mère de se décharger d'une partie de l'ouvrage domestique. En ce qui concerne la génération des "mères", la majorité des enfants, garçons ou filles, vont faire leurs études secondaires après la fin du primaire.

"La période du lancement" correspond au départ progressif des enfants. Il s'agit d'un moment crucial dans la vie de la mère. La façon dont elle réagit à la perte de son rôle maternel diffère grandement d'une femme à l'autre. On peut supposer, par contre, que plus la femme est "familiste" (c'est-à-dire plus elle se donne entièrement à ses enfants), plus cette période sera difficile à passer. Comme le mentionne Louise Dulude dans Vieillir au féminin:

"Bon nombre de femmes qui se sont bien adaptées au changement ("Je n'ai pas l'impression d'avoir perdu un fils, mais plutôt d'avoir gagné une salle de séjour".) ont de très bonnes relations avec leurs enfants, tandis que d'autres, qui souffrent de dépres-

sion, ne s'entendent pas très bien avec eux. C'est la perte du rôle maternel en soi qui cause le problème, et la mesure dans laquelle ces femmes y trouvaient leur identité;

La femme traditionnelle fonde son amour propre sur un rôle (celui de mère) qu'elle doit éventuellement abandonner. Certaines s'en tirent facilement; d'autres, particulièrement celles dont la personnalité n'est pas souple, ne s'y ajustent pas. Mais ce n'est pas seulement la faute de ces femmes: notre société ne leur fournit pas de conseils, ni de rites de passage, ni de cérémonie d'initiation à la ménopause. La réalisation que les enfants n'ont plus besoin d'elles peut donc déclencher les sentiments d'inutilité et de mépris de soi poussés à l'extrême qui caractérisent les personnes dépressives." p. 16.

Ce qui se dégage de cette étude peut être résumé de la façon suivante. Face à deux générations qui diffèrent en ce qui concerne le temps consacré aux enfants et à leur éducation, on peut se demander ce qu'il adviendra des deux prochaines générations. Les changements sociaux influencent énormément le cycle de la vie familiale. L'utilisation des contraceptifs affecte la taille des familles et, par là même, le reste du cycle. Il en découle que la femme dispose d'un plus grand nombre d'heures libres pour se consacrer à autre chose qu'aux enfants et à son époux. Une plus grande prise de conscience peut donc se faire grâce à ce temps libéré. Le nombre croissant de familles mono-parentales et le nombre record de divorces font que la définition du cycle de la vie familiale sera modifiée. On ne peut plus dire qu'il s'agit de l'espace de temps qui s'écoule entre la formation d'une famille avec le mariage jusqu'à ce que l'un des conjoints meurt, car seulement une faible proportion des couples répond à ce critère. De nos jours, les mariages sont moins nombreux et perçus comme moins nécessaires qu'avant. Nombre d'individus vivent ensemble et ont des enfants sans être

mariés. Cependant, même les familles formées d'un seul parent ont un cycle de vie familiale étant donné la présence d'enfants.

L'homme seul ou la femme seule qui élève son ou ses enfant(s), passe pas les phases successives de maternage intensif, de maternage partagé, de tourbillonnage, de calme relatif et de lancement. D'ailleurs, le départ d'un des parents parce qu'il y a eu divorce ou séparation n'empêche pas l'autre conjoint de continuer à éduquer les enfants.

D'un autre point de vue, les familles tendent à ne plus avoir qu'un ou deux enfants. Face à cela, les premières périodes du cycle de vie familiale ne peuvent qu'être plus courtes. Les femmes auront donc plus de temps à consacrer à elles-mêmes. De plus, le nombre de femmes qui continuent, durant les périodes de maternage, à travailler ne peut que changer la définition même des périodes qui ont été décrites. Le temps qu'elles consacreront à l'éducation des enfants commence déjà à se raccourcir chez les jeunes couples. De plus, la participation active de l'homme à la garde, à l'éducation, à l'entretien, etc. des enfants, ne peut que modifier sensiblement le cycle de la vie familiale. La tendance voulant que, dans certaines familles, ce soit l'homme qui reste à la maison pour s'occuper des enfants et des tâches domestiques pendant que la femme travaille à l'extérieur, modifie sérieusement le partage des responsabilités entre conjoints. Le cas où les enfants sont gardés par autrui modifie énormément la vie familiale. Le temps consacré aux enfants se trouve diminué grâce au partage des tâches entre les parents, au nombre moindre d'enfants, au travail à l'extérieur, etc. C'est donc dire qu'il va y avoir, d'ici quelques années, un mouvement dynamique pour réadapter, à un nouveau modèle, le cycle de la vie familiale, ne serait-ce qu'au niveau de sa définition...

Les personnes âgées occupent dans les deux générations analysées une place différente. Dans celle des "grands-mères", que l'on peut assimiler à la société traditionnelle, leur place reste imposante dans nombre de cas. Cette valorisation générale du vieillissement prend des formes diverses et se fait sentir à des degrés très variables; néanmoins, le prestige des gens âgés apparaît assez universellement reconnu. Les vieux parents, vivant le plus souvent avec un ou plusieurs de leurs enfants devenus adultes, s'occupent fréquemment de la socialisation des petits-enfants. Ceci peut alléger la charge que la mère devait assumer au niveau du "maternage". Pouvant compter sur l'aide d'autres personnes, elle peut se libérer d'une partie de son travail tel la couture, le ménage, etc.

Dans la génération des "mères", qu'on peut faire coïncider avec la société des années 80, la vieillesse est devenue une forme de déchéance. La jeunesse occupe la première place. Les vieux parents ne vivent pratiquement plus jamais avec leurs enfants. Leur rôle devient beaucoup plus restreint. Certains peuvent garder les petits-enfants mais n'ont que peu de prise sur leur éducation. Donc, ils se retrouvent nécessairement plus inutiles dans le partage des tâches qu'entraîne le "maternage".

Comme conclusion, nous pouvons dire que le cycle de la vie familiale diffère, en nombre d'années, d'une génération à l'autre. Plus il est long, plus la mère se doit d'être à la maison et d'y consacrer presque tout son temps. Alors, elle ne peut poursuivre que très rarement des activités hors du foyer. Dans la génération des "grands-mères", on s'aperçoit qu'elles terminaient, en moyenne, leur maternage intensif à l'âge de 46,2 ans. A cet âge, rares sinon inexistantes étaient celles qui avaient le courage de commencer à travailler à l'extérieur. De plus, comme je l'ai dit, ce travail aurait été souvent mal perçu par la famille, la pa-

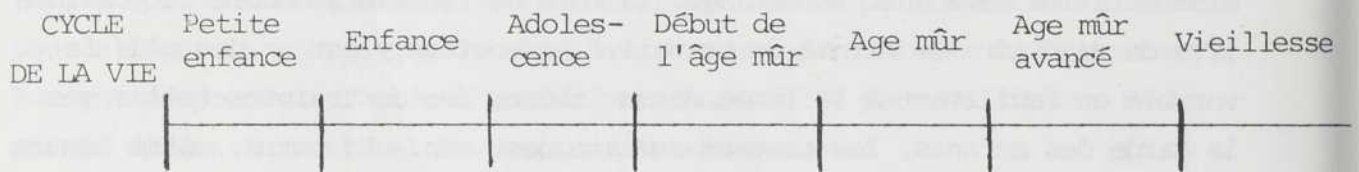
renté et l'entourage. D'ailleurs, la situation générale de la femme ne pouvait s'améliorer que très lentement, celle-ci n'avait que très peu de temps à y consacrer, d'où la faible ampleur des mouvements féministes.

Dans la génération des "mères", les enfants étant beaucoup moins nombreux, elles ont plus de temps à consacrer à elles-même. Le travail à l'extérieur est plus fréquent. "La période de maternage intensif" se termine vers les 39,3 ans. A cet âge, la mère de famille a encore la possibilité de rejoindre le marché du travail. La société y est un peu plus favorable en facilitant à la femme de se libérer des contraintes telles que la garde des enfants, les travaux domestiques, etc. En outre, entre femmes on s'entraide davantage pour pouvoir s'absenter quotidiennement ou occasionnellement du foyer. Par exemple, les mouvements féministes se multiplient et s'affirment de plus en plus.

De l'étude du cycle de la vie familiale de ces deux générations, il ressort que le modèle type du cycle n'a pas changé mais que le nombre des années consacrées à chaque période s'est considérablement modifié. On peut se demander à ce sujet ce qu'il adviendra dans les prochaines générations, considérant le grand nombre de familles mono-parentales et le nombre record de divorces: deux phénomènes qui ne peuvent qu'affecter grandement le cycle de la vie familiale. Que dire aussi des garderies qui se chargent de l'enfant dès sa naissance jusqu'à l'âge scolaire qui prend la relève... Est-ce un bien, est-ce un mal? Tout ceci ne manquera pas de se répercuter sur le cycle de la vie familiale. Le verra-t-on, un jour, disparaître en partie ou même totalement?

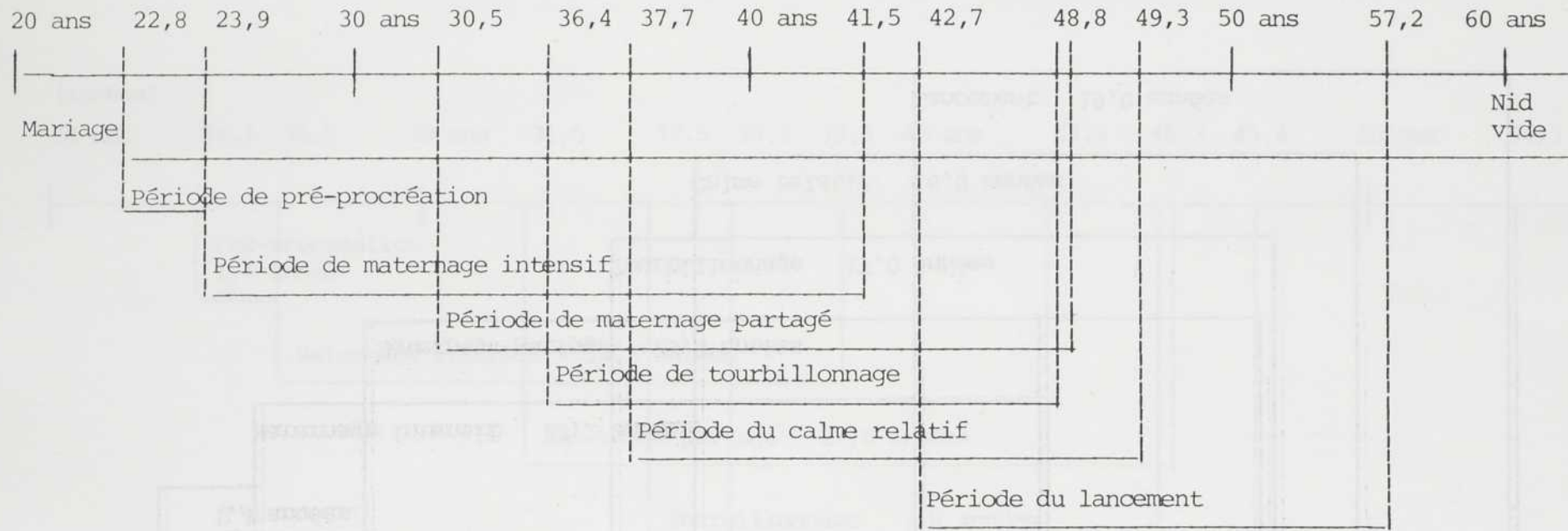
ANNEXE

LE CYCLE DE LA VIE
 ET
 LE CYCLE DE LA VIE FAMILIALE



Source: Atchley, R.C., *The Social Forces in Later Life*, Belmont, Wadsworth, 1977. p. 89.

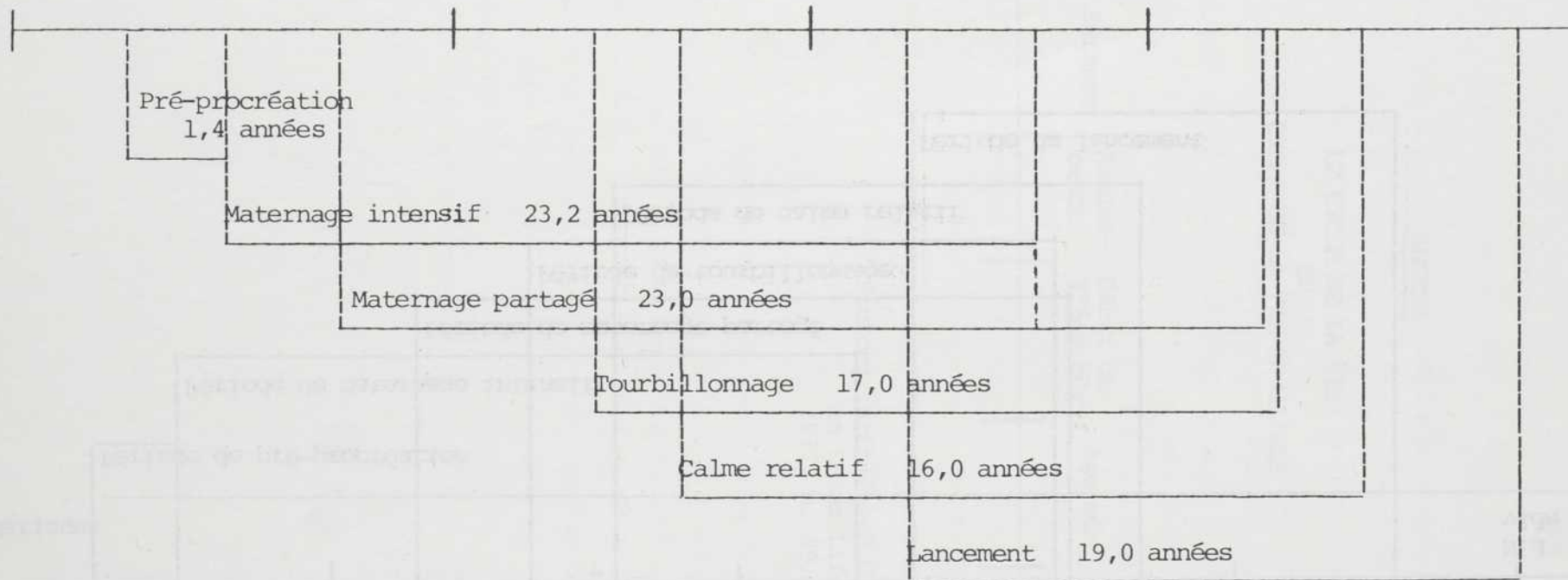
CYCLE DE LA VIE FAMILIALE
 (pour les 2 générations étudiées)



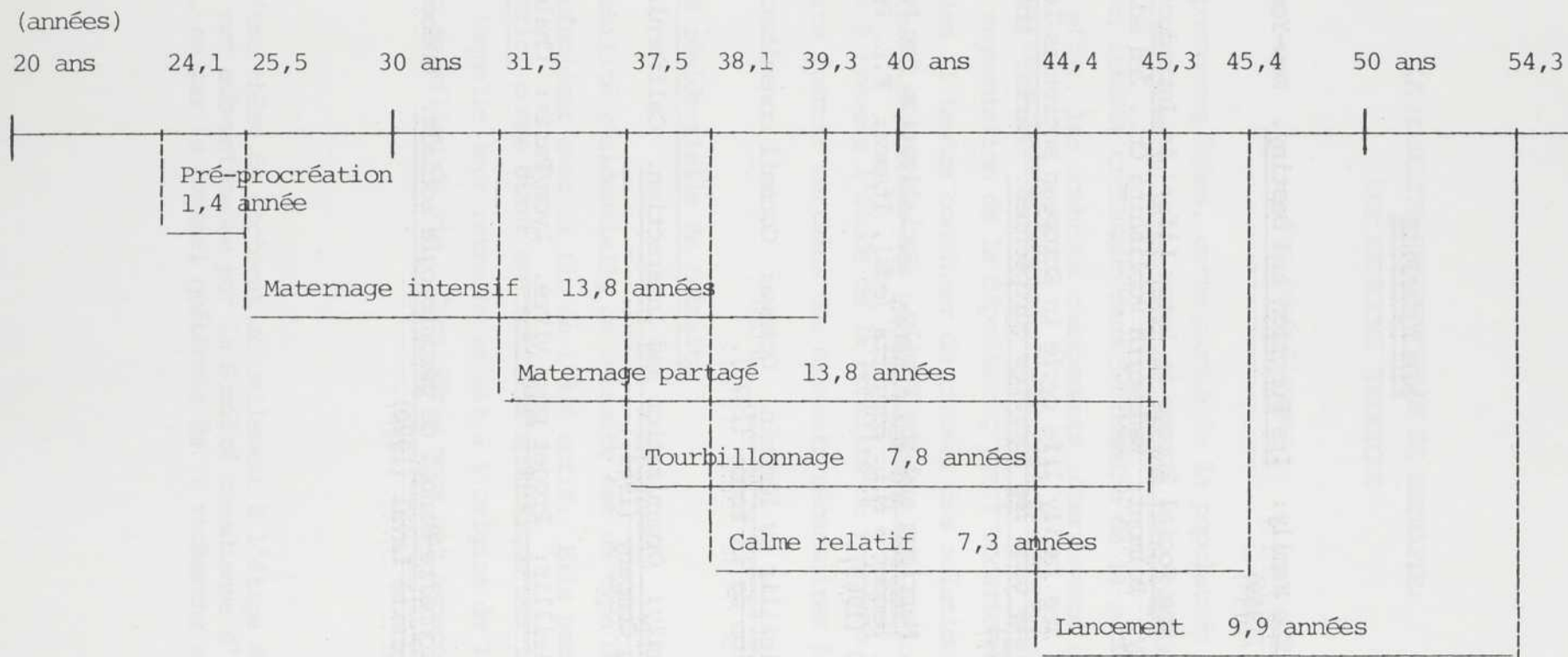
LE CYCLE DE LA VIE FAMILIALE
DE
LA GENERATION DES GRANDS-MERES
(en fonction des périodes)

(années)

20 ans 21,6 23,0 29,2 30 ans 35,2 37,1 40 ans 40,9 46,2 50 ans 52,2 53,1 59,9



LE CYCLE DE LA VIE FAMILIALE
 DE
 LA GENERATION DES MERES
 (en fonction des périodes)



BIBLIOGRAPHIE

- ANSHEN, R.N. The Family: Its Function and Destiny. New-York: Harper et Brothers, (1959).
- ATCHLEY, R.C. The Social Forces in Later Life: An Introduction to Social Gerontology. Belmont: Wadsworth Publishing Co., 2nd ed. (1977).
- CUISENIER, J. The family life cycle in European societies/Le Cycle de la vie familiale dans les sociétés européennes. Paris: Mouton, the Hague (1977).
- DEUTSCHER, I. Marriage and the Family. Socialization for Post parental Life, J.K. Hadden & M.L. Borgatta (eds), Itasca: F.E. Peacock, p. 412-420 (1969).
- DULUDE, L. Vieillir au féminin. Ottawa: Conseil consultatif canadien de la situation de la femme (1978).
- FABER, B. Family: Organization and Interaction. California: Chandler Publishing Company (1964).
- REBOUL, H. Vieillir: Projet pour vivre. Lyon/Paris: Chalet/S.N.P.P. (1973).
- ZAY, N. Dictionnaire-Manuel de gérontologie sociale. Québec: Presses de l'Université Laval (1980).

LA MOBILITE RESIDENTIELLE DE RETRAITE:
UNE APPROCHE THEORIQUE

Par René Kirouac

Les personnes âgées, cette partie de la population qui ne cesse de s'accroître en nombre et en proportion au Québec, font face à des problèmes qui suscitent un intérêt croissant dans le domaine de la recherche sociale au Québec. En effet, les nombreux changements intervenants avec l'avancement en âge (retraite, baisse de revenu, diminution des capacités physiques, veuvage, augmentation de la dépendance, etc.) occasionnent des difficultés auxquelles il faudra continuer de trouver des solutions. La présente thèse¹ veut cerner les besoins des personnes âgées liés au logement et à l'environnement à travers l'étude de la mobilité de retraite et, par ses résultats, pourra fournir certains des éléments nécessaires à la recherche de solutions.

1. La mobilité résidentielle de retraite

La mobilité résidentielle de retraite est un type de déplacement géographique coïncidant avec la fin de l'âge actif. Elle peut être définie dans un sens strict comme étant une mobilité spécifique aux travailleurs à l'intérieur de laquelle leur retraite serait à l'origine de la prise de décision de changer de milieu de vie. Considérée sous cet aspect, elle concer-

¹ Il s'agit d'une thèse de doctorat actuellement à l'étape de la rédaction. Cette thèse est subventionnée par la Société canadienne d'hypothèques et de logement, et par le Conseil québécois de la recherche sociale.

ne surtout les hommes car ceux-ci, pour cette génération de travailleurs, occupaient en majeure partie le marché du travail. Par ailleurs, dans un sens plus large, la mobilité de retraite rejoint tous les acteurs² (hommes, femmes, célibataires, veuves, etc.) et considère tous les éléments caractérisant cette période du cycle de vie (pré-retraite, retraite, veuvage, perte de capacité physique, départ des enfants, etc.). Ces derniers, lorsqu'ils interviennent dans la vie d'un individu (ou d'un couple) peuvent l'amener à reconsidérer certains aspects de son habitat³ et l'inciter à déménager. Cette définition, à l'inverse de la précédente, rejoint davantage les femmes en raison de leur nombre supérieur aux hommes dû à une longévité plus grande.

Pour notre recherche, nous avons convenu de considérer la mobilité résidentielle de retraite telle que définie dans son sens large. Ce choix nous permettra de mieux comprendre et de distinguer les besoins que cherchent à combler toutes les catégories d'acteurs (hommes, femmes, célibataires, mariés, veuves, etc.) par la mobilité à l'âge de la retraite.

2. La pertinence d'une recherche sur la mobilité de retraite

Parmi les différents types de mobilité pouvant être identifiés au cours du cycle de vie d'un individu, la mobilité de retraite apparaît l'une des moins fréquentes. En effet, l'observation de la figure 1 nous permet d'observer une diminution graduelle du taux de mobilité à partir de la

² On comprendra que l'acteur désigne autant une personne qu'un couple.

³ Le terme d'habitat utilisé tout au cours de la recherche représente trois composantes du milieu de vie de l'acteur, soit le logement, l'environnement physique et l'environnement social.

cohorte de 25 à 29 ans jusqu'au moment de la retraite où s'effectue une légère augmentation des déplacements. Cette dernière caractérise la mobilité de retraite qui se réalise entre 60 et 70 ans.

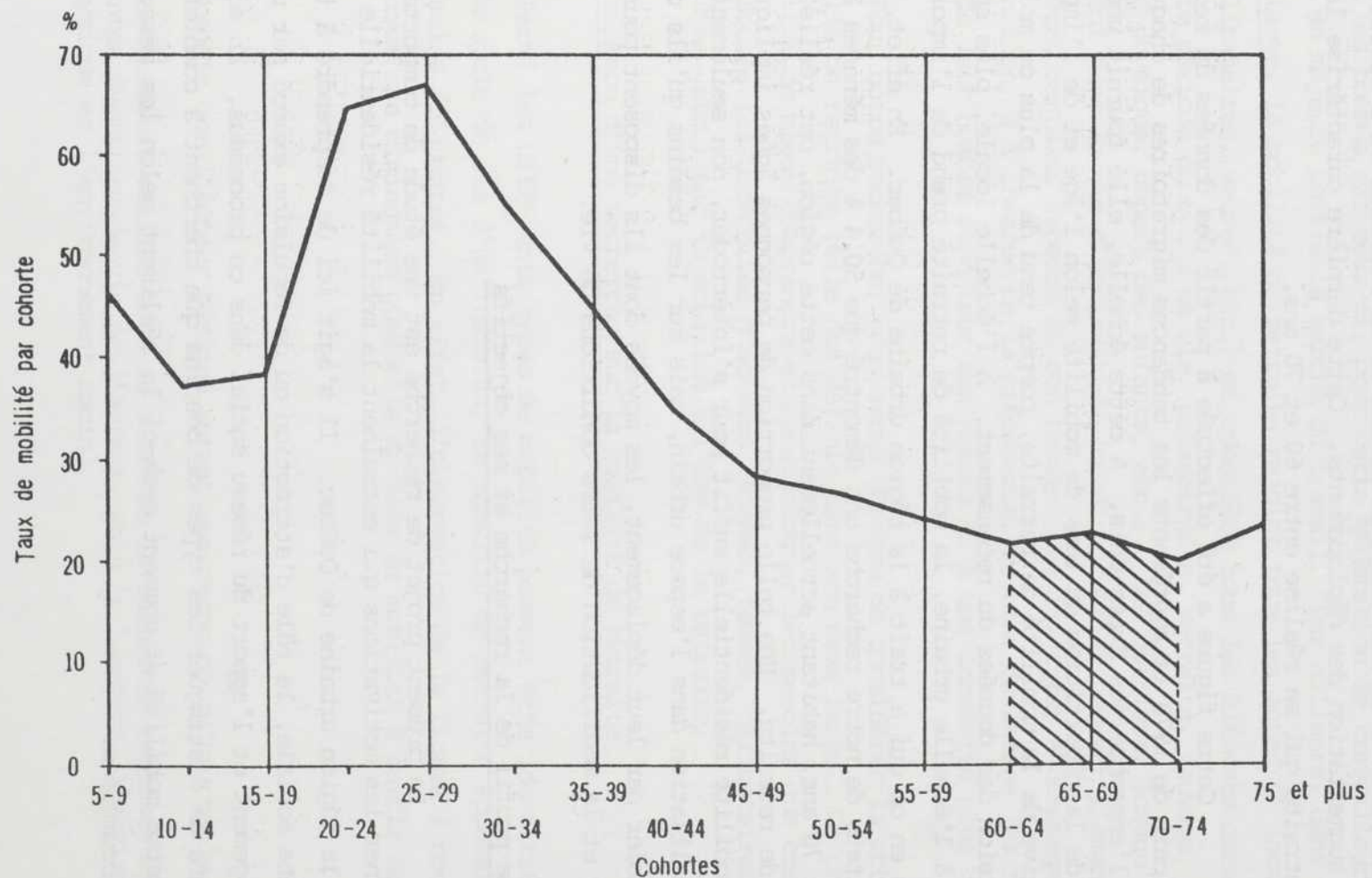
Cette figure a été effectuée à partir des données du recensement américain de 1970 et représente les tendances migratoires de chaque cohorte pour l'ensemble des Etats-Unis. A cette échelle, elle fournit une bonne idée de la répartition du taux de mobilité selon l'âge et de l'importance relative de la mobilité de retraite, compte tenu de la plus ou moins grande précision des données du recensement. A l'échelle locale, plus spécifiquement à l'échelle urbaine, la mobilité de retraite prend de l'importance, du moins en ce qui a trait à la région urbaine de Québec. En effet, les premiers résultats de notre recherche ont démontré que 50,4 % des ménages âgés entre 65 et 70 ans, habitant actuellement dans cette région, ont réalisé une mobilité de retraite. Une telle proportion de personnes âgées impliquées dans une mobilité résidentielle suffit pour s'interroger, non seulement sur leur relocalisation dans l'espace urbain, mais sur les besoins qu'ils cherchent à combler par leur déplacement, les moyens dont ils disposent pour le réaliser et la modification de leurs conditions de vie.

3. Le profil de la recherche et ses objectifs

Le présent projet de recherche est une étude de comportement visant à cerner les motivations qui entraînent la mobilité résidentielle de retraite dans la région urbaine de Québec. Il s'agit ici de comprendre à travers une enquête sociale, le rôle d'attraction ou de répulsion exercé par un lieu ou un logement et l'apport du réseau social dans ce processus. En somme, il conviendra de distinguer les types de besoins que cherchent à combler les acteurs par cette mobilité et comment ceux-ci la réalisent selon les ressources qu'ils ont accumulées.

FIGURE 1

VARIATION DU TAUX DE MOBILITÉ AU COURS DU CYCLE DE VIE AUX ÉTATS-UNIS EN 1970



Source : Robert F. Wiseman (1978) *Spatial Aspect of Aging*. Washington, Association of American Geographers, Resource Papers for College Geography, no. 78 - 4, p. 19

Trois objectifs sont visés dans cette recherche:

- Identifier les motivations qui entraînent la mobilité résidentielle de retraite dans la région urbaine de Québec;
- Distinguer les types de besoins que cherchent à combler les acteurs par cette mobilité et comment ceux-ci la réalisent selon les ressources qu'ils ont accumulées;
- Fournir des données sur les différents besoins rattachés à l'habitat afin de contribuer à la révision du concept de demeure pour personnes âgées.

4. L'approche théorique

L'approche théorique se résume à deux activités principales:

- Conceptualisation et présentation des types de mobilité de retraite;
- Présentation de ces types de mobilité à l'intérieur d'un schéma explicatif montrant, de façon hypothétique, les liens de causalité entre les concepts.

4.1 Conceptualisation

Nous allons considérer ici les types de mobilité de retraite comme l'expression manifeste de l'articulation de deux axes constitutifs: l'axe de l'accomplissement des besoins (hiérarchisation) et l'axe représentant les composantes de l'habitat (figure 2).

Le premier processus est celui de l'accomplissement hiérarchique des besoins, allant des besoins individuels aux besoins sociaux. Nous nous inspirons ici du double caractère de l'homme. Ce dernier est à la fois sujet naturel et sujet social⁴. Il est d'abord un être naturel parce qu'il possède un organisme biologique. Manger, dormir, se loger sont des besoins primaires que l'individu doit satisfaire pour assurer sa subsistance. L'idée d'un manque ou d'une nécessité naturelle était d'ailleurs la première interprétation du mot besoin⁵. Mais les besoins de l'homme ne sont pas seulement centrés sur son être biologique, car il est aussi socialisé. On ne peut dissocier ce double caractère de l'homme et rendre autonome son fondement biologique en l'isolant de son rôle d'acteur social inséré dans un ordre social⁶. Cette immersion de l'individu dans la société, appelée aussi processus de socialisation, commence dès la naissance et se poursuit toute la vie jusqu'au seuil de la mort. Elle permet à l'homme d'apprendre et d'intérioriser les éléments socio-culturels, les normes, les valeurs, les croyances, les comportements propres au groupe, à la société ou à la civilisation dont il fait partie et indispensables à son adaptation au milieu⁷. Le processus de socialisation, il faut le préciser, n'atteint pas tous les individus également.

⁴ Anne-Marie Guillemard, (1972). La retraite: une mort sociale. Paris et La Haye, Mouton, p. 31.

⁵ Paul Albu, (1975). "Sur le concept de besoin", dans Cahiers Introduction de sociologie. Paris, P.U.F., vol. LIX, p. 199.

⁶ Anne-Marie Guillemard, op. cit., p. 32.

⁷ Nicolas Zay, (1981). Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale. Québec, P.U.L., p. 506.

Car l'individu apprend et intègre ses expériences au fil de sa propre trajectoire sociale (emploi, connaissance nouvelle, mariage, naissance, perte d'être(s) cher(s), montée dans l'échelle sociale, etc.) et selon les agents de socialisation fréquentés (famille, école, groupe, association, syndicat, etc.)⁸.

Le processus de socialisation établit donc des relations entre les individus et c'est à partir de celles-ci qu'émergent de nouveaux besoins:

"... le besoin qui s'y affirme et qui conditionne l'établissement de relations entre les hommes, en vue de se satisfaire, n'est déjà plus ce besoin sensible qui provient de la nature: c'est d'abord un besoin social."

Dès que l'individu entretient un rapport avec ses semblables ou qu'il s'identifie à un groupe, il se crée un nouveau rapport entre lui et l'objet:

"Ainsi, l'appartenance au groupe conditionne-t-elle l'émergence des besoins et la valeur attribuée par nous aux divers biens économiques dépend surtout de l'espèce de satisfaction sociale qu'ils procurent."¹⁰

⁸ Ibid., p. 507.

⁹ Paul Albou, op. cit., p. 206.

¹⁰ Paul Albou, op. cit., p. 215.

Le besoin social se définit donc comme un manque artificiel qui conditionne l'établissement des contacts entre les hommes. Il est subjectif et la consommation d'objets qu'il entraîne tend à désigner l'être, le rang social de son détenteur:

"Le monde des objets n'échappe pas à cette superfluité: c'est bien toujours en ce qu'ils ont d'inutile, de futile, de superflu, de décoratif, de non-fonctionnel, que des catégories entières d'objets (bibelots, gadgets, accessoires) ou, dans chaque objet, toutes les connotations et le métabolisme des formes, le jeu de la mode, etc., - bref, les objets ne s'épuisent jamais dans ce à quoi ils servent, et c'est dans cet excès de présence qu'ils prennent leur signification de prestige, qu'ils "désignent" non plus le monde, mais l'être et le rang social de leur détenteur."¹¹

Les besoins sont aussi hiérarchisés et répondent à des nécessités ou à des attentes du physiologique (nature) au social ou de l'individuel au collectif. Ils se distinguent d'un individu à l'autre, d'un groupe social à l'autre, selon le vécu ou le degré de socialisation et ils évoluent au rythme de leur satisfaction.

¹¹ Jean Baudrillard, (1972). Pour une critique de l'économie politique du signe, Paris, Gallimard, p. 11.

"Les besoins réapparaissent, ils évoluent et se transforment sous l'influence de circonstances diverses qu'il serait abusif, (...), de ramener au seul pouvoir du producteur. (...) ... ils changent sans aucun doute, mais lentement, en fonction des rapports de forces, mais aussi de l'expérience vécue, de l'éducation, de l'intensité et au rythme des satisfactions."¹²

Enfin, la satisfaction ou le rythme de satisfaction des besoins dans la hiérarchie n'est possible que lorsque les besoins primaires de l'individu sont comblés. Ainsi, nous révèle Marx, lorsqu'un besoin est satisfait, un autre surgit et exige de l'être, mais si les premiers sont frustrés (besoins matériels ou physiologiques) ceux qui leur succèdent n'apparaissent pas.¹³

Les besoins sur lesquels nous ferons porter notre attention sont spécifiques au logement et à l'environnement du retraité. Comme nous le savons, le logement et l'environnement physique ou social sont d'autant plus importants pour le retraité que celui-ci ne joue plus un rôle aussi actif dans la société et n'évolue plus dans l'univers du travail. La mobilité de retraite devient donc, pour certains retraités, l'occasion de satisfaire un besoin immédiat (physique ou matériel) ou tout autre besoin en relation avec sa condition de retraite (perte d'être(s) cher(s), d'ami(e)(s), de rôle, etc.), ou encore inspiré par son environnement ou son vécu social (besoin social).

¹² Jean Baudrillard, *op. cit.*, p. 234.

¹³ Paul Albou, *op. cit.*, p. 236.

Ainsi, en certains cas, la mobilité aura comme fondement des motifs se rapportant au bien-être immédiat de la personne (matériel ou physique) privilégiant l'état de nature. Ici l'individu s'occupera principalement de son existence comme être naturel. Il cherchera dans le logement un minimum de confort ou d'habitabilité. Aussi, la retraite pourra bien avoir aggravé sa situation de locataire en l'obligeant à rechercher un logement en fonction des moyens dont il dispose et non en fonction de ce qu'il souhaiterait. Le besoin naturel fait donc référence à une relation intime (personne/objet) dans laquelle l'individu répond à des besoins en se procurant des biens nécessaires à son existence biologique.

En d'autres cas, la mobilité sera davantage orientée vers la satisfaction de relations interpersonnelles. Ici, nous pouvons retrouver l'individu qui, à la suite de l'éloignement, de la perte d'ami(e)s ou d'être(s) cher(s), cherchera par la mobilité à refaire son univers relationnel en se rapprochant de parents, de connaissances ou encore de gens ayant des caractéristiques semblables aux siennes (âge, statut, etc.). Ce type de relation de personne à personne est introverti c'est-à-dire, que les liens sociaux sont établis dans l'intention de satisfaire son moi ou d'assurer sa sécurité. A l'inverse, une personne peut se diriger vers un parent, un ami, dans l'intention de lui apporter une aide ou tout simplement pour lui tenir compagnie. Dans ce cas, la relation devient extravertie (ou vers autrui).

Il existe aussi la mobilité qui consiste à se diriger vers un logement ou un lieu (environnement physique) comportant certaines caractéristiques avantageuses pour l'individu. Au niveau du logement, on retrouvera le besoin de réduire l'espace ou de minimiser l'entretien, ou encore celui d'améliorer son confort, etc. Au niveau de l'environnement physique, il sera peut-être question pour l'individu de rechercher le calme d'un lieu, la

présence de services, etc... Il s'agit donc ici d'une relation personne/objet réalisée dans l'objectif principal de satisfaire un besoin matériel personnel.

Enfin, en d'autres cas encore, la mobilité fera référence à la situation sociale privilégiée d'un individu. Le choix en matière de logement ou d'environnement sera défini, non pas par rapport à ses besoins personnels (matériels, relationnels), mais aux exigences de son groupe d'appartenance. Car le besoin social est subjectif, il naît donc des relations de la personne avec son groupe et de l'intensité de ces relations. Il sert l'individu mais satisfait d'abord son existence comme être socialisé.

Distinguons maintenant quatre modèles de mobilité de retraite en les rapportant à l'axe de l'accomplissement des besoins (figure 2). Nous les appellerons niveaux d'orientation des besoins.

Le premier niveau d'orientation correspondra aux besoins primaires de l'individu ou à son existence biologique. On se rapporte ici au premier caractère de l'homme: l'être naturel. Ce niveau sera appelé rapport à l'existence biologique, en raison d'une recherche de satisfaction de besoins orientés principalement vers l'état de nature.

Le deuxième niveau concernera l'aspect interrelationnel de la personne. Nous l'appellerons rapport à l'existence relationnelle en raison de cette recherche de satisfaction basée sur la relation avec autrui.

Le troisième niveau rejoindra les attentes individuelles touchant les caractéristiques matérielles ou physiques d'un logement ou d'un lieu. La relation personne/objet sera alors fonctionnelle. On nommera ce niveau rapport à l'existence matérielle.

Enfin, le quatrième niveau fera ressortir les conduites qui prennent leur sens en fonction de la situation sociale de l'acteur. Nous l'appellerons rapport à l'existence sociale. Et le rapport personne/objet n'aura de sens que par la forme-signé de l'objet.

Ces quatre niveaux composent la première dimension par laquelle seront formulés nos types de mobilité. La deuxième dimension, quant à elle, fera référence aux composantes de l'habitat, c'est-à-dire qu'elle comprendra les éléments à partir desquels vont s'établir les motifs de déplacement. Ces derniers concernent trois composantes du milieu où interviennent les forces d'attraction ou de répulsion: le logement, l'environnement physique et l'environnement social. Ceux-ci représentent désormais l'espace de vie, l'espace des relations familiales et/ou sociales du retraité et c'est pourquoi ils sont importants voire déterminants dans la prise de décision de déménager. Et parce que certains types de mobilité sont centrés sur les attributs du logement et certains autres sur ceux de l'environnement (physique et/ou social) nous représenterons notre deuxième dimension par l'axe (logement/environnement) que nous nommerons composantes de l'habitat.

Les types de mobilité de retraite seront donc définis en fonction des niveaux d'orientation des besoins et des composantes de l'habitat. Ces types de mobilité seront obtenus par la rencontre des deux axes que nous venons de présenter. Cette rencontre, d'où résultent les modèles, est issue d'une opération à la fois logique, théorique et intuitive. C'est pourquoi nous ne retrouverons pas un modèle à chacun des points de jonction possibles des deux axes. Nous allons plutôt considérer un modèle pour chacun des niveaux de besoins correspondant à un élément, ou la combinaison de deux éléments du milieu (voir figure 2).

FIGURE 2

TYPOLOGIE DE LA MOBILITÉ DE RETRAITE

Niveaux d'orientation des besoins

	Rapport à l'existence biologique ou naturelle	Rapport à l'existence relationnelle	Rapport à l'existence matérielle	Rapport à l'existence sociale
Composantes de l'habitat	Logement	Captive (1)		
	Environnement physique		D'usage (3)	Signe (4)
	Environnement social		Relationnelle (2)	

4.2 Les types de mobilité de retraite

Type 1: mobilité captive

La mobilité captive, comme son nom l'indique, limite l'acteur à des déplacements intra-sectoriels. L'insatisfaction par rapport au logement engendre des migrations chroniques à l'intérieur d'un même quartier en raison de la proximité du lieu de travail et du faible coût de l'habitat¹⁴. C'est en quelque sorte une recherche désespérée d'un minimum d'habitabilité qui répondrait uniquement à la satisfaction d'un besoin primaire (ou naturel) de l'acteur. Pour le retraité, la proximité du lieu de travail ne compte plus parmi les forces qui le retiendraient dans son milieu. Mais la diminution du revenu encourue par l'abandon de la vie active et l'enracinement dans le milieu limitent à nouveau sa possibilité de fuite.

Les acteurs impliqués dans ce type de déplacement seront des chambreurs ou des locataires insatisfaits des conditions de logement. Enfin, ce seront des personnes caractérisées par un faible revenu, l'absence de moyen de transport privé, une sphère d'activités limitée et un réseau social, lorsqu'il existe, très concentré spatialement.

Type 2: mobilité relationnelle

Dans le cas de la mobilité relationnelle, les motifs ayant trait

¹⁴ Pierre Cliche, (1980). Espace social et mobilité résidentielle: introduction à la géographie sociale, de Québec. Québec, P.U.L. p. 161.

aux caractéristiques du logement et de l'environnement physique sont exclus. Seuls persistent les motifs reliés à l'insatisfaction du besoin d'échanges ou de contacts interpersonnels que la situation de retraite a rendue plus évidents. Ceux-ci peuvent être extravertis ou intravertis. Dans le premier cas, il s'agit pour la personne de refaire son univers social, perdu ou affaibli, et dans le deuxième, de satisfaire les exigences d'autrui (se diriger vers une personne pour lui prêter assistance).

Les acteurs que l'on retrouvera dans ce type de mobilité seront surtout des veuves ou des célibataires recherchant la compagnie d'autres personnes (parents ou ami(e)s), ou encore, des couples dont le principal motif de déplacement est de se rapprocher de leurs enfants ou d'habiter chez l'un d'entre eux.

L'étendue des déplacements de l'acteur n'est pas limitée spatialement comme dans le premier type de mobilité; elle est plutôt fonction du lieu de résidence de parents, d'ami(e)s, ou du groupe d'appartenance.

Type 3: mobilité d'usage

Le besoin matériel ou physique qui entraîne la mobilité d'usage est relié aux caractéristiques du logement ou de l'environnement physique. En effet, l'âge de la retraite coïncide avec l'arrivée de certains événements caractérisant cette période du cycle de vie: départ des enfants, décès du conjoint, disparition progressive des capacités physiques, baisse de revenu, etc. Ces événements exigent parfois de la part de l'acteur de reconsidérer certaines composantes de sa demeure et/ou de son environnement physique: le type et la taille du logement, la proximité des services, etc. Ainsi, en ce qui concerne le logement, l'acteur pourrait chercher, par la

mobilité, à diminuer son espace intérieur à cause de la réduction de sa famille, à minimiser l'entretien de son habitat (espace intérieur et extérieur) en raison de la diminution de ses capacités physiques; à améliorer son confort pour agrémenter ses vieux jours; etc. De plus, en ce qui a trait à l'environnement physique, l'approche du vieil âge pourrait l'inciter à se rapprocher des services pour assurer sa sécurité et/ou réduire ses déplacements quotidiens.

Par ailleurs, le vieillissement entraîne parfois des changements d'attitude face à certains milieux. C'est ainsi que des personnes âgées pourront ne plus manifester le même intérêt pour leur milieu de vie qu'au moment de leur installation, les motifs qui les y avaient amenées répondant à d'autres besoins. Il se pourrait d'autre part, que le milieu physique lui-même ait changé à la suite d'un réaménagement spontané ou graduel causant ainsi de l'insatisfaction.

La retraite procure donc à l'acteur l'occasion de réajuster ses besoins matériels au niveau du logement et de l'environnement physique, réajustement que le vieillissement a rendu nécessaire. Et les déplacements d'usage qui en résultent seront fonction de la disponibilité des logements et de l'attrait du lieu de retraite.

Dans ce type de mobilité de nature fonctionnelle, on retrouvera aussi bien des propriétaires que des locataires. Quant à l'étendue des déplacements, il dépendra surtout des ressources individuelles; le propriétaire sur ce plan profitera d'un plus grand choix de lieux et de logements.

Type 4: mobilité signe

La mobilité signe met en cause des motifs de l'acteur qui peuvent être inconscients. Ils proviennent de besoins en logement ou en environnement physique provoqués par sa relation avec son groupe d'appartenance. Il ne s'agit donc pas d'une satisfaction de besoins fonctionnels mais sociaux, dans lesquels le statut et le maintien de celui-ci jouent un grand rôle. Ainsi, lors d'une promotion (mobilité sociale), l'individu en vient à désirer un type de demeure ou un lieu représentant son nouveau statut. Le besoin est matériel, mais il se situe bien au-delà du simple besoin primaire. A la retraite, il est évident que la promotion sociale n'intervient plus pour solliciter l'inconscient et provoquer le besoin de changer de milieu de vie. Mais après la retraite, il existe encore des classes sociales et le besoin de les conserver ou de les réaffirmer persiste.

Il n'est cependant pas facile de déceler ce type de mobilité car les motifs évoqués par les acteurs camouflent souvent les raisons inconscientes qui ont fondamentalement provoqué cette mobilité. On ne pourra le saisir qu'en comparant les deux milieux de vie afin de voir si les avantages que les individus révélaient à travers leurs motifs sont vérifiés dans les faits.

Dans ce type de mobilité, on rencontrera surtout des propriétaires déjà bien installés. L'attirance (attraction) pour un lieu ou un type de résidence en particulier sera le principal motif de déplacement de l'acteur. Enfin, l'étendue de tels déplacements sera fonction de la localisation des lieux ou des logements à statut social élevé.

4.3 Les déterminants des types de mobilité de retraite

Les types de mobilité que nous venons de présenter ne constituent pas l'éventail des possibilités qui s'offrent à chacun des retraités car la mobilité dépend des éléments divers qui composent la situation de l'acteur. Ce dernier arrive à la retraite muni de certaines ressources. Premièrement, il a une position géographique (logement, environnement physique) et une position sociale dans laquelle s'organise le réseau de relation (environnement social). Deuxièmement, il dispose de certaines capacités qu'il lui est possible de mettre à profit pour améliorer, changer ou accentuer sa position géographique ou sociale (niveau d'instruction, expérience antérieure de mobilité, connaissance d'autres lieux, étendue du réseau social, revenu, etc.).

Les premiers éléments précédemment mentionnés caractérisent le milieu de vie de la personne. Nous les appellerons ses biens. Ils sont les éléments dont l'acteur dispose pour servir son être naturel et/ou social. Si l'on transcrit cette définition conceptuelle en termes opérationnels on dira que les biens sont les ressources immédiates composant le milieu de vie de l'acteur au niveau du logement, de l'environnement physique et de l'environnement social. Ils ne sont donc pas uniquement matériels, mais comprennent également les éléments de la vie familiale et sociale de l'acteur. Ce sont de ces biens, sources de besoins, qu'émanent les motivations de déplacement.

Les seconds éléments, que nous nommerons ses potentialités, sont les moyens dont l'acteur dispose pour subvenir aux besoins de son être naturel et/ou social. Une fois transcrites en termes opérationnels, elles deviennent les ressources médiates de l'acteur et de son environnement social

(ou familial) lui permettant d'agir sur ses biens pour les cumuler, les améliorer ou les changer.

Il y aura donc différentes situations dans lesquelles s'opposeront les ressources accumulées des acteurs sous forme d'acquis (les biens) et de possibilités de satisfaction des besoins (les potentialités). Ainsi on pourra retrouver certains acteurs ayant peu de biens et de potentialités, ou à l'inverse, des acteurs ayant beaucoup de biens et de potentialités. Enfin, on retrouvera des situations intermédiaires où il existe des écarts entre les biens et les potentialités.

4.4 Le système de causalité des types de retraite: le schéma théorique

La variabilité des biens et des potentialités des acteurs nous laisse supposer que les types de mobilité seront déterminés par les types de ressources accumulées et l'importance de ces ressources. Dès lors, il faut s'interroger sur le processus qui fait qu'une telle situation détermine un certain type de mobilité.

Nous avons présenté les types de mobilité comme étant issus de deux dimensions: le niveau de l'orientation des besoins et les composantes de l'habitat. Par la suite, nous avons distingué deux types de ressources: les biens et les potentialités.

Dans le but d'exprimer le sens de causalité entre ces variables, nous présentons les hypothèses suivantes:

- le type de ressources accumulées sous forme de biens détermine le niveau de l'orientation des besoins;

- la structure des ressources accumulées (composition des biens et des potentialités) détermine le type de mobilité.

4.4.1 Comment le type de ressources accumulées sous forme de biens détermine-t-il le niveau d'orientation des besoins?

Pour répondre à cette question, il faut d'abord revenir quelque peu en arrière et considérer le fait que les besoins évoluent au rythme de leur satisfaction et qu'ils s'inscrivent dans une hiérarchie allant du besoin matériel ou physique au besoin social. Rappelons que lorsqu'un besoin est comblé, un autre surgit et exige de l'être, mais si les premiers sont frustrés (besoins matériels ou physiologiques) ceux qui leur succèdent n'apparaissent pas (Marx).

On peut donc imaginer facilement qu'une personne, n'ayant pas accumulé de biens ou très peu, sera réduite à assurer son existence comme être naturel. Son niveau d'orientation de besoin se manifestera par rapport au maintien de son être biologique. Par ailleurs, si le cumul des biens matériels (logement, environnement physique) est satisfaisant, il se pourrait que l'acteur cherche à combler un manque existant dans ses relations sociales. Son besoin sera donc relié à son existence relationnelle. D'un autre côté, si l'ensemble de ses biens (logement, environnement physique, environnement social) lui donne satisfaction, il peut, soit améliorer son existence matérielle, rehausser ou raffermir sa situation sociale. Alors l'orientation des besoins ira vers son existence matérielle ou son existence sociale.

Ainsi, nous dirons que lorsqu'un bien est acquis, il y a place pour l'acquisition d'un autre bien. Le besoin s'affirme en fonction du type de bien déjà possédé et de celui qui lui succède. Dans un tel cas, nous parlerons d'une recherche de biens cumulatifs ou croissants.

Par ailleurs, dans cette approche, il faut tenir compte d'un aspect qui touche particulièrement notre objet. En effet, la mobilité de retraite ne correspond pas nécessairement à l'acquisition d'un nouveau bien, ce qui le distingue des autres types de mobilité. Souvent, l'effet de la retraite et l'approche du vieil âge entraînent chez certains des modifications quant à la satisfaction procurée par des biens déjà acquis ou simplement occasionnent la perte de certains d'entre eux. Et c'est dans le but de remplacer les biens perdus ou n'offrant plus de satisfaction que s'effectuera la mobilité. A titre d'exemples, mentionnons que le départ successif des membres de sa famille pourra amener l'acteur à rechercher un espace correspondant à ses nouveaux besoins; en raison de la diminution de ses capacités physiques, il songera à reconsidérer son habitat en fonction de l'entretien (intérieur, extérieur) que celui-ci nécessite; par contre, la réduction progressive du réseau social (conjoint, ami(e)s, confrère(s) de travail, etc.) poussera l'individu à refaire son univers social; en d'autres cas, les changements environnementaux ou les changements perceptuels de l'acteur face à son milieu de vie pourront être suffisants pour provoquer un déplacement; etc.

Enfin, malgré cette situation particulière qu'occasionnent la retraite et le vieil âge, il n'en demeure pas moins que l'orientation des besoins s'établit en fonction d'une évolution (acquisition d'un nouveau bien) ou d'une fluctuation (perte ou reconsidération des biens accumulés).

4.4.2 Comment la structure des ressources accumulées détermine-t-elle le type de mobilité?

Parmi les ressources accumulées de l'acteur, nous devons non seulement tenir compte des biens, mais aussi des potentialités. Ces dernières,

nous l'avons déjà mentionné, rassemblent les possibilités de l'individu qui lui permettent d'agir sur ses biens en les accumulant ou en les modifiant. Les possibilités de l'acteur concernent autant ses propres caractéristiques que celles de son milieu. Ainsi peut-il se servir de son revenu, de son expérience de mobilité antérieure, de son instruction, des relations qu'il possède, de l'étendue de son réseau social (concentration, dispersion), etc.

Mais de la même façon que les biens, les potentialités varient d'un individu à l'autre. C'est pourquoi nous pouvons retrouver différentes compositions de biens et de potentialités (structure des ressources). On peut avancer que, généralement, plus les biens individuels sont importants, plus les possibilités d'en acquérir d'autres sont grandes et vice versa.

Il existe cependant des déséquilibres entre ces deux éléments, biens et potentialités, rendant plus difficile la satisfaction des besoins. C'est ainsi qu'un déficit de potentialités par rapport aux biens entravera l'accessibilité à de nouveaux biens et même la possibilité de reconstituer des biens perdus. La mobilité pourra malgré tout s'effectuer mais sans répondre entièrement aux attentes de l'acteur. On pensera ici à la mobilité captive, par laquelle l'individu recherche désespérément un logement ou un environnement adéquat sans toutefois obtenir pleine satisfaction, à cause justement, de sa faible potentialité. Et c'est dans le cas de tels déséquilibres et dans le but de les réduire, qu'une intervention extérieure (autorité compétente sera importante).

La structure des ressources individuelles (biens et potentialités) est donc variable et peut exercer une double influence sur les types de mobilité.

Premièrement, en ce qui concerne les biens eux-mêmes. On a vu précédemment que les biens acquis déterminent l'orientation des besoins. Ces mêmes biens peuvent aussi devenir le mobile du déplacement si l'acteur n'y trouve pas ou plus de satisfaction. Le type de mobilité portera donc sur l'objet (logement, environnement physique, environnement social) qui se trouve à la source de cette insatisfaction.

Deuxièmement, les potentialités peuvent aussi influencer le type de mobilité. Par exemple, le seul fait de connaître un autre logement ou un lieu comportant certains avantages est suffisant pour déclencher le motif de déplacement. Le type de mobilité portera sur la connaissance des avantages d'un objet (ex: la mobilité signe).

Les biens acquis de même que les potentialités peuvent donc agir à leur façon respective sur le type de mobilité. Et on peut greffer à chacun de ces deux éléments des qualificatifs que l'on retrouve dans certaines études sur la mobilité résidentielle et par lesquels on classe les motifs de déplacements: attraction et répulsion. Dans le cas des biens, leur influence serait plutôt de nature répulsive à cause de leur intervention directe sur la condition de vie des acteurs (logement inconfortable, environnement bruyant, etc.). Dans celui des potentialités, le type de mobilité serait surtout attractive, c'est-à-dire que le seul fait de disposer d'éléments permettant à l'acteur d'améliorer sa situation engendrerait le motif de déplacement (connaissance d'autres lieux, influence du réseau social, etc.).

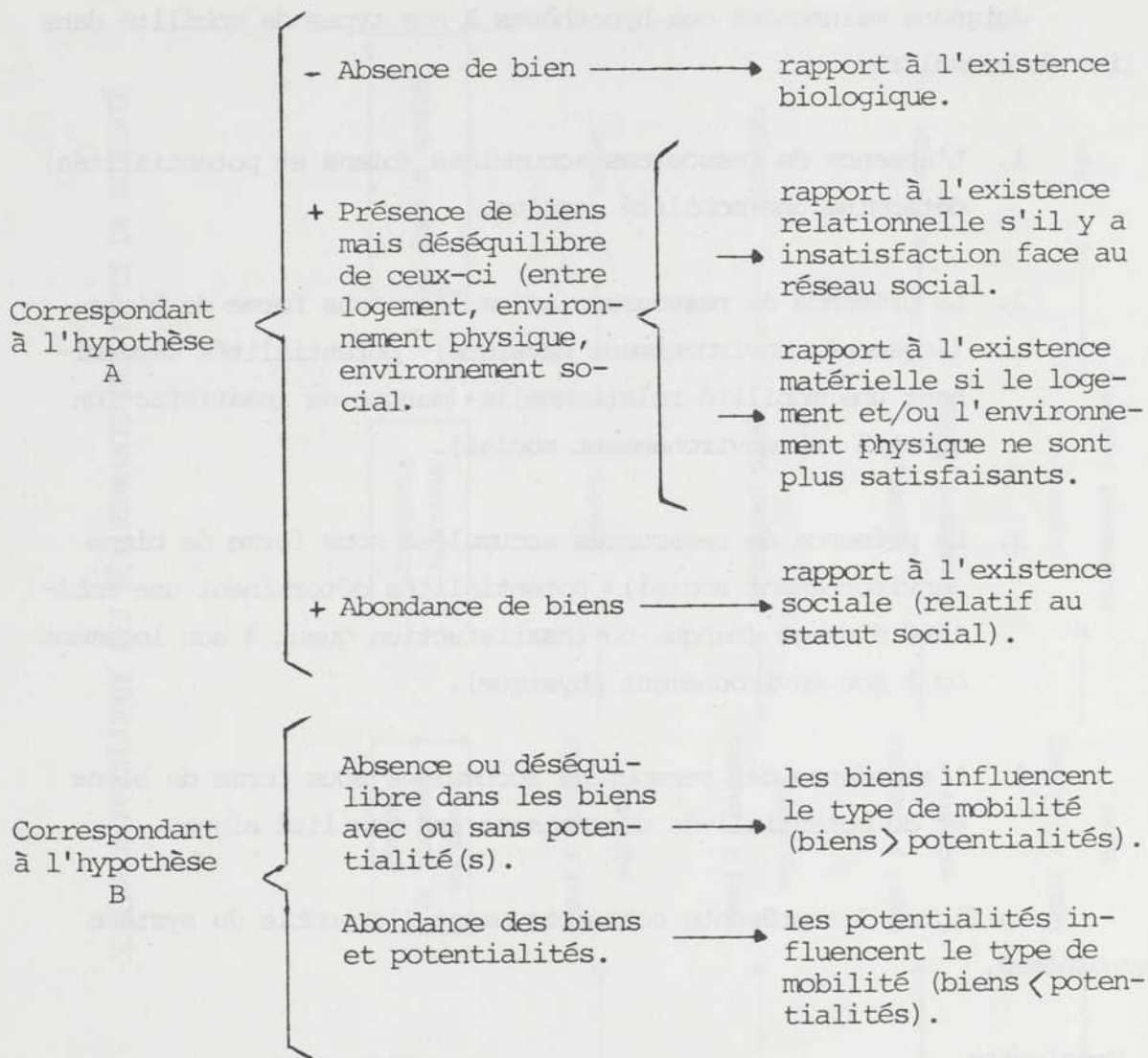
4.4.3 Le schéma théorique

Nous sommes partis de deux hypothèses générales:

- A. Le type de ressources accumulées sous forme de biens détermine le niveau d'orientation des besoins;
- B. la structure des ressources accumulées (composition des biens et des potentialités) détermine le type de mobilité.

Dans la description que l'on a faite de ces deux hypothèses, nous avons démontré que les niveaux de besoins de même que le type de mobilité étaient issus du type et de la structure des ressources accumulées de l'acteur, les biens accumulés étant les éléments qui créent le besoin et les potentialités, ceux qui entraînent l'action.

Voyons sous forme schématique, cinq hypothèses spécifiques correspondant aux deux hypothèses générales.



Joignons maintenant ces hypothèses à nos types de mobilité dans un lien de causalité.

1. L'absence de ressources accumulées (biens et potentialités) détermine une mobilité captive.
2. La présence de ressources accumulées sous forme de biens (logement, environnement physique) potentialités déterminent une mobilité relationnelle+(manque ou insatisfaction quant à son environnement social).
3. La présence de ressources accumulées sous forme de biens (environnement social)+ potentialités déterminent une mobilité d'usage (manque ou insatisfaction quant à son logement ou à son environnement physique).
4. L'abondance des ressources accumulées sous forme de biens et de potentialités déterminent une mobilité signe.

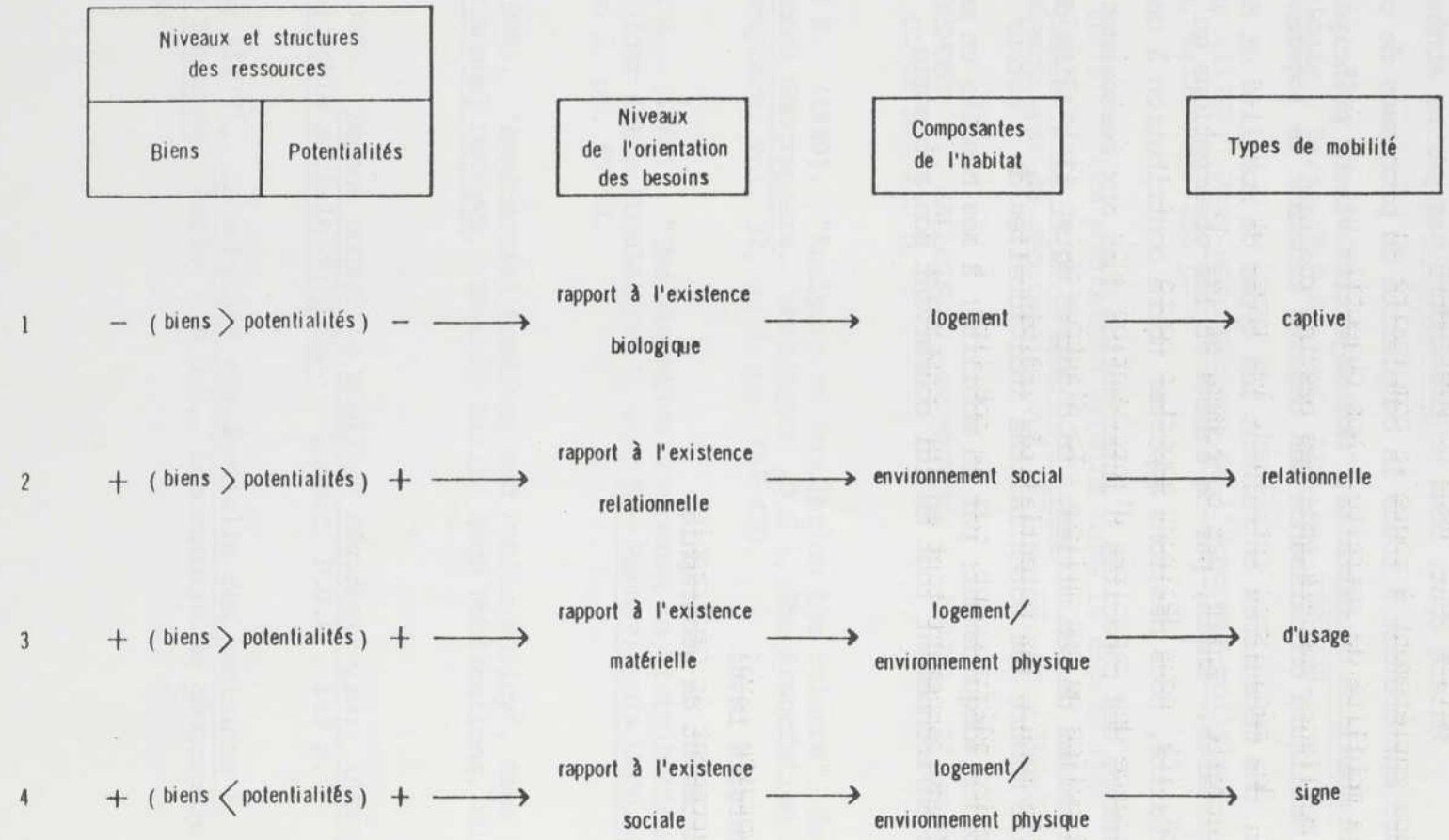
La figure 3 représente schématiquement l'ensemble du système d'hypothèses.

5. Conclusion

L'idée générale transmise par le schéma d'analyse se résume dans le postulat suivant: à la retraite une personne (ou un couple) se déplace dans l'espace à l'aide des moyens dont elle (ou il) dispose, afin de satisfaire l'un des besoins relatifs à son habitat; le type de mobilité qui en découle correspond au niveau auquel l'acteur se situe dans la hiérarchie des besoins.

FIGURE 3

SCHEMA HYPOTHETIQUE DES DETERMINANTS DES TYPES DE MOBILITE



Malgré tout, nous ne prétendons pas par ce schéma explicatif répondre entièrement à toute la complexité du processus de causalité qui entoure la mobilité de retraite. Nos objectifs visent principalement à acquérir une meilleure connaissance des besoins touchant le logement et l'environnement, des mécanismes entraînant les types de mobilité et des choix des lieux de retraite. Enfin, par ce schéma et les observations qu'il suscitera dans la réalité, nous désirons apporter notre contribution à une meilleure connaissance des capacités d'intervention dues aux ressources mêmes de l'acteur ou à celles de son milieu. En d'autres mots, il s'agira de déterminer dans quelle mesure les potentialités individuelles de l'acteur lui permettent de répondre adéquatement, par la mobilité, à ses besoins en matière de logement et d'environnement tout en lui conservant son autonomie.

Université Laval

Département de géographie

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOU, Paul (1975). "Sur le concept de besoin", dans Cahiers introduction de sociologie. Paris, P.U.F., vol. LIX, pp. 197-328.
- BEAUDRILLARD, Jean (1972). Pour une critique de l'économie politique du signe. Paris, Gallimard, 268 p.
- BERNIER, Bernard (1978). "Les phénomènes urbains dans le capitalisme actuel", dans Les Cahiers de géographie du Québec. Québec, Université Laval, Département de géographie, vol. 22, no 56, pp. 189-216.
- BERTRAND, M.J., FREMONT, A., GALLAIS, J. et METTON, A. (1979). L'espace vécu. Paris, C.N.R.S., 275 p.
- BIRDSALL, Stephen S. (1980). "Analysis of Population Age Balance", dans The Professional Geographers. Washington (D.C.), The Association of American Geographers, vol. 32, no 4, pp. 467-470.
- BIRDSALL, Stephen S. (1980). "The Migration Component in Distributional Change Among Older Urban Populations", dans The Pennsylvania Geographer, vol. XVIII, no 2, pp. 45-58.
- CLARK, W.A.V. (1980). "Residential Mobility and Public Policy", dans Urban Affairs Annual Reviews. Beverly Hills, Sage Publications, vol. 19, 320 p.
- CLICHE, Pierre (1980). Espace social et mobilité résidentielle: introduction à la géographie sociale du Québec. Québec, P.U.L., 183 p.
- CRIBIER, Françoise (1977). La mobilité résidentielle des parisiens à l'heure de la retraite. Paris, C.N.R.S., Laboratoire de géographie humaine, 116 p.

- GOLANT, S.M. (1972). The Residential Location and Spatial Behavior of the Elderly. Chicago, University of Chicago, Department of Geography, 226 p.
- GOLANT, S.M. (1978). Location and Environment of Elderly Populations. Toronto, Haslsted Press, 214 p.
- GRAFF, T.O., WISEMAN, R.F. (1978). "Changing Concentrations of Older Americans", dans Geography Review. Etats-Unis, vol. 68, no 4, pp. 379-393.
- GUILLEMARD, A.M. (1972). La retraite: une mort sociale. Paris et La Haye, Mouton, 303 p.
- GUTOWSKI, Michael (1979). The Graying of Suburbia. Washington (D.C.), The Urban Institute, 101 p.
- HERBERT, D.T., JOHNSTON, R.J. (1980). Geography and the Urban Environment. Toronto, John Wiley and Sons, vol. III, 417 p.
- KIROUAC, René (1980). "Le vieillissement de la population du Québec: analyse causale", dans Notes et Documents de Recherche, Québec, Université Laval, Département de géographie, no 14, 92 p.
- MARX, Karl (1969). Le capital. Paris, Garnier-Flammarion, Livre 1, 699 p.
- MILLAS, A.J. (1980). "Planning of the Elderly Within the Context of a Neighborhood", dans Ekistics. Miami, University of Miami, Coral Gables, vol. 47, no 283, pp. 264-273.
- MULLINS, P. (1973). "Neighborhood Perception and Effects of Forced Residential Mobility", dans Australian and New Zealand Journal of Sociology. Brisbane, University of Queensland, Department of Anthropology and Sociology, vol. 9, no 2, pp. 45-48.

- PELLETIER, Pierre (1980). Les migrations intra-urbaines et l'émergence des banlieues centrifuges de la ville de Québec: essai de morphologie urbaine. Québec, Université Laval, Département de géographie, 151 p. 2 annexes. Thèse de maîtrise (M.A.) non publiée.
- RICHARD, Michel (1980). Besoins et désir en société de consommation. Lyon, Chronique sociale de France, col.. Synthèse, 221 p.
- RUBENSTIEN, J.M. (1980). "Displacement of Elderly Residents from Revitalizing Inner-City Neighborhoods", dans Gerontologist. Miami, Department of Geography, vol. 20, no 5, p. 191.
- STONE, L.O., FLETCHER, S. (1980). A Profile of Canada's Older Population. Montréal, L'Institut de Recherches Politiques, 119 p.
- TURCOTTE, Geneviève (1980). "Différenciation sociale et accessibilité à l'espace neuf", dans Etudes et Documents. Montréal, I.N.R.S.-Urbanisation no 18, 121 p.
- VILLENEUVE, Paul-Y., GAGNON, Yvan (1975). "Allométrie de l'affectation des sols urbains au Québec", dans Les Cahiers de Géographie de Québec. Québec, Université Laval, Département de géographie, vol. 19, no 48, pp. 489-503.
- VILLENEUVE, Paul-Y. et al. (1978). "Indicateurs sociaux pour la population âgée du Québec: Schéma conceptuel", dans Indicateurs sociaux. Québec, Ministère des Affaires Sociales, Coll. Indicateurs sociaux, Projet Doris, Document no 5, 277 p.
- WISEMAN, Robert F. (1978). Spatial Aspects of Aging. Washington, Association of American Geographers, Resource Papers for College Geography, no 78-4, 43 p.
- ZAY, Nicolas (1981). Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale. Québec, P.U.L., 767 p.

LE 51e CONGRES DE L'ASSOCIATION CANADIENNE
POUR L'AVANCEMENT DE LA SCIENCE
(A.C.F.A.S.) ET LE COLLOQUE SUR
LA RECHERCHE GERONTOLOGIQUE

Par Denis Carrier, secrétaire

Encore cette année, l'Association québécoise de gérontologie était bien représentée lors du Congrès de l'A.C.F.A.S. qui s'est tenu à l'Université du Québec à Trois-Rivières du 25 au 27 mai 1983. On dénombra 2 000 personnes inscrites au Congrès.

Du mercredi matin au vendredi midi, 19 présentations impliquant une trentaine de chercheurs ont été faites à la section gérontologique. Si le nombre de participants (environ 75) fut moindre que l'an passé (95), on peut dire que les présentations furent plus nombreuses et remarquables, tant par leur qualité que leur diversité. En effet, le nombre des communications proposées obligea les organisateurs à répartir les exposés sur deux jours et demi, au lieu d'une journée et demie comme l'an passé.

Les exposés abordaient des sujets aussi divers que l'architecture et la santé bucco-dentaire. Comme thème majeur, on retient les recherches portant sur l'organisation des services communautaires: à titre d'exemple, on peut mentionner les réseaux de supports naturels, le bénévolat, le centre de jour, la préparation à la retraite, l'organisation de services professionnels, etc. Quant aux recherches axées sur le milieu institutionnel, on remarqua des sujets orientés sur la qualité de vie du bénéficiaire, sur l'amélioration des soins infirmiers ainsi que l'adaptation à l'entrée en hébergement.

Les travaux de la section se terminèrent par une table ronde sur la recherche en gérontologie animée par madame Louise Lévesque, présidente du comité de recherche, secondée par messieurs Nicolas Zay et Denis Carrier. Une analyse préliminaire des questionnaires reçus dans le cadre de la recherche entreprise par ce comité permit de lancer la discussion, à partir des vœux exprimés par les chercheurs sur l'avenir de la recherche en gérontologie. Monsieur Zay parla des politiques de recherche, madame Lévesque, des thèmes et programmes et Denis Carrier, des mesures souhaitées.

Les échanges furent fructueuses et laissèrent entrevoir des tables rondes encore plus animées lorsque le rapport final du comité sera déposé. Ce fut l'occasion pour les membres du comité d'apprendre de la part d'un participant, qu'une démarche semblable a été entreprise l'an passé par l'Association ontarienne de gérontologie. C'est donc dire que nous ne sommes pas les seuls préoccupés par le développement de la gérontologie.

Le Congrès de l'A.C.F.A.S. se termina par une assemblée générale où l'Association québécoise de gérontologie était représentée par monsieur Raymond Champagne qui, incidemment, était responsable de l'organisation de la section gérontologie. Au nom du Conseil d'administration, nous tenons à le remercier pour la qualité de son travail.

Philosophie

Le loisir idéal selon Sénèque:
la retraite féconde, par Jean-
Louis Paré 20

Pré-retraite

L'influence des activités de
pré-retraite sur l'adaptabilité
du retraité à son nouveau mode
de vie, par Raymond Champagne 22

Psychologie

Séréotypes de la population qué-
bécoise envers les personnes âgées,
par Raymond Champagne et Lyse Frenette 27

Influence de l'insertion de la personne
âgée, dans un milieu scolaire, sur son
niveau de dépression et d'anxiété, par
Anne Doucet 29

Sociologie

Les perspectives d'avenir des personnes
âgées, par L. Bouffard 30

Etude comparative de deux groupes de
personnes âgées dont l'un fréquente
un centre de jour et l'autre demande
son admission à ce centre, par L.
Brissette et V. Morin 31

Le cycle de la vie familiale, par
Johanne Gagnon 32

La mobilité résidentielle de retraite:
une approche théorique, par René Kirouac 34

SOMMAIRE

Présentation	7
<u>Administration</u>	
Evaluation des critères du partage des ressources du MAS, élaboration et modélisation stratégique et im- plantation pour les foyers d'accueil dans la région 01, par Berthe A. Lambert	9
<u>Architecture</u>	
La gérontologie à l'école d'architecture, par Zbigniew Jarnuskiewicz	30
<u>Art dentaire</u>	
Principales caractéristiques de la santé bucco-dentaire des personnes âgées. Sug- gestions en vue de son amélioration, par J.M. Brodeur, P. Simard, D. Kandelman et Y. Lepage	40
<u>Bénévolat</u>	
Le bénévolat: un lien entre des personnes âgées et la communauté, par Lucie Martin et Margaret C. Kiely	50
<u>Intergénération</u>	
L'Ecole: Carrefour des Générations, par Marie-Claude Denis	73



1. The number of specimens collected during the trip was 100. The material was collected in the mountains of the Sierra Nevada, California, during the month of July, 1910.

2. The specimens were collected by the following persons: J. R. Carpenter, J. H. Henshaw, and J. H. Henshaw. The specimens were collected in the mountains of the Sierra Nevada, California, during the month of July, 1910.

3. The specimens were collected in the mountains of the Sierra Nevada, California, during the month of July, 1910. The specimens were collected by the following persons: J. R. Carpenter, J. H. Henshaw, and J. H. Henshaw.

4. The specimens were collected in the mountains of the Sierra Nevada, California, during the month of July, 1910. The specimens were collected by the following persons: J. R. Carpenter, J. H. Henshaw, and J. H. Henshaw.

5. The specimens were collected in the mountains of the Sierra Nevada, California, during the month of July, 1910. The specimens were collected by the following persons: J. R. Carpenter, J. H. Henshaw, and J. H. Henshaw.

6. The specimens were collected in the mountains of the Sierra Nevada, California, during the month of July, 1910. The specimens were collected by the following persons: J. R. Carpenter, J. H. Henshaw, and J. H. Henshaw.

7. The specimens were collected in the mountains of the Sierra Nevada, California, during the month of July, 1910. The specimens were collected by the following persons: J. R. Carpenter, J. H. Henshaw, and J. H. Henshaw.











Les Publications de l'ACFAS

Les Annales de l'ACFAS

(Comptes rendus des communications présentées aux congrès de l'ACFAS) de 1935 à 1984 (vol. 1 à 50).

Interface: la revue de l'ACFAS (trimestriel)

Les Cahiers de l'ACFAS

1. Les contraintes au développement du Moyen-Nord (1979)
2. La thérapeutique de l'obèse adulte (1979)
3. Le comportement moteur du déficient mental (1979)
4. Dix ans de recherche québécoise sur la littérature française (1980)
5. La recherche gérontologique au Québec (1980) (épuisé)
6. L'entrepreneurship et la P.M.E. au Québec (1980) (épuisé)
7. Biologie du vieillissement: approches cellulaires et moléculaires (1981)
8. Stratégies de conservation de l'eau en Sagamie (1981)
9. Étude et répression des mauvaises herbes (1981) (épuisé)
10. L'ACFAS à travers 50 congrès (1982)
11. Recherches sur le troisième âge (1982)
12. Études supérieures et recherches en ingénierie: Concertation et coordination (1982)
13. La recherche gérontologique au Québec (1982)
14. De la science au musée (1983)
15. Confessionnalité et pluralisme dans les écoles du Québec: Les principaux enjeux du débat (1983)
16. Crise économique, transformations politiques et changements idéologiques (1983)
17. L'aménagement au Québec: Inventaire et affectation des ressources (1983)
18. La charte canadienne des droits et libertés (1983)
19. Philosophie et éducation (1984)
20. L'étudiant(e) universitaire à l'heure de l'informatique (1984)
21. La sidérurgie dans l'optique du Québec (1984)
22. Être femme de science (1984)
23. Les ressources humaines et la croissance économique (1984)
24. Recherches en gérontologie (1984)