HV
1654
.C3
no.5

5

Cahiers de l'ACFAS

La recherche gérontologique au Québec

9714

Compte rendu du colloque

LA RECHERCHE GERONTOLOGIQUE AU QUEBEC

tenu au 48e Congrès de l'ACFAS,

Université Laval, 15-16 mai 1980,

en collaboration avec

l'Association québécoise de gérontologie

Editeur: Nicolas Zay

Les Cahiers de l'ACFAS, numéro 5, 1980

Les Cahiers de l'ACFAS

Déjà parus dans la même collection:

1. Les contraintes au développement du Moyen-Nord.

2. La thérapeutique de l'obèse adulte.

3. Le comportement moteur du déficient mental.

4. Dix ans de recherche québécoise sur la littérature française.

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

Prix: $5.00

HQ
1064
Q8C65

Dépôt légal:

Bibliothèque nationale du Canada, 1er trimestre 1981
Bibliothèque nationale du Québec, 1er trimestre 1981

D8103294

SOMMAIRE

Présentation..... 3

Le support social comme médiateur des effets néfastes de nombreux changements de vie chez la personne âgée, par *Richard Savaria*..... 5

Veuvage et mariages tardifs, par *Judith Stryckman*..... 37

Les effets du relogement des personnes âgées:
La problématique, par *Marc-André Delisle*..... 59
Les effets psychologiques et sociaux, par *Lucie Bélanger*..... 67

Adaptation des personnes âgées en établissement: utilisation et évaluation d'un modèle d'intervention, par *Louise Lévesque, Danielle D'Amour et Hélène Lévesque-Barbes*..... 77

La condition de la femme âgée au Québec, par *Louise Dulude*..... 91

Problématique de la crise de la retraite, par *Gilles Plamondon et Louis Plamondon*..... 103

L'apport de la psychologie à la gérontologie, par *René L'Ecuyer*..... 121

Une perspective anthropologique en gérontologie, par *Ellen Corin*.....153

L'apport de la sociologie, par *Verena Bernardin-Haldemann*.....193

La contribution de la démographie à la gérontologie, par *André Lux*..... 211

L'état de la recherche et le développement de l'enseignement en gérontologie, par *André Beaudoin*..... 223

La recherche au service de l'intervenant, par *Lise Bélanger*..... 235

Qui est responsable de la recherche en gérontologie? par *Hubert de Ravinel*..... 247

La recherche gérontologique au Québec, par *Roger Murray*..... 261

Commentaires et synthèse, par *Nicolas Zay*..... 275

PRESENTATION

On trouvera dans les pages qui suivent les communications présentées au Colloque sur l'état de la recherche gérontologique au Québec. Organisé en collaboration avec l'Association québécoise de gérontologie, à l'occasion du 48e Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, ce colloque est une sorte de première dans son genre au Québec; son but a été de promouvoir le dialogue et la collaboration entre chercheurs qui s'intéressent aux aspects psychosociaux du vieillissement et à la condition du troisième âge. Ce secteur de recherche relativement nouveau est en pleine effervescence et le moment est venu de faire le point. Lieu de convergence de plusieurs disciplines, la gérontologie sociale et son développement cohérent dépendent des échanges de vues entre chercheurs, d'une part, entre producteurs et usagers de travaux de recherche, d'autre part.

Les exposés, chevauchant les uns sur les autres, peuvent être rangés en trois catégories: études et projets en voie d'élaboration, contributions par différentes disciplines à l'avancement de la gérontologie et aspects méthodologiques et organisationnels des activités

de recherche. Ils sont suivis d'un résumé qui se veut une première tentative de synthèse.

Nous ne prétendons nullement avoir réussi à faire le tour de la question, ni approfondi, comme nous l'aurions souhaité, les questions méthodologiques, d'une importance pourtant cruciale au stade actuel de nos connaissances. Il n'en reste pas moins que l'enthousiasme des participants nous encourage à persévérer dans la voie que nous nous étions tracée.

Nos remerciements vont à tous ceux qui ont contribué au succès du Colloque, aux membres du comité d'organisation, aux présidents de séance et, plus particulièrement, aux conférenciers qui ont bien voulu partager avec nous le fruit de leur expérience et de leur savoir.

LE SUPPORT SOCIAL COMME MEDIATEUR DES EFFETS NEFASTES DE NOMBREUX CHANGEMENTS DE VIE CHEZ LA PERSONNE AGEE

Richard Savaria, Hôpital Cité de la Santé, Laval

La vulnérabilité de l'être humain à la maladie a fait l'objet de nombreuses recherches. A cet effet, on a souvent considéré l'hypothèse d'une relation entre des événements "stressants" qui peuvent bouleverser la vie d'un individu et la maladie. L'approche théorique de Holmes et Rahe (1967; 1969) a permis de mieux clarifier cette question. Ainsi, ces chercheurs ont porté leur analyse sur l'impact créé par ces changements de vie perturbants; et, ils ont ainsi introduit une Echelle de Mesure de la Réadaptation Sociale. En somme, ils soutiennent que le nombre de ces changements de vie, peu importe leur caractère favorable ou défavorable pour un individu, a une influence déterminante sur sa santé physique ou mentale. Malgré la tendance positive des résultats obtenus avec cet instrument, nombre de chercheurs (Dohrenwend, 1973; Rahe, 1972a), b) Roskies et al., 1975, 1976) constatent que la quantité de changements de vie auxquels est soumis un individu n'explique que partiellement sa vulnérabilité à la maladie. Il semble donc raisonnable de croire qu'il y a d'autres facteurs en jeu dont la valeur explicative est négligée.

Dans cette veine, on a longtemps supposé qu'un facteur comme le support social peut jouer un rôle majeur lorsqu'un individu connaît une période de troubles ou de crises; par contre, la discussion à ce sujet s'est déroulée au niveau de l'anecdote ou de la discussion de cas. Depuis quelques années, de nombreux chercheurs (Gore, 1973; Kaplan et al., 1973) ont par ailleurs commencé à faire le point des différentes observations relevées dans la littérature à propos de cette notion d'appui social. Tout récemment, une étude majeure de Cobb (1976) a contribué d'une façon appréciable à attirer l'attention des chercheurs sur cette notion. Cette analyse lui a ainsi permis de définir ce concept dans les termes suivants: le support social est de l'information qui amène un individu à croire qu'il est aimé, estimé et membre d'un réseau social où il y a réciprocité entre les membres. Cobb y souligne aussi le rôle de médiateur qu'exerce un appui social lorsqu'un individu affronte des événements perturbants comme l'hospitalisation, le veuvage et la retraite, pour n'en citer que quelques-uns. Il conclut par ailleurs que les effets bénéfiques d'un appui social se font surtout ressentir dans ces circonstances.

Malgré l'abondance des données empiriques portant sur l'un ou l'autre de ces facteurs, i.e. quantité de changements de vie et support social, on constate qu'il y a peu d'étude qui ait tenté de les combiner pour mieux expliciter la vulnérabilité de l'être humain à la maladie. Il est fort possible que l'absence d'un instrument adéquat de mesure de l'appui social, compa-

rable à l'Echelle de Mesure de la Réadaptation Sociale, en soit une cause principale. A cet effet, le but de cette étude consiste précisément à combler ce vide de la recherche, d'abord en construisant un tel instrument, puis en examinant l'interaction de ces deux facteurs dans un échantillon de personnes âgées.

La population des personnes âgées apparaît privilégiée pour les fins de cette recherche. En effet, l'organisme âgé est à une phase de son existence où il doit affronter un nombre élevé de changements de vie majeurs tant sur les plans psychologique et sociologique que biologique (Birren et al., 1963; Palmore, 1974), changements qui ont, pour la majorité, une connotation négative. En plus de ces conditions de vie difficiles, il n'a plus la même vigueur qu'autrefois pour s'adapter à ces nombreux changements (Shock, 1974; Selye, 1970), et ses opportunités d'un appui social s'estompent à mesure qu'il vieillit, la mort faisant des ravages parmi amis, parents, conjoint.

Ces considérations nous amènent d'ailleurs à formuler deux hypothèses principales. D'abord, on postule que les effets bénéfiques d'un support social se feront ressentir seulement en période de multiples changements de vie; dans ces conditions, les sujets âgés disposant d'un appui social fort seront moins vulnérables à la détresse psychologique que ceux possédant un faible appui social. Par contre, lorsqu'il y a peu de changements, on suppose qu'il n'y aura pas de différence significative entre les premiers et les seconds sur le plan de la vulnérabilité à la

détresse psychologique.

Si les résultats obtenus dans le cadre de cette étude s'avèrent significatifs, on pourra certes en tirer des implications pratiques très utiles qui permettront de combler des besoins précis de cette catégorie de la population. De plus, sur le plan théorique, il sera avantageux d'utiliser cette même stratégie pour identifier d'autres groupes dans la population qui sont très vulnérables à la détresse psychologique.

Contexte théorique et expérimental

La vulnérabilité de l'être humain à la maladie a fait l'objet de nombreuses recherches. A cet effet, on a longtemps supposé qu'il y a une relation entre des changements majeurs bouleversant la vie d'un individu et la maladie; par contre, on avait peu d'informations sur le type de changement de vie le plus pathogène, son mécanisme d'opération pour déclencher la maladie et les individus qui y sont les plus vulnérables. Cette situation a d'ailleurs donné lieu à différentes approches de ce problème. Ainsi, certains chercheurs ont préféré examiner les effets néfastes d'un seul événement "stressant" sur l'individu, comme le veuvage (Parkes, 1972); d'autres ont plutôt porté leur attention sur les personnes qui sont les plus vulnérables à ces changements et ils ont dressé à cet effet des profils de leur personnalité (Rosenman et al., 1964; Schmale, 1972); enfin, d'autres chercheurs ont adopté une approche rétrospective pour déterminer les changements de vie les plus souvent associés à une

maladie précise (Paykel, 1974). L'introduction d'une Echelle de Mesure de la Réadaptation Sociale (Holmes et Rahe, 1967; Rahe, 1972a, 1972b) a apporté une solution nouvelle et simple à ce problème très complexe.

1. Quantité de changements de vie et vulnérabilité à la maladie

En effet, Holmes et Rahe soutiennent qu'une accumulation excessive de changements dans une période de temps relativement courte rend l'organisme humain plus vulnérable à la maladie, surtout si le nombre de changements dépasse les capacités adaptatives de celui-ci. Aussi n'accordent-ils que peu d'attention au caractère favorable (comme un mariage) ou défavorable (comme le décès d'un ami) d'un changement pour l'individu.

De façon plus précise, ils proposent que tout événement ou changement qui survient dans la vie d'un individu exige une adaptation et que chaque organisme humain possède ses limites d'adaptation. Quand le nombre de changements de vie (peu importe qu'ils soient favorables ou non) dépasse ces limites, il en résulte frustration, énergie physique et mentale mal utilisée, diminution de la résistance du corps, tous des facteurs susceptibles d'augmenter la probabilité de maladie, autant physique que mentale chez un individu.

Mettant l'emphase sur le nombre de changements de vie auxquels est exposé un individu et sur sa mesure objective, ils ont construit à cet effet leur instrument, l'Echelle de Mesure de la Réadaptation Sociale. Cette échelle vise d'ailleurs à mesurer l'impact exercé sur un individu par une série d'événements variant en

qualité, en intensité et en fréquence; ainsi, elle aborde au total quarante-trois (43) événements variant du banal (vacances) au tragique (décès du conjoint), du désirable (mariage) à l'indésirable (congédiement), du fréquent (changements dans les habitudes alimentaires) au rare (emprisonnement). Pour déterminer la quantité d'adaptation nécessitée par chacun de ces changements, ils ont soumis cette liste de quarante-trois (43) items à plusieurs groupes de sujets d'âge, de classe sociale, de religion et de race différentes. De cette façon, ils ont assigné une valeur numérique à chaque événement. On peut donc connaître rapidement par un score global (exprimé en unités de changements de vie) la quantité de changements auxquels est soumis un individu.

L'introduction de cette échelle de mesure a suscité un énorme intérêt parce qu'elle apportait une nouvelle perspective à l'étude de la vulnérabilité de l'être humain à la maladie. Ainsi, nombre de chercheurs (Bieliauskas et Webb, 1974; Rahe, 1972b; Roskies et al., 1975; 1976) ont montré qu'il y a, d'une part, une corrélation positive mais assez faible, de l'ordre de .20 entre la quantité de changements et la maladie physique et, d'autre part, une corrélation de l'ordre de .35, entre la quantité de changements et la présence de symptômes psychiatriques (Dohrenwend, 1973; Roskies et al., 1975, 1976).

Malgré la tendance positive de ces résultats, on constate donc que le nombre de changements n'explique qu'un faible pourcentage de la vulnérabilité à la

maladie des sujets examinés. L'examen des principales critiques adressées à cette position théorique souligne d'ailleurs ses limites et ses faiblesses.

Utilisant l'approche de Holmes et Rahe dans une étude sur la dépression, Paykel (1974) constate que les changements de vie énumérés dans cette échelle n'ont pas tous la même valeur explicative. En effet, classifiant ceux-ci en fonction de leur caractère favorable ou défavorable pour un individu, il remarque que c'est notamment l'accumulation de ces derniers qui prédisent le mieux la dépression. Dans la même veine, il note que les sujets déprimés mentionnent un plus grand nombre d'événements qui réfèrent à une perte, i.e. décès d'un proche membre de la famille, qu'un groupe contrôle de sujets. Dans une autre recherche portant sur la vulnérabilité à la maladie d'immigrants portugais au Québec, Roskies et al. remarquent que ce sont principalement les changements affectant la vie personnelle et la famille qui sont les plus pathogènes. D'autres études sur le suicide, l'alcoolisme et l'anxiété (Gersten et al., 1974; Theorell, 1975; Vinokur et Selzer, 1975) soulignent que les événements n'ont pas tous le même impact sur un individu et que certains sont plus critiques pour le développement d'un type précis de pathologie. Par exemple, une personnalité obsessive apparaît vulnérable à tout changement qui implique une modification de sa routine.

Caplan (1975) reproche aussi à cette position théorique d'exclure la perception subjective du sujet face aux événements qu'il vit. En effet, d'autres

chercheurs constatent que les changements de vie sont perçus différemment en fonction de l'âge, du sexe, et de la maturité du sujet (Lowenthal et al., 1974). Ainsi, on note qu'un jeune adulte est plus vulnérable à tout changement qui affecte sa famille et son rôle de père; puis, à mesure qu'il vieillit, il est plutôt vulnérable à tout événement qui touche son travail.

En somme, l'approche de Holmes et Rahe n'explique qu'une partie de ce problème de la vulnérabilité de l'être humain à la maladie. Si plusieurs individus sont capables d'affronter de multiples changements de vie et d'éviter quand même la maladie, on peut donc supposer l'intervention d'un ou de plusieurs autres facteurs dans une telle situation. A cet effet, on a examiné la littérature pour trouver de nouvelles solutions. Une récente étude critique de Cobb (1976) sur le rôle de médiateur qu'exerce un support social en période de crise nous est apparu très prometteur dans le cadre de cette étude.

2. Le concept de support social

En effet, on a longtemps supposé qu'un support social peut jouer un rôle majeur en période de crise; par contre, la discussion à ce sujet en est resté plutôt au niveau de l'histoire de cas. Depuis quelques années, plusieurs chercheurs (Gore, 1973; Kaplan et al., 1973) ont par ailleurs tenté de faire une synthèse des différentes observations à ce sujet. Tout récemment, une étude majeure de Cobb (1976) a défini ce concept et précisé son rôle. Selon ce

chercheur, le support social se définit comme de l'information qui amène un individu à croire qu'il est aimé, estimé et valorisé, et enfin, qu'il fait partie d'un réseau social quelconque où il y a réciprocité entre membres. La relation intime entre deux personnes, comme le mariage, s'avère cette situation privilégiée où un individu peut constater qu'il est aimé. Cobb l'identifie au support émotif. Diverses situations sociales donnent l'occasion à un individu de s'affirmer par ses actions et, ainsi de recevoir un support tangible d'estime et d'appréciation (par exemple, le travail). Enfin, de nombreuses associations ou groupements peuvent fournir un appui social appréciable s'il y a communication et obligation mutuelle entre les membres. Cobb remarque que nombre de chercheurs (Angyal, 1965; Antonovsky, 1974; Fromm, 1955; Weiss, 1969) ont abordé l'un ou l'autre de ces différents types de support social sans toutefois les soumettre à une analyse systématique.

En examinant la littérature à ce sujet, il constate que le support social paraît exercer un rôle de médiation en présence de crises ou d'événements perturbants. En effet, note-t-il, c'est seulement dans ces circonstances que l'individu ressent les effets bénéfiques d'un appui social. Aussi, son étude souligne qu'un appui social facilite l'adaptation à ces crises en allègeant les effets néfastes de celles-ci, et que ce rôle apparaît crucial durant toute la vie d'un être humain, de sa naissance à sa mort. Plusieurs études appuient par ailleurs ce point de vue.

Ainsi, lors de l'apprentissage de l'entraînement à la toilette, l'enfant qui bénéficie du support émotif de sa mère maîtrise plus rapidement cette tâche de son développement qu'un autre enfant qui en est privé (Stein et Susser, 1967). Dans la même veine, des parents chaleureux et attentifs favorisent durant la croissance du jeune enfant une meilleure adaptation de celui-ci aux crises typiques de l'adolescence (Thuwe et Forssman, 1966).

D'autres études portant sur des situations de crise comme l'hospitalisation (Leigh et al., 1972; Mather et al., 1974), la retraite (Gore, 1973) ou le veuvage (Parkes, 1972) décrivent les effets bénéfiques d'un appui social dans ces circonstances. Ainsi, dans le premier cas, on remarque qu'un support social adéquat va davantage inciter un patient à accepter un traitement médical et à se soumettre aux conseils de son médecin. Aussi, lors de la retraite ou du veuvage, on note que les effets défavorables de ces crises sur la santé physique paraissent amoindris si l'individu reçoit un support d'un réseau social quelconque. Cobb souligne d'ailleurs qu'un appui social est le plus bénéfique dans ces occasions.

Enfin, une récente étude de Brown et al. (1975) portant sur la vulnérabilité des femmes en milieu urbain à la détresse psychologique indique qu'une relation intime avec un confident peut atténuer les effets néfastes de multiples changements de vie. Le confident se définit comme une personne, généralement de sexe opposé, avec qui on peut avoir une relation intime, empreinte de confiance et de réciprocité.

En effet, étant exposées à un plus grand nombre de changements et de difficultés, les femmes de la classe ouvrière sont certes plus vulnérables à la détresse psychologique que leurs consoeurs de la classe moyenne. Par contre, plusieurs parmi les premières réussissent à échapper à la détresse psychologique. Les auteurs constatent que la présence d'un confident semble leur apporter une protection adéquate dans ces occasions.

3. Détresse psychologique des gens âgés

La population des personnes âgées constitue certes un groupe privilégié pour étudier de façon systématique l'interaction de ces deux facteurs de la quantité de changements de vie et du support social. En effet, la personne âgée est à une phase de son existence où elle affronte un grand nombre de changements qui ont, pour la majorité, une connotation négative. De plus, ses opportunités d'un appui social s'estompent peu à peu.

La détresse psychologique est d'ailleurs très grande chez les gens âgés. Diverses études (Birren et Woodruff, 1975; Busse et Pfeiffer, 1973; Gaitz et Scott, 1972; Klerman et Barrett, 1973) révèlent que l'incidence de la dépression, de même que le taux de suicide et de morbidité psychologique sont très élevés durant la vieillesse. On évalue ainsi le risque de dépression à 10% chez des individus âgés en bonne santé physique, alors qu'il peut atteindre 50% chez ceux qui souffrent de malaises physiques (Dovenmuehle et Verwoerdt, 1962).

Pour expliquer la vulnérabilité des gens âgés à la détresse psychologique, plusieurs chercheurs ont montré les effets néfastes exercés sur la santé mentale par certains événements perturbants typiques à la vieillesse, tels le veuvage (Atchley, 1972; Heyman et Gianturco, 1973; Parkes, 1972) ou la retraite (Guillemard, 1972).

D'autres, tels Amster et Krauss (1974) adoptant une approche rétrospective ont trouvé qu'une accumulation excessive de changements de vie durant la vieillesse rend un individu plus vulnérable à la détresse psychologique. Ainsi, ils ont relevé dans l'histoire de vie d'un groupe expérimental de vingt-cinq (25) femmes âgées souffrant d'un problème de santé mentale un grand nombre d'événements perturbants qui précèdent l'apparition de leurs symptômes psychiatriques.

Enfin, de nombreux chercheurs soulignent le rôle crucial que peut jouer un appui social durant la vieillesse. Dans cette veine, Lopata (1973) remarque qu'un solide appui social venant de l'environnement immédiat, i.e. la famille, favorise une meilleure adaptation psychologique au veuvage, lors des premiers mois de cette crise. Par ailleurs, Brown (1974), Rosow (1973), Towsend (1965) constatent que les gens âgés maintiennent des relations avec leur famille, qu'elles soient satisfaisantes ou non. Ces liens familiaux semblent être le dernier château-fort auquel ils s'accrochent. En cas de crises, ils peuvent ainsi y puiser support et protection. Cet appui social peut

aussi venir des parents, des amis et des voisins. A cet effet, il y a plusieurs études (Spreitzer et Snyder, 1974) qui indiquent un lien étroit entre le nombre de contacts sociaux et la santé mentale d'une personne âgée.

En considération de ce qui précède, on peut donc supposer que cette grande vulnérabilité des gens âgés à la détresse psychologique s'explique à la fois par le nombre élevé de changements de vie qu'ils doivent affronter, changements qui ont pour la majorité une connotation négative, et par les moins grandes opportunités d'un appui social. En effet, les informations indiquant à un individu âgé qu'il est aimé, estimé et membre d'un réseau social où il y a réciprocité entre les membres (comme Cobb définit l'appui social) deviennent moins disponibles pour celui-ci; ainsi, lors de la retraite, il doit abandonner un milieu de travail qui lui procurait bien souvent un support social très tangible. Autour de lui, la mort fait des ravages parmi ses parents et ses amis, atteignant même son conjoint.

Le but de cette étude est donc de combiner ces deux facteurs du support social et de la quantité de changements de vie pour mieux expliciter la vulnérabilité des gens âgés à la détresse psychologique.

Hypothèses

En considération de ce qui précède, on formule les trois hypothèses suivantes:

1. Parmi les sujets âgés exposés à un nombre élevé de changements de vie et de crises, ceux qui

disposent d'un appui social fort seront moins vulnérables à la détresse psychologique que ceux qui possèdent un faible appui social.

2. Parmi les sujets âgés exposés à peu de changements de vie et de crises, il n'y aura pas de différence significative sur le plan de la vulnérabilité à la détresse psychologique entre ceux qui disposent d'un appui social fort et ceux qui possèdent un faible appui social.

3. Parmi les sujets exposés à un nombre élevé de changements de vie et de crises, l'existence d'autres ressources, matérielles ou personnelles, ne saura compenser pour le manque d'appui social.

METHODOLOGIE

1. Echantillon

Un projet d'Initiatives Locales, subventionné par le Gouvernement Fédéral en 1974-75 et appelé Projet Trait d'Union, a recensé la population des personnes âgées de soixante-cinq (65) ans et plus, résidant sur le territoire du Montréal-Métropolitain, zone Nord. Ce projet de recensement était une étape préliminaire en vue de la mise sur pied d'un Centre de jour pour gens âgés de cette région de Montréal. Lors de ce recensement, 6 000 personnes âgées furent contactées dont 2 400 acceptèrent de se soumettre à un questionnaire explorant les besoins de cette catégorie de la population. On choisira au hasard un échantillon sélectif de 200 sujets parmi ces dernières. A cet effet, le Centre de Jour mettra à notre disposi-

tion une liste des noms de ces personnes, de même que les questionnaires auxquels ils ont déjà répondu et des informations pertinentes sur leurs ressources matérielles et personnelles qui seront fort utiles lors de l'analyse des résultats.

Le schème expérimental sera conçu de façon à permettre a) une étude systématique de l'interaction des deux variables indépendantes, définies comme le nombre de changements de vie auxquels est exposé un individu, et la sorte d'appui social dont il dispose, et b) une analyse de leur influence respective sur la variable dépendante, soit la détresse psychologique.

A cet effet, on manipulera en deux étapes successives chacune de ces variables indépendantes afin de répartir les deux cents choisis initialement en quatre groupes égaux mais distincts. D'abord, on départagera également les sujets qui sont exposés à un grand nombre de changements de ceux qui sont exposés à peu de changements. Puis, à l'intérieur de chacun de ces deux premiers groupes, on départagera une seconde fois les sujets qui disposent d'un appui social fort de ceux qui possèdent un faible support social. On utilisera la médiane des deux cents sujets à l'une ou l'autre épreuve portant sur ces variables indépendantes comme critère de division. On réfère à la figure 1 pour une illustration du schème expérimental.

Lors de la sélection initiale des 200 sujets, on apportera une attention particulière à certaines variables. Ainsi, on ne choisira que des sujets dont l'âge varie entre soixante-cinq (65) et soixante-quinze (75)

Figure 1

Répartition des 200 sujets selon le nombre de changements de vie et l'appui social

NOMBRE DE CHANGEMENTS DE VIE	APPUI SOCIAL: Fort	APPUI SOCIAL: Faible
Beaucoup	n 50	n 50
Peu	n 50	n 50

ans. En effet, plusieurs études (Abrahams et al., 1975; Edwards et al., 1973) indiquent qu'il est difficile d'examiner des gens âgés de soixante-quinze (75) ans et plus parce qu'ils présentent un nombre élevé de symptômes gériatriques. Aussi, on sélectionnera seulement des sujets possédant un statut socio-économique moyen ou élevé. Pour établir ce dernier facteur, on considérera le type d'emploi occupé avant la retraite. Les recherches (Spreitzer et Snyder, 1974) démontrant une relation étroite entre la maladie mentale et un statut socio-économique peu élevé chez la personne âgée justifient notre décision d'exclure ce type de sujets. Enfin, on ne choisira que des sujets autonomes et en bonne santé physique. A cet effet, on leur demandera une question sur la façon dont ils perçoivent leur santé: "Concernant votre santé physique,

diriez-vous qu'elle est excellente, bonne, médiocre ou mauvaise?" Tous les sujets qui percevront leur santé physique comme médiocre ou mauvaise seront exclus de cette étude. D'ailleurs, plusieurs chercheurs (Bull et Aucoin, 1975; Storandt et al., 1975) considèrent cette évaluation subjective de la santé physique comme un critère valable et efficace pour contrôler cette variable.

2. Instruments de mesure

On utilisera trois instruments dans cette recherche. Le premier servira à mesurer le nombre de changements de vie auxquels un individu âgé est soumis; le second établira le support social dont il dispose; enfin, le dernier évaluera sa détresse psychologique en déterminant le nombre de symptômes psychiatriques.

2.1 Instrument pour mesurer le nombre de changements de vie

A cet effet, on emploiera le même instrument qu'Amster et Krauss (1974), soit l'Echelle Gériatrique de la Réadaptation Sociale (E.G.R.S.) mais, en lui apportant quelques modifications pour le rendre plus efficace.

L'instrument de ces chercheurs (E.G.R.S.) est d'ailleurs assez similaire à celui bien connu de Holmes et Rahe, i.e. l'Echelle de Mesure de la Réadaptation Sociale, si l'on exclut les quelques modalités apportées pour mieux l'adapter à une population de personnes âgées. Parmi celles-ci, on note l'addition de quelques items, comme la retraite et le veuvage,

qui sont plus typiques à ce stade de la vie. Aussi, on relève une transformation des unités de réadaptation sociale relatives à chaque changement. Ce travail a été fait par un comité d'experts en gériatrie et en gérontologie; et, il a permis d'améliorer la validité de l'instrument auprès d'une population de personnes âgées.

Comme le soulignent Amster et Krauss, leur instrument comporte plusieurs avantages; ainsi, il s'adresse exclusivement à des gens âgés, ce qui est un atout non négligeable pour les fins de cette étude. De plus, sur le plan statistique, la validité et la consistance de cet instrument paraissent bien établies. Enfin, affirment leurs auteurs, il se corrige rapidement et s'administre sans instructions trop complexes pour le sujet âgé, tout en couvrant un éventail assez large et complet des changements susceptibles de survenir durant la vieillesse.

Malgré tout, cet instrument s'expose aux mêmes critiques que celles adressées à l'Echelle de Holmes et Rahe (à ce sujet, voir Paykel, 1974; Caplan 1975). Pour remédier à ces faiblesses et accroître l'efficacité de l'instrument de Amster et Krauss, on ajoutera notamment les deux dimensions suivantes: d'abord, pour chaque changement énuméré, on demandera au sujet sa perception subjective, i.e. "Ce changement vous a-t-il paru facile ou difficile à surmonter?"; puis, on lui demandera d'évaluer lui-même le montant de perturbation relatif à chaque changement, i.e. "En vous servant du mariage comme point de comparaison, diriez-

vous que les autres changements nécessitent plus ou moins de réadaptation que l'événement du mariage. Si l'on suppose que le mariage vaut 50 points en termes de réadaptation, essayez de préciser votre jugement en assignant une valeur numérique à chaque changement?" Avec ces modalités, on obtiendra donc une évaluation objective et subjective des changements de vie subis par un sujet âgé, ce qui permettra une meilleure analyse des données.

Le choix de l'intervalle de temps le plus propice pour mesurer ces changements donne lieu à une grande controverse dans la littérature. On note d'ailleurs que cet intervalle de temps peut couvrir une journée ou même trois ans, selon les chercheurs et l'approche méthodologique utilisée (Holmes et Holmes, 1970; Rahe et al., 1969; Theorell et Rahe, 1971). Comme ce choix apparaît plutôt arbitraire, on considèrera seulement les changements qui sont survenus durant les douze (12) derniers mois précédant le moment de l'entrevue. La consigne sera donnée au sujet en ces termes: "Durant la dernière année, avez-vous été exposé aux changements suivants?"

2.2 Instrument pour mesurer le support social

Cobb (1976) définit le support social comme de l'information qui amène un individu à croire qu'il est aimé, estimé et membre d'un réseau de communication et d'obligation mutuelle. La majorité des échelles de mesure en gérontologie sociale portent exclusivement sur la quantité de cette information et aucune en

explore la qualité. Pour pallier à cette lacune, on a donc élaboré un instrument qui vise à identifier le nombre et la qualité des contacts sociaux d'un individu, cela autant dans sa vie quotidienne qu'en période de difficultés. Ainsi, plus ces contacts sociaux sont nombreux et de qualité, plus un individu possède ce type d'information dont parle Cobb.

La première section de notre instrument porte sur les contacts sociaux auxquels donne lieu la vie de tous les jours; à cet effet, les cinq premiers items évaluent le nombre et la source des contacts personnels ou téléphoniques d'un individu avec son environnement immédiat, soit les voisins, les amis, les parents, les enfants et les membres d'une organisation sociale dont il fait partie. Les deux items suivants explorent la qualité de ces échanges. On appliquera une échelle de correction de trois (3) points aux cinq (5) premiers items pour déterminer la quantité de ce type d'information; et, on en évaluera la qualité en demandant simplement au sujet s'il est satisfait ou non de ces contacts.

La seconde partie de l'instrument aborde les échanges intimes d'un individu avec une personne lorsqu'il a une difficulté quelconque. Ce type d'échange social l'informe d'ailleurs qu'il est aimé et s'avère très utile dans ces circonstances. Très peu de chercheurs ont exploré ce type d'information, i.e. support émotif; Brown et al., (1975), Lowenthal et Haven (1968) sont les seuls, à notre connaissance, qui aient tenté d'évaluer de façon systématique l'importance d'une relation intime et stable pour l'être

humain. La difficulté de traduire en termes opérationnels le concept de relation intime explique sans doute le peu d'intérêt des chercheurs. Les premiers définissent le confident comme une personne, généralement de sexe opposé, avec qui on peut avoir une relation intime, empreinte de confiance et de réciprocité. Pour les fins de notre étude, on a adopté cette définition et une approche similaire à celle de Brown et al., pour évaluer ce type d'échange social. A cet effet, les réponses aux quatre (4) derniers items permettront de classifier le sujet dans l'une des quatre (4) catégories suivantes: a) relation intime et stable avec le conjoint, b) relation intime avec une personne autre que le conjoint, i.e. parent ou ami, que l'on voit une fois la semaine, c) relation intime avec une personne autre que le conjoint, i.e. parent ou ami, que l'on voit moins d'une fois la semaine et, d) aucune relation intime.

Pour distinguer un appui social fort d'un appui social faible, on utilisera deux critères: a) le nombre et la qualité des échanges quotidiens avec l'environnement immédiat et, b) le type de relation intime dont dispose un individu. Ainsi, on considèrera qu'un sujet possède un appui social fort s'il a un grand nombre de contacts quotidiens qu'il perçoit comme satisfaisants, et s'il fait partie de l'une des deux premières catégories de relation intime décrites ci-haut. On établira que le support social est faible pour tous les sujets qui ne se conformeront pas à ces exigences.

Certains critères pratiques ont guidé la construction de cet instrument. Comme on s'adresse à des gens âgés qui peuvent se fatiguer rapidement, il a donc fallu que les items de l'instrument soient faciles à comprendre et intéressants. En raison du caractère exploratoire de cet instrument, on le soumettra à un pré-test sur un échantillon de personnes âgées en vue de déterminer son efficacité à discriminer la sorte de support social dont dispose un individu.

2.3 Instrument pour évaluer la détresse psychologique

La version abrégée du Questionnaire Général sur la Santé, élaborée par Goldberg (1972) servira à évaluer le niveau de détresse psychologique d'un sujet. Cet instrument s'avère original et différent des autres échelles connues sur la santé mentale parce qu'il évite l'emploi des termes et des catégories cliniques traditionnels et qu'il ne considère pas la pathologie associée à la psychose. De plus, il ne requiert pas de spécialiste en sciences du comportement pour son administration; et, il a fait l'objet de nombreuses études pour sa facilité de compréhension et de clarté, et sa fidélité. On a préféré choisir la version abrégée (trente items) de ce questionnaire pour éviter tout excès de fatigue fort possible chez des sujets âgés; d'ailleurs, la version originale comprend 140 items. Cet instrument se corrige rapidement. En effet, chaque item comporte quatre choix possibles auxquels correspond une échelle numérique de quatre (4) points, pour un score maximum

possible de 120 points, i.e. chaque voix vaut 1, 2, 3 ou 4 points selon l'échelle de correction. Un score élevé à ce Questionnaire signifie donc qu'un individu est en proie à une grande détresse psychologique, sans toutefois préciser le diagnostic dans son cas. Selon les directives de cet instrument, le sujet complète lui-même l'épreuve. On modifiera cette procédure; ainsi, l'examinateur lira chaque item afin d'avoir le plus d'informations possibles de la part du sujet, et aussi pour préserver la spontanéité de la relation, ce qui est très important dans le cas de sujets âgés.

Déroulement de l'expérience

Au préalable, on fera un pré-test de l'instrument de mesure de l'appui social dans un échantillon de vingt-cinq (25) personnes âgées fréquentant le Centre de Jour Trait d'Union et on apportera les corrections si nécessaires à l'instrument pour le rendre le plus efficace possible.

On examinera chaque sujet individuellement à son domicile et toutes les entrevues se dérouleront dans la plus grande intimité possible. D'abord on le contactera par téléphone pour fixer avec lui un moment approprié de rencontre. Comme la méfiance est très grande chez ces gens, une secrétaire du Centre Trait d'Union habituée au contact avec eux se chargera de cet appel téléphonique. Elle présentera cette recherche comme une prolongation du Projet Trait d'Union auquel ils ont déjà participé. La collaboration de cet organisme sera certes nécessaire

pour calmer les craintes de certains individus. En vue de maintenir l'intérêt et la coopération du sujet, on administrera ces trois épreuves dans une seule session qui durera un maximum de quatre-vingt-dix (90) minutes.

Quatre étudiants inscrits à un cours sur la psychologie de la vieillesse seront choisis comme examinateurs. Quelques sessions d'entraînement leur permettront de se familiariser avec les instruments. Durant la période des entrevues, on exercera un contrôle sur le déroulement de celles-ci en plaçant des appels téléphoniques au hasard au domicile des sujets. De plus, à chaque semaine, on examinera les protocoles de chaque examinateur pour y déceler des erreurs possibles. Comme les entrevues avec un examinateur de sexe opposé à celui du sujet peuvent susciter certaines difficultés (comme l'ont démontré nombre de recherches en gérontologie), toutes les entrevues se feront entre examinateur et sujet de même sexe. Pour éviter les conséquences variées des saisons sur la santé (toutes spécialement prononcées dans un climat comme celui de Montréal), les entrevues se dérouleront durant une période de deux mois.

Traitement statistique

On utilisera la moyenne et l'écart-type comme statistiques descriptives. De façon spécifique, l'analyse de la variance avec décomposition orthogonale de la somme intergroupe déterminera l'influence

respective des deux variables dépendantes (la quantité de changements de vie et la sorte d'appui social) sur la variable indépendante (la détresse psychologique). La statistique "r" de Pearson et la corrélation multiple serviront aussi à l'analyse des résultats.

Bibliographie

ABRAHAMS, J. and ASSOCIATES, 1975. Gerontological Research in Psychology Published in the Journal of Gerontology, 1963-1974: Perspectives and Progress. Journal of Gerontology, 30, (6).

AMSTER, L.E. and H.H. KRAUSS, 1974. The Relationship Between Life Crisis and Mental Deterioration in Old Age. International Journal of Aging and Human Development, 5, (1), 51-55

ANGYAL, A., 1965. Neurosis and Treatment: A Holistic Theory. (Edited by E. Hanfmann and R.M. Jones), New York: Wiley.

ANTONOVSKY, A., 1974. Conceptual and Methodological Problems in the Study of Resistance Resources and Stressful Life Events. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend, eds, Stressful Life Events: Their Nature and Effects, New York: Wiley, Chap. 15.

ATCHLEY, R.C., 1972. The Social Forces in Later Life. Belmont: Wadsworth.

BIELIAUSKAS, L.A. and J.T. WEBB, 1974. The Social Readjustment Rating Scale: Validity in a College

Population. Journal of Psychosomatic Research, 18, (2), 115-123.

BIRREN, J.E. et al., 1963. Human Aging: A Biological and Behavioural Study. Washington: U.S. Government Printing Office.

BIRREN, J.E. and D. WOODRUFF, 1975. Aging, Scientific Perspectives and Social Issues. New York: D. Van Nostrand Co.

BROWN, A.S., 1974. Satisfying Relationships for the Elderly and their Patterns of Disengagement. The Gerontologist, 14, (3), 258-262.

BROWN, G.S., M. BHROLCHAIN and T. HARRIS, 1975. Social Class and Psychiatric Disturbance among Women in an Urban Population. Sociology, 9, 225-254.

BULL, C.N. and J.B. AUCOIN, 1975. Voluntary Association Participation and Life Satisfaction: A Replication Note. Journal of Gerontology, 30, (1), 73-76.

BUSSE, E.W. and E. PFEIFFER (eds), 1973. Mental Illness in Later Life. Washington: American Psychiatric Association.

CAPLAN, R.D., 1975. A Less Heretical View of Life Change and Hospitalization. Journal of Psychosomatic Research, 19, (4), 247-250.

COBB, S., 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine, 38 (5).

DOHRENWEND, B.S., 1973. Life Events as Stressors: A Methodological Inquiry. Journal of Health and Social Behaviour, 14, 167-175.

DOVENMUEHLE, R.H. and A. VERWOERDT, 1962. Physical Illness and Depressive Symptomatology. Journal of American Geriatrics Society, 10, 932-947.

EDWARDS, K. and D.L. KLEMMACK, 1973. Correlates of Life Satisfaction: A re-examination. Journal of Gerontology, 28, (4), 497-502.

FROMM, E., 1955. The Sane Society. New York: Rinehart.

GAITZ, C. and J. SCOTT, 1972. Age and the Measurement of Mental Health. Journal of Health and Social Behavior, 13, 55-67.

GERSTEN, J.C., T.S. LANGNER, J.G. EISENBERG and L. ORZECH, 1974. Child Behaviour and Life Events: Undesirable Change or Change per se. In B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend, eds, Stressful Life Events: Their Nature and Effects, New York: Wiley, Chap. 10.

GOLDBERG, D.P., 1972. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London: Oxford University Press.

GORE, S., 1973. The Influence of Social Support and Related Variables in Ameliorating the Consequences of Job Loss. Doctoral Dissertation, University of Pennsylvania.

GRANEY, M.J. and E.E. GRANEY, 1974. Communications Activity Substitutions in Aging. Journal of Communication, 24, (4), 88-96.

GUILLEMARD, A.-M., 1972. La retraite: une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite. Paris: Mouton.

HEYMAN, D.K. and D.T. GIANTURCO, 1973. Long-Term Adaptation by the Elderly to Bereavement. Journal of Gerontology, 28, (3), 359-362.

HOLMES, T.S. and T.H. HOLMES, 1970. Short-Term Intrusions into the Life Cycle Routine. Journal of Psychosomatic Research, 14, (2), 121-132.

HOLMES, T.H. and R.H. RAHE, 1967. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218.

KAPLAN, G.H., J.C. CASSEL and S. GORE, 1973. Social Support and Health. Paper presented at the meeting of the American Public Health Association.

KLERMAN, G.L. and J.E. BARRETT, 1973. The Affective Disorders: Clinical and Epidemiological Aspects. In S. Gershon & B. Shopsin, eds, Lithium: Its Role in Psychiatric Treatment and Research, New York: Plenum Press.

LEIGH, H., M.A. HOFER, J. COOPER and M.S. REISER, 1972. A Psychological Comparison of Patients in "Open" and "Closed" Coronary Care Units. Journal of Psychosomatic Research, 16, (6), 449-457.

LOPATA, H., 1973. Widowhood in an American City. Cambridge, Mass.: Schenkman.

LOWENTHAL, M.F., M. THURNHER, D. CHIRIBOGA and ASSOCIATES, 1974. Four Stages of Life: A Comparative Study of Women and Men Facing Transitions. San Francisco: Jossey-Bass.

LOWENTHAL, M.F. and C. HAVEN, 1968. Interaction and Adaptation: Intimacy as a Critical Variable. In B.L. Neugarten, ed., Middle Age and Aging. A Reader in Social Psychology, pp. 390-400. Chicago: The University of Chicago Press.

MATHER, H.G., 1974. Intensive Care. Br. Med. J., 2, (5914), 322.

PALMORE, E. (ed.), 1974. Normal Aging II: Reports from the Duke Longitudinal Studies, 1970-73. Durham, N.C.: Duke University Press.

PARKES, C.M., 1972: Bereavement. New York: International University Press.

PAYKEL, E.S., 1974. Recent Life Events and Clinical Depression. In E.K. Gunderson & R.H. Rahe, eds, Life Stress and Illness, Springfield: Charles C. Thomas, Chap. 5

PFEIFFER, E. and E.W. BUSSE, 1973. Mental Disorders in Later Life. In E.W. Busse & E. Pfeiffer, eds, Mental Illness in Later Life, pp. 107-144. Washington: American Psychiatric Association.

RAHE, R.H., 1972a. Subjects' Recent Life Changes and their Near-Future Illness Susceptibility. Advances in Psychosomatic Medicine, 8, 2-19.

RAHE, R.H., 1972b. Subjects' Recent Life Changes and their Near-Future Illness Reports. Annals of Clinical Research, 4, (5), 250-265.

RAHE, R.H., E.K. GUNDERSON and R.J. ARTHUR, 1969. Life Stress and Illness Patterns in the U.S. Navy III Prior

Life Change and Illness Onset in an Attack Carrier's Crew. Arch. Environ. Health, 19, (5), 753-757.

ROSENMAN, R.H., M. FRIEDMAN, R. STRAUSS, R. WURM, R. KOSITCHEK, W. HAHN and N.T. WERTHESSEN, 1964. A Predictive Study of Coronary Heart Disease: The Western Collaborative Group Study. Journal of the American Medical Association, 189, (1), 15-22.

ROSKIES, E., M.L. IIDA-MIRANDA and M.G. STROBEL, 1975. The Applicability of the Life Events Approach to the Problem of Immigration. Journal of Psychosomatic Research, 19, (4), 235-240.

ROSKIES, E., M.L. IIDA-MIRANDA and M.G. STROBEL, 1976. Life Changes as Predictors of Illness in Immigrants. In C.D. Spielberger and I.G. Sarason, eds, Stress and Anxiety, vol. 4, Washington: Hemisphere Press.

ROSOW, I., 1973. The Social Context of the Aging Self. The Gerontologist, 13, (1), 82-87.

SCHMALE, A.H., 1972. Giving up as a Final Common Pathway to Changes in Health. Advances in Psychosomatic Medicine, 8, 20-40.

SELYE, H., 1970. Stress and Aging. Journal of American Geriatrics Society, 18, (9), 669-680.

SHOCK, N., 1974. Physiological Theories of Aging. In Rockstein et al., eds, Theoretical Aspects of Aging, New York: Academic Press.

SPREITZER, E. and E.E. SNYDER, 1974. Correlates of Life Satisfaction among the Aged. Journal of Gerontology, 29, (4), 454-458.

STEIN, Z. and M. SUSSER, 1967. Social Factors in the Development of Sphincter Control. Dev. Med. Child Neurol., 9, (6), 692-706.

STORANDT, M., I. WITTELS and J. BOTWINICK, 1975. Predictors of a Dimension of Well-being in the Relocated Healthy Aged. Journal of Gerontology, 30, (1), 97-102.

THEORELL, T., E. LIND and G. FLODERUS, 1975. Life Events and Prospective Near-Future Serious Illness with Special Reference to Myocardial Infarction. Laboratory for Clinical Stress Research, Sweden.

THEORELL, T. and R.H. RAHE, 1971. Psychosocial Factors and Myocardial Infarction: An In-Patient Study in Sweden. Journal of Psychosomatic Research 15, (1), 25-31.

THUWE, I. and H. FORSSMAN, 1966. One Hundred and Twenty Children Born After Application for Therapeutic Abortion Refused. Acta Psychiatr. Scand., (42), 71-88.

TOWNSEND, P., 1965. On the Likelihood of Admission to an Institution. In E. Shanas & G.F. Streib, eds, Social Structure and the Family, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

VINOKUR, A. and M. SELZER, 1975. Desirable Vs Undesirable Life Events: Their Relationship to Stress and Mental Distress. J. Pers. Soc. Psychol., 32, (2), 329-337.

WEISS, R.S., 1969. The Fund of Sociability. Transactions, 6, 36-43.

VEUVAGE ET MARIAGES TARDIFS

(Recherche subventionnée par l'Institut Vanier de la Famille et le Conseil canadien de recherches en sciences humaines)

Judith Stryckman, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval.

Vu l'intérêt général concernant la situation psychosociale des personnes âgées devenues veuves, nous avons cherché à définir les caractéristiques attitudinales et comportementales d'un échantillon de veufs et de veuves de la région sociosanitaire 03 (Québec et les alentours) particulièrement en ce qui concerne leur choix à vivre seuls, à se remarier ou à se mettre en ménage avec des pairs.

Etant donné le peu de recherches faites au sujet des remariages après veuvage, nous avons projeté de mener une étude plutôt exploratoire d'un design quasi-expérimental avec un nombre égal de représentants de chacun des styles de ménage divisés selon les sexes, âges et milieux. Ceci nous permet de faire des analyses statistiques plus valables. Nous ne cherchons donc pas à avoir un échantillon représentatif de la population en général (Campbell, 1968).

Notre recherche s'inscrit dans un cadre théorique développemental. Nous considérons l'individu comme un

acteur social ayant continuellement à développer et à adapter ses ressources physiques, psychologiques et sociales et à modifier son réseau de relations sociales en fonction des différentes étapes de la vie (Havighurst, 1972). Ceci constitue un genre de socialisation aux nouveaux rôles tels ceux de retraité, de parent sans enfants dépendants, de personne dite "du troisième âge" et particulièrement les rôles de veufs, veuves et remariés.

Nous nous sommes interrogés sur la façon de réagir à l'expérience d'un veuvage des personnes de 55 ans et plus à une époque de la vie où "l'avance en âge" peut commencer à se faire sentir avec tout ce que cela implique du point de vue santé, rôles sociaux, situation résidentielle, évolution psychologique. En particulier, nous avons voulu examiner les facteurs qui conditionnent le choix des veufs et veuves à vivre seuls, à se remarier ou à se mettre en ménage avec des pairs et les effets de ce choix dans la vie familiale et sociale des concernés.

Notre décision de centrer notre recherche sur le remariage et la cohabitation reflète le consensus général sur l'importance des relations interpersonnelles intimes jusqu'à la fin de la vie. Pourtant très peu d'études ont été consacrées au remariage se contentant plutôt de souligner les "avantages de l'état de marié" (les seules exceptions à notre connaissance sont celles de McKain, 1969 et quelques passages de Lopata, 1973 et 1979).

Comparés aux veufs et aux veuves, les marié(e)s ont un moral plus élevé (Heyman et Gianturco, 1973;

Gubrium, 1974; Lowenthal et Haven, 1968), un taux de mortalité moins élevé (Cox et Ford, 1974; Gove, 1973), ils restent plus actifs (Riley et Foner, 1968; Manney, 1975), ils ont des taux d'hospitalisation et de traitements psychiatriques moindres (Abel-Smith et Titmuss, 1956; Gove 1979[1]), leur sentiment de sécurité personnelle est plus fort et ils demandent aussi moins souvent leur entrée en hébergement collectif (Gurin, 1960; CRSSS-03, 1975).

Il reste pourtant vrai que la moitié des femmes ne sont plus mariées à 70 ans et que la majorité des hommes sont veufs avant 80 ans. La moitié de ces femmes peuvent s'attendre à vivre encore 15 ans, et un tiers encore 20 ans (Riley et Foner, 1968). L'espérance de vie des veufs est légèrement moindre, 13 ans à 65 ans. Pour un certain nombre de ces personnes, le remariage peut représenter un "ré-engagement" dans une nouvelle vie pour les années qui leur restent, leur permettant peut-être de jouir des avantages de l'état de marié cités plus tôt.

Il faut noter tout d'abord que le nombre des remariés est faible. Parmi toutes les personnes qui se marient aux Etats-Unis, seulement 1% des femmes et 2% des hommes ont plus de 65 ans. La quasi totalité

1. Dans son article récent, Gove indique un taux de traitements psychiatriques chez des veuves qui est légèrement plus bas que celui des femmes mariées. Ceci n'est cependant vrai que dans le cas des hôpitaux privés. Il reste vrai qu'en général, les mariés ont des taux de traitements psychiatriques plus bas que les veufs et veuves.

de ces remariages sont entre veufs et veuves (94%) (Treas et VanHilst, 1976). Des chiffres semblables ont été avancés dans une publication du Bureau de la Statistique du Gouvernement de Québec entre 1951 et 1965 (1969). Le taux de mariages des plus de 65 ans a augmenté de .2% entre 1951 et 1965 passant de .5% à .7%. Un élément qui explique ces faibles taux est la différence de longévité entre hommes et femmes. Il y a actuellement environ 1 million de veufs et veuves au Canada, 82% de ceux-ci sont des femmes et leur proportion est en train de s'accroître. En 1971, il y avait 4 veuves pour chaque veuf. En 1976, il y en avait 5 pour 1 (Statistique Canada, 1977, 1978).

Entre 1961 et 1971, le taux de remariage par 1 000 veufs au Canada s'est accru de 29.2 à 35.9 par année. Dans ce même intervalle, le taux de remariage des veuves a diminué de 11.2 à 10.5 (Matthews, 1980).

Malgré ces taux relativement faibles, une proportion de 30% des veufs et des veuves que nous avons interrogés ont exprimé l'intérêt de se remarier. Les variations selon le sexe du répondant sont à remarquer dans le tableau 2.

Pour notre exposé d'aujourd'hui, nous allons présenter des résultats de deux analyses des caractéristiques les plus significatives qui distinguent précisément ceux qui expriment l'intérêt de se remarier de ceux qui ne l'expriment pas. Nous incluons dans l'analyse la première section de l'échantillonnage, i.e. les veufs et les veuves vivant seuls N = 203.

TABLEAU 1

CRITERE GENERAL DE L'ECHANTILLONNAGE

SITUATION	URBAIN						RURAL					
	VEUFS			VEUVES			VEUFS			VEUVES		
Groupes d'âge	SEUL	RM*	COHAB**	SEUL	RM	COHAB	SEUL	RM	COHAB	SEUL	RM	COHAB
55-64	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
65-74	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
75	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

* Remarié
** Cohabitation avec ses pairs

TABLEAU 2

DESIR DE SE REMARIER PAR SEXE

	VEUFS	VEUVES
OUI	37%	22%
NON	62%	72%
NSP	1%	4%
REFUS	-	1%

TABLEAU 3

Coefficients canoniques standardisés

de la fonction discriminante

	lère analyse	
*Voir appendice A pour l'instrumentalisation des variables analysées.	.74	INTERET SEXUEL
	-.49	IMPOSSIBILITE
	-.26	PESSIMISME
	.22	EVALUATION
	-.21	ENFANTS
	.17	IDEALISATION

Ce type d'analyse appelé analyse discriminante, est utilisé pour rechercher les informations qualitatives ou quantitatives qui caractérisent le mieux les groupes définis par un même critère, ici, le désir exprimé de se remarier. Pour ce faire, nous avons choisi un ensemble de variables "discriminantes" qui mesurent les caractéristiques pour lesquelles nous croyons trouver des différences importantes entre nos deux groupes (Nie, N.H. et al, 1970).

Dans une première analyse, nous avons décidé d'inclure 12 variables:* a) trois d'ordre démographique général; le sexe, l'âge et le niveau de scolarité; b) trois classiques en gérontologie; le moral, la santé, le fait d'avoir des enfants ou pas; c) trois se référant à l'expérience conjugale antérieure; l'évaluation du premier mariage, l'idéalisation du conjoint décédé et l'expérience de la maladie terminale du conjoint; d) trois d'ordre attitudinal; l'attitude générale favorable ou défavorable au remariage (PESSIMISME) l'admission de la possibilité d'un bonheur égal au premier mariage dans un deuxième mariage (IMPOSSIBILITE) et l'intérêt sexuel.

Après 6 procédés "stepwise" d'inclusion et d'exclusion de ces facteurs selon leur importance dans l'explication de la variation dans l'intérêt des veufs et veuves de se remarier, nous avons obtenu un coefficient de corrélation canonique de .51 pour la fonction jugée statistiquement comme étant la combinaison de facteurs les plus discriminants. Leur ordre d'importance est indiqué au Tableau 3.

Les coefficients négatifs indiquent que la variable a joué dans le sens défavorable, par exemple, plus le sujet était d'accord avec la phrase exprimant l'IMPOSSIBILITE de retrouver dans un deuxième mariage un bonheur comparable à celui du premier, moins il voulait se remarier. Dans le même sens pour la variable PESSIMISME, plus il était pessimiste au sujet des remariages en général, moins il voulait se remarier. Quant à la variable ENFANTS, le fait de ne pas avoir d'enfants augmentait la probabilité de l'individu à vouloir se remarier.

On remarquera que les variables telles que le moral, la santé et l'âge n'ont pas de pouvoir discriminant chez les deux groupes et ne doivent pas être incluses dans la liste finale des variables qui forment la fonction discriminante.

Cette combinaison de variables nous permet d'expliquer 35% de la variance entre nos groupes. Sachant où se situe une personne par rapport à ces variables, nous pouvons prévoir son intérêt au sujet du remariage dans 75.93% des cas.

Dans une deuxième analyse, nous avons ajusté et élargi notre liste de variables discriminantes. Nous avions six blocs de variables: d'abord les variables démographiques, telles que âge, sexe et niveau de scolarité, deuxièmement, les variables se référant au mariage antérieur: l'évaluation du premier mariage, l'idéalisation du conjoint décédé et l'expérience de la maladie terminale du conjoint; troisièmement, les attitudes au sujet du remariage: le fait d'être

généralement non favorable au remariage (PESSIMISME), l'impossibilité d'un bonheur dans un deuxième mariage semblable au premier (IMPOSSIBILITE), et l'intérêt sexuel. Nous avons ajouté un quatrième bloc de variables contenues dans la variable composée du moral (jugé insignifiant dans la première analyse) mais que nous avons voulu mesurer individuellement: le sentiment d'être vieux et fatigué, l'impression que l'avenir pourrait promettre plus de bonheur pour l'individu (ça pourrait aller mieux), le fait de faire des projets pour l'avenir et la croyance que l'avenir pourrait amener des expériences intéressantes pour l'individu. Nous avons ajouté en plus quatre variables concernant les enfants, la fréquence des contacts avec eux (FRECTS), le nombre d'enfants masculins (NENFM) et féminins (NENFF) et une variable composée de la fréquence des contacts avec les enfants divisée par le nombre d'enfants (FRECTS REL.). Nous avons aussi ajouté deux variables d'ordre économique, une évaluation de la situation financière actuelle et une comparaison avec la situation financière d'il y a 20 ans. Et finalement nous avons créé deux variables d'un ordre temporel: l'âge au moment du veuvage (AGVG) et la durée du veuvage (DURVG).

Le Tableau 4 nous donne les résultats de l'analyse discriminante avec ces variables.

Cette combinaison de variables nous permet d'expliquer 55% de la variance entre nos groupes, ce qui est une nette amélioration par rapport à la lère analyse. Sachant où se situe une personne par rapport à ces

variables, nous pouvons prévoir son intérêt au sujet du remariage dans 79.15% des cas.

TABLEAU 4

Coefficients canoniques standardisés de la fonction discriminante

2ième analyse

.64	INTERET SEXUEL
-.40	FRECTS REL.
-.38	IMPOSSIBILITE
.23	EVALUATION
-.20	FRECTS
.19	IDEALISATION
-.19	PESSIMISME
.16	PROJETS

Interprétation

Il est intéressant de comparer le Tableau 3 et le Tableau 4. Le fait d'inclure les variables sur les contacts avec les enfants nous a permis d'avoir une image plus complète de la personne qui désire se remarier. D'abord, nous savons que son âge, son sexe, son niveau de scolarité, sa santé et son moral en général ne la différencient pas. En nous référant aux tableaux 3 et 4, nous voyons que l'intérêt sexuel est la variable la plus hautement significative dans les deux fonctions discriminantes. Nous avons abordé le sujet

de la sexualité avec nos interviewés malgré les fortes réticences de plusieurs collègues qui nous avertissaient que ce sujet tabou fera échouer plusieurs entrevues et que les personnes âgées ne voudraient absolument pas en discuter avec nous. Bien au contraire, ce sujet a rarement causé la moindre gêne et a même suscité une atmosphère de confiance chez plusieurs. Masters et Johnson (1966) ont bien démontré que la diminution des activités sexuelles, phénomène universellement observé au-delà d'un certain âge, est due à des facteurs psycho-sociaux bien plus qu'à des facteurs biologiques. Plusieurs personnes par après, ont élaboré sur le même thème (Pfeiffer et Busse, 1969; Manney, 1975; Sussman, 1972; Cavan, 1973) pour conclure que chez les adultes de tout âge, une vie sexuelle satisfaisante peut influencer de façon importante l'image de soi, et de son corps, ainsi que la capacité de s'engager dans des relations intimes avec d'autres.

Dans les tableaux, on voit que le fait d'avoir des enfants et la fréquence des contacts avec eux contribuent de façon négative au désir de se remarier. L'interprétation de ces résultats reste problématique. Est-ce que les contacts avec les enfants répondent si bien aux besoins de leurs parents âgés que ceux-ci n'ont pas besoin de penser au remariage ou est-ce que le fait d'être centrée sur la relation parent-enfant fige la personne âgée dans son rôle de parent, l'empêchant d'entrevoir la possibilité d'un remariage. Certaines études ont souligné le fait que les relations

avec les enfants et celles avec les pairs ne correspondent pas aux mêmes besoins chez l'individu (Cavan, 1963).

Un autre bloc de variables que nous voulons souligner particulièrement est celui qui se réfère au premier mariage, soit l'évaluation et l'idéalisation. Nous voyons que les deux contribuent positivement et de façon significative à faire une distinction entre nos deux groupes.

Au sujet de l'évaluation, Lopata (1979) a aussi trouvé que celui qui avait bien réussi dans un premier mariage (EVALUATION) aurait tendance à vouloir recommencer l'expérience. Nous avons trouvé le même genre de corrélation. Mais d'après Lopata (1979), l'idéalisation du conjoint décédé tendrait à éloigner les aspirants ou à rendre difficile la relation positive avec un deuxième conjoint.

Notre étude indique plutôt le contraire, c'est-à-dire que la personne qui idéalise son premier conjoint (mesuré par son degré d'accord avec la phrase "Mon conjoint était une personne exceptionnellement bonne") tend plutôt à vouloir se remarier.

Les deux variables IMPOSSIBILITE et PESSIMISME servent quasiment de test de consistance puisque leur lien logique avec le désir de se remarier est très fort.

Une dernière variable PROJETS (mesurée par accord ou désaccord avec la phrase "Je pense à certaines choses que je ferai dans un mois, dans un an") entre dans l'analyse comme 8ième en importance. Dans la première analyse, cet item a été inclus dans une variable composée

de 15 items que nous avons appelé MORALE. En tant que telle, cette variable composée n'a pas eu suffisamment de pouvoir discriminant pour être incluse dans la FONCTION DISCRIMINANTE. Cependant, pris à part, cet item semble avoir une certaine importance. La personne âgée qui entrevoit et qui fait des projets pour l'avenir est celle qui s'intéresse au remariage. Ce serait intéressant, suite à cette constatation, de savoir si le sentiment de maîtriser son avenir, que tant de gérontologues disent diminuer avec l'âge, existe plus précisément chez ceux qui osent faire des projets (Botwinick, 1969) qui vont jusqu'à penser au remariage.

Malgré la nature fragmentaire de ces premiers résultats, nous pensons qu'ils sont déjà assez révélateurs pour permettre une meilleure compréhension du choix des veufs et des veuves par rapport au remariage. Ils promettent aussi des analyses futures extrêmement intéressantes.

Bibliographie

ABEL-SMITH, B. & R.M. TITMUSS, 1956. The Cost of the National Health Service in England and Wales. London: CUP.

BOTWINICK, J., 1970. Disinclination to Venture Response versus Cautiousness in Responding: Age Differences. In E. Palmore, ed., Normal Aging, pp. 372-379. Durham: Duke University Press.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, 1969. Les mariages au Québec, 1951-1965. Québec.

CAMPBELL, D.T., 1968. Experimental Design: Quasi Experimental Design. In D.L. Sills, ed., International Encyclopedia of the Social Sciences, vol. 5. New York: McMillan Co. pp. 259-262.

CAVAN, R.S., 1962. Self and Role in Adjustment during Old Age. In A.M. Rose, ed., Human Behavior and Social Process, pp. 526-536. Boston: Houghton Mifflin.

CAVAN, R.S., 1973. Speculations on Innovations to Conventional Marriage in Old Age. Gerontologist, 13, (Winter), 409-411.

COX, P. & J.R. FORD, 1974. The Mortality of Widows Shortly after Widowhood. Lancet, 1, 163-164.

CRSSS-03, 1975. Pour une politique d'hébergement et d'hospitalisation chez la population âgée de la région socio-sanitaire de Québec. Québec.

GOVE, W.R., 1973. Sex, Marital Status and Mortality. American Journal of Sociology, 79, (1), 45-67.

GOVE, W.R., 1979. Sex, Marital Status and Psychiatric Treatment: A Research Note. Social Forces, 58, (1).

GUBRIUM, J.F., 1974. Marital Desolation and the Evaluation of Everyday Life in Old Age. Journal of Marriage and the Family, 36, (1), 107-113.

GURIN, G., J. VEROFF & S. FELD, 1960. American View their Mental Health: A Nationwide Interview Study. New York: Basic Books.

HAVIGHURST, R.J., 1972. Developmental Tasks and Education. New York: McKay.

HEYMAN, D.K. & D.T. GIANTURCO, 1973. Long Term Adaptation by the Elderly to Bereavement. Journal of Gerontology, 28, (3), 359-362.

LOPATA, H.Z., 1973. Widowhood in an American City. Cambridge, Mass.: Schenkman.

LOPATA, H.Z., 1979. Women as Widows: Support Systems. New York: Elsevier.

LOWENTHAL, M.F. & C. HAVEN, 1968. Interaction and Adaptation Intimacy as a Critical Variable. American Sociological Review, 33, (1), 20-30.

MANNEY, J.D., 1975. Aging in American Society. Ann Arbor: University of Michigan.

MASTERS, W.H. & V.E. JOHNSON, 1966. Human Sexual Response. Boston: Little, Brown.

MATTHEWS, A.M., 1980. Women and Widowhood. In V. Marshall, ed., Aging in Canada: Social Perspectives. Don Mills, Ont.: Fitzhenry & Whiteside.

McKAIN, W.C., 1969. Retirement Marriages. Storrs Agricultural Experiment Station, Mono. 3, University of Connecticut Press.

NIE, N.H. et al., 1975. SPSS: Statistical Package for the Social Sciences. New York: McGraw-Hill.

PFEIFFER, E. & E.W. BUSSE, eds, 1969. Behavior and Adaptation in Late Life. Boston: Little, Brown & Co.

RILEY, M.W. & A. FONER, 1968. Aging and Society. Vol. I. New York: Russell Sage Foundation.

STATISTICS CANADA, 1978. 1976 Census of Canada: Marital Status. Cat. 92. Ottawa.

STATISTICS CANADA, 1977. 1971 Census of Canada. Profile Studies: The Family in Canada. Cat. 99. Ottawa.

SUSSMAN, M.B., ed., 1972. Non-Traditional Family Forms in the 1970's. Minneapolis, Minn.: National Council on Family Relations.

TREAS, J. & A. VAN HILST, 1976. Marriage and Remarriage Rates Among Older American. Gerontologist, 16, (2), 132-136.

WOOD, L., 1978. Loneliness, Social Identity and Social Structure. Essence, 2, (4).

APPENDICE A

Instrumentation des variables analysées

SEXE

AGE

NIVEAU DE SCOLARITE. Question: "Combien d'années êtes-vous allé à l'école?"

MORAL. Question: "Je vais vous lire certains commentaires que des gens font sur la vie en général. Pour chacun, j'aimerais que vous me disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord."

1- En vieillissant, les choses vont mieux que je m'y attendais

2- Je suis au moins aussi heureux que lorsque j'étais plus jeune

3- Au cours de ma vie, j'ai eu généralement plus de chance que la plupart des gens que je connais

4- Je traverse présentement la période la plus triste de ma vie

5- Les choses que je fais sont aussi intéressantes qu'elles l'ont toujours été

6- Je vis actuellement les meilleures années de ma vie

7- Je me sens vieux (vieille) et fatigué (e)

8- Ma vie pourrait être plus heureuse qu'elle l'est maintenant

9- Quand je regarde ma vie passée, je suis plutôt satisfait (e)

10- Presque tout ce que je fais est ennuyant et monotone

11- Si je pouvais recommencer ma vie, je la referais de la même façon

12- Par rapport aux autres personnes de mon âge, je trouve que je parais vieux (vieille)

13- Je pense à certaines choses que je ferai dans un mois, dans un an

14- Quand je regarde ma vie passée, je trouve que je n'ai pas obtenu la plupart des choses que je voulais

15- Comparé aux autres, je me sens trop souvent déprimé

16- J'ai obtenu à peu près tout ce que j'attendais de la vie

17- Je trouve que je ne suis plus utile à personne

18- Je pense que l'avenir me réserve des expériences intéressantes

19- Aujourd'hui, les vieux sont vite mis sur les tablettes

Question: Dans l'ensemble, est-ce que vous diriez que vous êtes:

1- très heureux (se)
2- assez heureux (se)
3- pas très heureux (se)
4- plutôt malheureux (se)

SANTE SUBJECTIVE. Question: Actuellement, trouvez-vous que votre état de santé est:

1- excellent pour mon âge
2- très bon pour mon âge
3- assez bon pour mon âge
4- pas très bon
5- pas bon du tout

Diriez-vous que votre santé est meilleure ou pire que celle des autres personnes de votre âge?

1- bien meilleure
2- meilleure
3- comme celle de la plupart
4- moins bonne
5- beaucoup moins bonne

Est-ce que votre santé vous empêche de faire ce que vous trouvez normal pour une personne de votre âge?

1- très souvent
2- souvent
3- parfois
4- rarement
5- jamais

Par exemple:_____

Est-ce que l'état de votre santé vous déprime?

1- très souvent
2- souvent
3- parfois
4- rarement
5- jamais

Est-ce que les problèmes de santé que vous pourriez avoir dans l'avenir vous inquiètent?

1- très souvent
2- souvent
3- parfois
4- rarement
5- jamais

SANTE OBJECTIVE. Question: Niveau de fonctionnement

1) Pouvez-vous aller dehors? été? hiver?	seul	avec aide	pas du tout
2) Pouvez-vous monter et descendre les escaliers?	"	"	"
3) Pouvez-vous circuler dans votre demeure?	"	"	"
4) Pouvez-vous préparer vos repas?	"	"	"
5) Pouvez-vous vous laver complètement (le dos)?	"	"	"
6) Pouvez-vous vous habiller et mettre vos souliers?	"	"	"
7) Pouvez-vous couper vos ongles d'orteil?	"	"	"

ENFANTS _____ le fait d'avoir des enfants en vie ou pas

EVALUATION. Question: Malgré la peine que vous avez ressenti à la mort de votre (premier) conjoint, diriez-

vous que votre mariage était:

1- très heureux
2- heureux
3- plutôt malheureux
4- très malheureux
5- ne sait pas

EXPERIENCE DE LA MALADIE TERMINALE. Question: Comment avez-vous trouvé cette expérience?

1- pas très pénible
2- pénible
3- extrêmement pénible

IDEALISATION. Question: Maintenant, j'aimerais savoir comment vous avez vécu votre veuvage. Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord.

Mon conjoint était une personne exceptionnellement bonne

1- d'accord
2- + ou - d'accord
3- indécis
4- + ou - en désaccord
5- tout à fait en désaccord

PESSIMISME. Question: Beaucoup de veufs(ves) qui se remarient sont malheureux par la suite

1- d'accord
2- + ou - d'accord
3- indécis
4- + ou - en désaccord
5- tout à fait en désaccord

IMPOSSIBILITE. Question: Mon mariage précédent a été si heureux qu'un remariage ne pourrait pas l'égaler

1- d'accord
2- + ou - d'accord
3- indécis
4- + ou - en désaccord
5- tout à fait en désaccord

INTERET SEXUEL. Question: Est-ce que, étant jeune, vous aimiez avoir des relations sexuelles avec votre époux(se)

1- très souvent
2- souvent
3- parfois
4- rarement
5- jamais

SENTIMENT D'ETRE VIEUX(VIEILLE) ET FATIGUE(E)
Question: Je me sens vieux(vieille) et fatigué(e)

1- d'accord
2- désaccord
3- indécis

CA POURRAIT ALLER MIEUX
Question: Ma vie pourrait être plus heureuse qu'elle l'est maintenant

1- d'accord
2- désaccord
3- indécis

PROJETS POUR L'AVENIR. Question: Je pense à certaines choses que je ferai dans un mois, dans un an

1- d'accord
2- désaccord
3- indécis

FRECTS - fréquence de contacts avec les enfants (rencontres, appels téléphoniques ou lettres)

FRECTS REL - FRECTS divisé par nombre d'enfants en vie

EVALUATION DE LA SITUATION FINANCIERE ACTUELLE

Question: Comment décririez-vous votre situation financière actuelle?

1- je n'arrive pas à m'en tirer
2- j'ai le minimum
3- j'ai juste assez
4- je suis à l'aise
5- je suis très à l'aise

COMPARAISON AVEC LA SITUATION FINANCIERE D'IL Y A 20 ANS

Question: Est-ce que vous trouvez que votre situation financière actuelle est moins bonne, identique ou meilleure que celle d'il y a une vingtaine d'années?

1- moins bonne
2- identique
3- meilleure

AGE AU MOMENT DU VEUVAGE

DUREE DU VEUVAGE

_____ _____ _____

LES EFFETS DU RELOGEMENT DES PERSONNES AGEES

(Recherche subventionnée par le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada et le Ministère des Affaires sociales du Québec)

Lucie Bélanger et Marc-André Delisle, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval

1- LA PROBLEMATIQUE (M.-A. Delisle)

La construction d'habitations à loyer modique (HLM) pour personnes âgées est une politique sociale et comme telle, elle s'inscrit dans un processus historique (Bryden, 1974). Pour mieux comprendre la signification sociale de cette politique, nous avons essayé d'en retracer l'origine. Comme grille d'interprétation des faits historiques, nous avons utilisé les hypothèses de Cowgill et Holmes, 1972, portant sur les relations entre l'évolution des sociétés et celle des conditions de vie des personnes âgées.

Cowgill et Holmes ont étudié quatorze collectivités différentes qu'ils ont choisies en fonction de leur degré de modernisme. Le modernisme était évalué à partir d'un certain nombre d'indicateurs sociaux, tels l'industrialisation, l'urbanisation, le degré de développement de la technologie, etc. Leurs conclusions concernant la situation des personnes âgées sont les

suivantes:

- plus les collectivités sont modernes, plus la longévité est grande. Dans les pays industrialisés, le taux de mortalité est plus bas et l'espérance de vie est plus élevée. En conséquence, les populations de ces nations sont plus vieilles et comptent une plus forte proportion de gens âgés;

- plus les sociétés sont modernes, plus les personnes âgées ont tendance à vivre en marge de la vie sociale. Les gens âgés des sociétés technologiquement avancées se retirent relativement tôt et sont peu nombreux à détenir des postes importants dans les institutions économiques, politiques et culturelles;

- cette situation leur vaut un statut socio-économique inférieur. Dans les pays industrialisés, les personnes âgées sont plus pauvres et ont moins de pouvoir que leurs compatriotes d'âge moyen;

- enfin, la modernisation s'accompagne d'un transfert de la famille vers l'Etat de la charge des personnes âgées les plus démunies. Alors que, dans les pays les moins développés, les vieillards demeurent avec leur famille jusqu'à leur mort, même quand ils sont impotents, dans les nations les plus avancées technologiquement, l'Etat s'occupe très tôt d'eux. Il leur donne une aide financière d'abord, puis les héberge et les soigne par la suite, si nécessaire.

Ces constatations ont été faites dans une perspective synchronique. Nous nous sommes demandé si elles pouvaient être interprétées de façon diachronique, c'est-à-dire, si on pouvait tirer les mêmes conclusions à partir de l'histoire des conditions de vie des person-

nes âgées du Québec.

Les informations que nous avons pu tirer des documents consultés (Poulin, 1954, 1956a et 1956b; Martin et Rioux, 1971; Linteau, Durocher et Robert, 1979) corroborent, dans leur ensemble, les hypothèses de Cowgill et Holmes.

Ainsi, en ce qui concerne l'aspect démographique, il est exact que la longévité augmente au Québec, que la population vieillisse et que les personnes âgées soient de plus en plus nombreuses. A titre d'exemple, l'espérance de vie est passée de 39.7 ans pour les hommes et 41.9 ans pour les femmes, en 1831 (Desjardins et Légaré, 1977), à 69.1 ans pour les hommes et à 76.5 ans pour les femmes en 1976, d'après le dernier recensement canadien. De même, les personnes âgées constituaient à peine 3.8% de la population du Québec, en 1871, contre 7.7% en 1976 (d'après les mêmes sources).

D'autre part, dans le Québec traditionnel, les personnes âgées ne se désengageaient pas de la vie sociale et demeuraient actives tant qu'elles le pouvaient. Sous le Régime français, le vieux dont les forces déclinaient s'adjoignait un de ses fils avec qui il partageait les recettes de la ferme. Il continuait donc, en principe, de diriger son entreprise. Sous le Régime anglais, est apparue la donation, acte notarié par lequel le père léguait tous ses biens au fils héritier contre l'obligation pour ce dernier de prendre soin de ses parents jusqu'à leur mort. La donation représente à nos yeux une première forme de désengagement parce que l'habitant n'était plus légalement maître de son domaine. Au tournant du XXe siècle

s'est répandue, dans les campagnes, une pratique par laquelle le vieux qui n'avait pas d'héritier vendait sa terre et s'en allait finir ses jours au village (Miner, 1939; Fortin, 1971). Mais la retraite que l'on connaît aujourd'hui date de l'ère industrielle. Les conditions de travail dans les usines, au XIXe siècle, faisaient en sorte que ceux dont la santé déclinait et qui ne pouvaient plus suivre les cadences de production perdaient souvent leur emploi (Linteau, Durocher et Robert, 1979; Hareven, 1977). La retraite à âge fixe est apparue à la suite des mesures sociales instaurées par les gouvernements pour venir en aide aux vieillards indigents. Ce n'est qu'au vingtième siècle que cette pratique est devenue courante au Québec.

Avec l'industrialisation, les personnes âgées ont perdu la place qu'elles occupaient dans la société traditionnelle. A la campagne, le mode de transmission du patrimoine faisait en sorte que les gens âgés conservaient une certaine dignité jusqu'à la fin de leurs jours. A la ville, par contre, l'ouvrier qui n'avait pu accumuler de réserve pour sa vieillesse était souvent condamné à la dépendance sociale. Encore aujourd'hui, en prenant leur retraite, les travailleurs subissent une baisse de revenus de 47% (Steele, 1979) et les deux tiers des personnes âgées vivraient sous le seuil de la pauvreté (Manifeste: la situation économique des retraités, 1977). De plus, 42% des familles les plus pauvres du Canada, en 1967, étaient des familles d'une ou deux personnes dont le chef

avait 65 ans ou plus (Dennis et Fish, 1972).

Dans le Québec traditionnel, il allait de soi que les personnes âgées vivent avec des membres de leur famille. Dans le Québec industriel, cela est devenu moins fréquent pour les raisons suivantes:

- d'une part, les logements urbains étaient plus exigus que ceux de milieu rural; d'autre part, les bas salaires que gagnaient péniblement les membres des classes laborieuses faisaient des personnes âgées et des jeunes enfants des charges très lourdes à supporter financièrement. Dans le Québec contemporain, la cohabitation des personnes âgées avec des membres de leur famille est plutôt exceptionnelle, comme en témoigne le tableau en page suivante.

Celui-ci montre que 61% des gens âgés vivent seuls ou en couple seulement et que cette proportion s'est accrue de 17.8% en une dizaine d'années. Les personnes âgées ne bénéficient donc plus de la sécurité matérielle et psychologique que leur procurait autrefois la cohabitation.

Avec l'industrialisation, la famille ouvrière, même si elle était très solidaire, a été de moins en moins capable de prendre soin de ses vieillards et l'Etat a été obligé d'assurer la relève. Sous le Régime français, celui-ci n'intervenait à peu près pas, laissant cette tâche aux groupes primaires et à l'Eglise (Poulin, 1954). Au XIXe siècle, les structures traditionnelles ont été rapidement débordées par l'afflux des demandes d'assistance engendré par l'industrialisation et l'urbanisation. L'Etat s'est vu alors dans l'obligation de verser des subventions

Répartition procentuelle des personnes âgées de 65 ans et plus en ménage privé* selon le mode d'habitation
Québec 1956-1976

années	p.â. en ménage privé	seules	en couple seulement	famille ou parenté	autres **
1976	428,290	19.1	41.9	13.7	25.2
1971	393,535	13.8	34.7	16.6	34.7
1966	327,966	10.6	32.6	18.6	38.1
1961	351,654	8.0	non disponible	20.6	non disponible
1956	249,309	5.6		23.9	

Sources: Recensement du Canada. Logement et ménages, diverses années.

* ménage privé: hors des institutions

** autres: employé, associé ou partenaire du chef de ménage, quasi-familles, pensionnaires.

aux paroisses, municipalités et congrégations religieuses pour qu'elles puissent venir en aide aux nécessiteux. C'est au milieu de ce siècle que les institutions ont commencé à se spécialiser; au moins une quarantaine d'hospices réservés aux vieillards ont ouvert leurs portes au Québec entre 1840 et 1921 (Poulin, 1956b).

L'époque de l'intervention directe de l'Etat québécois commence en 1921 par la loi de l'Assistance publique. Le gouvernement provincial établissait alors un régime de subventions statutaires pour les institutions de bienfaisance. Mais pour les personnes âgées, l'événement important fut l'adoption, en 1927, à Ottawa, de la loi de l'Assurance-vieillesse. Cette loi qui ne fut appliquée, au Québec, qu'en 1936, à la suite d'une entente fédérale-provinciale, autorisait les deux paliers de gouvernement à venir en aide aux vieillards indigents de 70 ans et plus. Elle préfigurait déjà celle de la Sécurité de la vieillesse, votée en 1951 par le gouvernement fédéral, qui instaurait le régime universel des pensions de vieillesse.

Après la Seconde guerre mondiale, les gouvernements se sont occupés de plus en plus des personnes âgées et ils ont adopté un grand nombre de mesures qu'il serait trop long d'énumérer ici. Nous parlerons cependant de celles qui concernent le logement subventionné. L'intervention de l'Etat en cette matière remonte à 1949 alors que le gouvernement fédéral, par des amendements à la Loi nationale de l'habitation, s'est donné le droit de passer des ententes avec les provinces pour

la construction d'habitations à loyer modique (Dennis et Fish, 1972). Au Québec, il a fallu attendre la création de la Société d'habitation du Québec, en 1967, pour que soit tracé un véritable programme de construction d'habitations à loyer modique. Au tournant des années 70, les cités et villes du Québec ont créé des Offices municipaux d'habitation qui sont chargés d'administrer les logements sociaux qui se trouvent sur leur territoire. Il en existerait environ 425 actuellement dans la province.

Depuis 1967, la Société d'habitation du Québec est responsable de tous les programmes de logements subventionnés y compris les HLM pour personnes âgées. Présentement, d'après la SHQ, 11661 logements du genre seraient construits et occupés et environ 2.7% de la population âgée y vivraient. Bien que minime, ce pourcentage représente un accroissement considérable par rapport à la situation qui prévalait il y a une dizaine d'années alors que moins de 1% des gens âgés du Québec résidaient dans de tels logement.

Conclusion

Au terme de ce bref historique, on peut se demander s'il y a une relation entre la tendance récente des personnes âgées à vivre de façon autonome, dans leur propre logement, et l'aide croissante que l'Etat leur a apportée au cours des dernières années. Les personnes âgées sont-elles plus portées à tenir maison parce qu'elles reçoivent plus d'aide ou ont-elles plus besoin d'aide parce qu'elles sont plus portées à tenir maison?

Ce sont là des questions auxquelles nous n'avons pas de réponse, mais qui indiquent cependant des directions de recherche intéressantes...

Quoi qu'il en soit, il semble que l'évolution de la situation des personnes âgées soit à l'origine des politiques qui les concernent. C'est ce que nous apprend la vérification, pour la société québécoise, des hypothèses de Cowgill et Holmes. Et c'est dans ce contexte socio-historique que se situe la politique de construction d'habitations à loyer modique pour personnes âgées.

2- LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX (L. Bélanger)

La problématique sous-jacente aux effets du relogement en HLM sur les personnes âgées se rapporte aux relations entre les individus vieillissants et leur environnement. Sa dynamique a été étudiée, entre autres, par Lawton et Simon (1968) qui ont synthétisé l'ensemble de leurs constatations dans ce qu'ils ont appelé l'hypothèse de la sensibilité à l'environnement. Selon elle, plus une personne a de ressources personnelles (santé, argent, statut social), plus elle possède la capacité de modifier son environnement, de le contrôler pour l'adapter à ses besoins. Inversement, des limitations au niveau des ressources personnelles tendent à augmenter la vulnérabilité de la personne aux contraintes et aux influences de son environnement; elle devient alors plus dépendante de la qualité de celui-ci pour bien fonctionner.

Or, le vieillissement est habituellement lié à une série de pertes qui touchent différents aspects des ressources possédées par la personne âgée et qui perturbent ce délicat équilibre qui lui permettait de vivre en harmonie avec son entourage immédiat. Les pertes associées au vieillissement sont évidemment très inégales d'un individu à l'autre et dépendant de divers facteurs, tels que l'hérédité, le sexe, la structure sociale. On peut cependant dégager quelques constatations générales.

Les pertes au niveau des habiletés physiques et de la santé sont les plus connues et ont des conséquences directes sur le vécu quotidien de la personne âgée dans son habitat. Avec le vieillissement donc, certaines tâches liées à l'entretien du logement deviennent plus difficiles, surtout si quelqu'un habite un logement trop grand et en mauvais état ou encore s'il est propriétaire et doit assumer seule l'entretien de sa propriété.

Liée à cette baisse de santé, on constate une diminution parallèle de la mobilité: sortir, faire des emplettes, aller voir des amis s'avère plus compliqué, surtout en hiver. D'où la difficulté accrue de contrôler la dimension de son espace physique qui se limite de plus en plus souvent à l'environnement immédiat constitué par le logement.

Le vieillissement peut également entraîner des modifications dans l'environnement social des individus, en ce sens que la retraite, le départ des enfants, le veuvage, la moins grande mobilité des vieux amis ou leur disparition contribuent à créer un certain état

d'isolement. A cela s'ajoutent des pertes d'ordre économique; succinctement, il est reconnu que, au Québec, le travailleur retraité subit généralement une perte de plus de 50% de son revenu antérieur et que près des deux tiers des personnes âgées vivent sous le seuil de pauvreté. Ces pertes économiques ont pour conséquence de rendre parfois impossible aux gens âgés de choisir un environnement qui convient à leurs besoins. Certains se voient forcés à quitter celui qui leur est familier pour s'installer dans un logement de moins bonne qualité; d'autres, vivant depuis longtemps dans le même logement, préfèrent ne pas demander au propriétaire d'effectuer les réparations qui s'imposent de crainte d'avoir à subir une hausse correspondante de loyer; aussi sont-ils obligés de vivre dans un logement vétuste dont la détérioration va en s'accentuant.

Cet ensemble de pertes de ressources rattachées au vieillissement dont nous venons de parler a donc pour conséquence que certaines personnes âgées, conformément à l'hypothèse de la sensibilité à l'environnement, risquent de plus en plus de se retrouver dans une situation insatisfaisante parce qu'elles ne pourront plus agir adéquatement sur leur environnement. Une amélioration du contexte environnemental dans lequel elles évoluent peut alors rétablir l'équilibre entre elles-mêmes et leurs besoins.

Si on tente maintenant d'évaluer le changement de contexte environnemental que constitue le HLM, on peut considérer que, pour ceux qui y sont acceptés, il y a généralement une amélioration de la qualité de l'envi-

ronnement tant physique que social, parce que ces nouveaux logements sont plus fonctionnels que ceux dont viennent les résidents et qu'on y trouve une concentration élevée de personnes âgées, ce qui, dans certains cas, peut favoriser l'augmentation des contacts sociaux. Le relogement en HLM contribue également à accroître indirectement les ressources financières par une amélioration du rapport loyer-revenu.

L'amélioration de la qualité de l'environnement associée à une augmentation indirecte de ses ressources, devrait aider la personne âgée à rétablir l'équilibre entre elle-même et son environnement. C'est pourquoi nous avons émis comme première hypothèse que le relogement devrait avoir des effets positifs sur divers aspects de la vie des gens âgés qui vont habiter en HLM. Faute de temps, nous n'exposerons ici que les résultats concernant cette première hypothèse.

En ce qui concerne la méthodologie, la population étudiée est constituée d'un échantillon de 104 personnes, prélevé dans une liste de demandes d'admission dans deux HLM, administrés par l'Office municipal d'habitation de la ville de Québec. Nous avons utilisé la méthode longitudinale, exigeant l'administration d'un prétest et d'un posttest ainsi que la présence d'un groupe témoin. Deux séries de mesures ont donc été effectuées: la première tout de suite après la réponse à la demande d'entrée, la seconde environ 15 mois après le refus ou le relogement. De plus, le groupe de personnes refusées a servi de contrôle et de comparaison. La cueillette des données a

été effectuée au moyen d'un questionnaire rempli au domicile des intéressés.

Quant à la technique d'analyse statistique, nous avons privilégié l'analyse de régression. Celle-ci s'avère, en effet, très utile quand il s'agit, comme dans notre cas, d'étudier des changements, car elle permet, pour l'étude du niveau final, de tenir compte à la fois du niveau initial de la variable étudiée, de la réponse à la demande d'entrée et, si l'on veut, de l'influence des autres facteurs qui pourraient venir s'exercer sur le niveau final de cette variable.

Pour ce qui est des résultats, dans cette première analyse, il s'agissait d'étudier les changements des variables dont on veut suivre l'évolution, c'est-à-dire sans tenir compte de l'influence des autres facteurs susceptibles d'agir sur leur niveau final. On l'a fait à l'aide d'analyses de régression portant sur le niveau final de chacune des variables, des régressions ayant comme variables indépendantes le niveau initial de la variable considérée et une variable nominale constituée par le fait d'avoir été accepté ou refusé en HLM.

La première série d'aspects que nous avons étudiés concerne différentes facettes du bien-être des personnes âgées: ennui, moral ou satisfaction de vivre, niveau d'inquiétude, satisfaction vis-à-vis des conditions de logement, santé perçue, opinion sur l'évolution globale de sa situation. Sur les six aspects étudiés, trois se comportent selon l'hypothèse que nous avions émise, témoignant d'une amélioration du

bien-être des personnes âgées. On constate donc que le relogement leur est bénéfique: comparativement aux refusés, les acceptés s'ennuient moins et se disent plus satisfaits de leurs conditions de logement, considérant que, dans l'ensemble, leur situation a évolué de façon positive depuis la dernière entrevue.

Il reste cependant que le relogement n'a aucune influence ni sur la satisfaction de vivre, c'est-à-dire le moral comme tel, ni sur la santé perçue; il ne contribue pas non plus à faire baisser le niveau d'inquiétude. Autrement dit, dans une perspective de 12 mois, le fait d'être accepté ou refusé ne joue ni sur le moral, ni sur le niveau d'inquiétude, ni sur la façon de percevoir son état de santé.

La deuxième série d'aspects auxquels nous nous sommes intéressés concerne des indicateurs du mode de vie des personnes âgées; il s'agit de leur participation aux associations volontaires et à certaines activités de loisir (passe-temps, exercice physique, sorties), ainsi que de la fréquence relative de leurs contacts sociaux.

Tel que prévu, le relogement favorise l'adhésion aux associations. Plus précisément, chez les acceptés, le taux de participation a augmenté d'une façon significative, alors qu'il a baissé chez les refusés.

Pour ce qui est des passe-temps et de l'exercice physique, les choses évoluent à l'inverse des prévisions. Le fait d'aller vivre en HLM diminue la pratique de ces activités, par comparaison à ce qui a été constaté chez les refusés. Il est intéressant de noter

que la diminution de ces deux activités, exercées généralement seul, correspond, chez les acceptés, à une augmentation parallèle de la participation aux associations volontaires où les activités se font en groupe.

Les autres aspects du mode de vie ne sont cependant pas affectés par le fait d'être accepté ou non en HLM. Il s'agit ici de la fréquence relative des sorties et des contacts de la personne âgée.

Au niveau de la troisième série d'aspects étudiés, en l'occurrence le mode d'utilisation des services, certains changements sont également spécifiques aux HLM. En effet, compte tenu du niveau d'aide qu'elles recevaient il y a un an de la part de leurs parents et amis, les acceptés reçoivent cette année des services plus variés de leur part que les refusés. Dans les deux cas, cependant, on constate une baisse de niveau dans ce type de service par rapport à l'an dernier, mais celle-ci est significativement moins forte chez les acceptés.

Il est toutefois difficile de dire si un niveau de service relativement plus élevé de la part des proches doit être évalué comme un élément positif ou négatif. Du côté positif, il constitue un indice d'intégration, de non-abandon par la famille; du côté négatif, il peut être un indice de dépendance, d'insertion dominée, comme le dit A.-M. Guillemard. Pour l'Etat, il peut signifier une baisse indirecte dans les services publics.

Les autres indicateurs se rapportant au mode d'utilisation des services, soit le nombre des genres de services payés depuis un an, le nombre des services

publics utilisés ou désirés depuis un an, ne sont pas influencés par le fait d'être relogé ou non.

Grosso modo, en ce qui concerne la première hypothèse, on peut dire qu'elle est partiellement vérifiée. Le relogement en HLM pour personnes âgées a, effectivement, une certaine influence sur différents aspects de leur vie, influence qui joue dans le sens d'une amélioration si on la compare à celle qu'exerce le refus d'admission dans ces habitations. Cette influence ne s'exerce cependant pas sur tous les aspects auxquels nous nous sommes intéressés.

De plus, la part du HLM dans la détermination du niveau final de la variable est très faible si on la compare à celle qui est attribuée à son niveau initial. En effet, en ce qui concerne les variables affectées par le relogement, le taux d'augmentation de la variance due à ce facteur ne dépasse jamais 9%, alors qu'il peut atteindre 47% au niveau initial de cette variable.

En d'autres mots, le bien-être des personnes âgées, leur façon de vivre et leur mode de rapport aux services se révèlent dépendre plus fortement d'une certaine continuité avec leur situation antérieure que d'un changement d'environnement comme celui qu'occasionne l'entrée en HLM.

Telles sont donc les principales conclusions que nous avons pu tirer concernant quelques-uns des effets du relogement en HLM sur les personnes âgées. D'autres analyses où l'on tiendra compte de l'influence des autres facteurs susceptibles d'influencer les résultats finaux et visant la vérification des autres

hypothèses, sont en cours. Elles permettront d'affiner les résultats de cette première analyse.

Bibliographie

BRYDEN, K., 1974, Old Age Pensions and Policy-Making in Canada, Montreal & London: McGill-Queen's University Press.

COWGILL, D.O. and L.D. HOLMES, 1972, Aging and Modernization, New York: Appleton-Century-Crofts

DENNIS, M. and FISH, S., 1972, Programs in Search of a Policy: Low Income Housing in Canada, Toronto: Hakkert.

DESJARDINS, B. et J. LEGARE, 1977, Le vieillissement de la population du Québec, Critère, 16: 143-169.

FORTIN, G., 1971, La fin d'un règne, Montréal: Hurtubise-HMH.

HAREVEN, T.K., 1977, Pour une approche historique de la maturité et de la vieillesse, Critère, 16: 115-142.

LAWTON, M.P. and B. SIMON, 1968, The Ecology of Social Relationships in Housing for the Elderly, The Gerontologist, 8, (2), 108-115.

LINTEAU, P.A., R. DUROCHER et J.-C. ROBERT, 1979, Histoire du Québec contemporain (tome 1). De la Confédération à la crise (1867-1929), Montréal: Boréal Express.

MANIFESTE: LA SITUATION ECONOMIQUE DES RETRAITES, 1977, Faculté de l'Education permanente, Université de Montréal.

MARTIN, Y. et M. RIOUX, 1971, La société canadienne-française, Montréal: Hurtubise-HMH.

MINER, H., 1939, Saint-Denis: A French Canadian Parish, Chicago: University of Chicago Press.

POULIN, G., 1954, Evolution historique des services d'assistance de la province de Québec, Service social, 4, (3), 112-126.

POULIN, G., 1956a, L'assistance sociale dans la province de Québec, 1608-1951, Annexe no 2 au rapport de la Commission d'enquête sur les problèmes constitutionnels (Rapport Tremblay), Québec: Imprimeur de la Reine.

POULIN, G., 1956b, Les formes traditionnelles d'assistance des personnes âgées dans la province de Québec, Service social, 6, (2), 62-69.

STEELE, M., 1979, La demande de logements au Canada. Etude du recensement (de 1971), Ottawa: Statistique Canada.

ADAPTATION DES PERSONNES AGEES EN ETABLISSEMENT: UTILISATION ET EVALUATION D'UN MODELE D'INTERVENTION

(Recherche subventionnée par le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada)

Louise Lévesque, Danielle D'Amour et Hélène Lévesque-Barbès, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Le présent exposé résume un travail de recherche dont l'objectif principal est d'améliorer le bien-être des personnes âgées atteintes d'une maladie chronique et vivant en établissement. Le levier privilégié pour réaliser cet objectif consiste à opérationaliser et à évaluer un modèle que pourront utiliser les intervenants affectés aux soins quotidiens de ces personnes. Notre recherche reflète aussi l'importance que nous accordons au développement des connaissances fondamentales requises pour revitaliser la qualité des interventions en nursing gérontologique. Après une brève description de la problématique, on trouvera une présentation de la méthodologie.

La problématique

De nombreuses observations sur des unités de soins regroupant ces bénéficiaires permirent de constater que certains facteurs autres que la maladie

affectent leur rétablissement et, de ce fait, leur retour possible à domicile. Entre autres, il y a les méfaits du milieu institutionnel, l'attitude fataliste des agents de soins et de la société en général qui croient peu au potentiel de réadaptation de ces personnes à la fois âgées et malades; il y a aussi la prévalence de l'idéologie d'entretien au détriment d'une idéologie axée sur la réadaptation et le peu d'interventions visant à satisfaire les besoins d'ordre psycho-social, tels que celui d'être estimé, de s'affirmer, d'être respecté et de recevoir de l'attention. Plusieurs des bénéficiaires vivent dans un état de dépression, de solitude, de confusion et de dépendance excessive. Leur seul rôle social légitime demeure celui de malade.

Il nous apparaît que le schème de référence qu'utilisent actuellement les intervenants ne convient guère au vécu des malades âgés car il ne permet d'identifier qu'un certain nombre de problèmes surtout d'ordre biologique et, conséquemment, il limite l'éventail des interventions qui pourraient influencer leur rétablissement. Ce sont les constatations qui nous ont amenés à opérationaliser un modèle conceptuel propre au nursing et d'en évaluer les effets.

Description du modèle

Il existe déjà, en soins infirmiers, quelques modèles conceptuels; nous avons choisi celui de Callista Roy (1976), basé sur la théorie du niveau d'adaptation (adaptation level theory) de Helson (1964).

Pour ce dernier, c'est un processus dynamique, différent de l'homéostasie, parce qu'il fait appel à des niveaux d'adaptation qui changent selon les situations. Ces niveaux sont déterminés par trois sortes de stimuli: le stimulus focal, celui qui prédomine, les stimuli contextuels, c'est-à-dire tous les autres présents dans l'environnement (la famille, le personnel, le milieu physique) et les stimuli résiduels qui sont le vécu de l'individu. Ces stimuli sont soit internes, c'est-à-dire venant de l'organisme, soit externes, c'est-à-dire existant dans le milieu. Nous avons là un processus à double action (two-way process) où l'organisme réagit aux stimuli du milieu, mais où les stimuli internes peuvent aussi amener l'organisme à modifier l'environnement. L'adaptation reflète donc aussi bien l'état de l'organisme que la force des stimuli. Par conséquent, loin d'être seulement un processus de neutralisation, l'adaptation est aussi un processus d'accentuation (sensitizing process) qui augmente l'impact de certains stimuli et en neutralise d'autres.

Avant d'aborder le modèle de Roy, mentionnons brièvement le travail de Lawton (1968), gérontologue bien connu qui s'est aussi inspiré de la théorie de Helson pour développer un modèle écologique de l'adaptation et du vieillissement. Selon lui, l'écologie du vieillissement se définit comme une succession d'adaptations continues où l'organisme et l'environnement s'influencent mutuellement. Il formule l'hypothèse de la docilité écologique en postulant une relation entre l'état de l'organisme et sa docilité à accepter

les contraintes de l'environnement. Plus l'organisme est "compétent" (competent), moins les changements de comportement sont dictés par l'environnement. Par ailleurs, une diminution de la "compétence" de l'organisme augmente la dépendance vis-à-vis de l'environnement. Ainsi les comportements qualifiés de séniles chez les vieillards pourraient être dûs, dans certains cas, au caractère écologiquement pauvre du milieu institutionnel.

Quant à Roy, elle conçoit l'homme comme un être bio-psycho-social qui répond à des stimuli internes et externes. Une réponse positive à ceux-ci constitue un comportement adapté et contribue à conserver son intégrité bio-psycho-sociale. Une réponse négative ou un comportement non adapté nuit au maintien de cette intégrité ou ne le favorise pas. C'est donc le signe d'un problème d'adaptation. Roy identifie quatre modes d'adaptation dans lesquels l'homme répond à des stimuli. Pour ce faire, elle se base sur l'analyse de cinq cents comportements de malade. Ces quatre modes d'adaptation sont:

- le mode physiologique qui assure l'intégrité biologique. Ce mode se subdivise en 7 catégories: l'exercice et le repos, la nutrition, l'élimination, le fonctionnement sensoriel, la respiration, la température corporelle et le fonctionnement hormonal;

- le mode concept de soi qui est à la base du besoin de préserver l'intégrité psychologique. Il se subdivise en deux catégories: le concept du soi physique et le concept du soi personnel, lequel comprend l'aspect cognitif et affectif;

- le mode fonction de rôle qui permet de préserver l'intégrité sociale. En effet, tout individu réagit selon les différents rôles qu'il assume;

- le mode d'interdépendance dans les relations avec autrui qui permet de conserver l'intégrité psychosociale. Il se divise en deux catégories: l'affiliation et l'affirmation de soi. Selon sa façon d'interagir avec autrui, une personne peut satisfaire son besoin d'affiliation et d'affirmation de soi.

Que signifie, en pratique, ce modèle pour l'infirmière se trouvant au chevet d'un bénéficiaire? Cela signifie qu'elle perçoit le bénéficiaire comme quelqu'un qui répond aux stimuli dans quatre modes d'adaptation. Son intervention consiste à manipuler les stimuli de façon à maintenir les comportements adaptés et à rectifier les comportements non adaptés. Mais, encore là, cette démarche reste abstraite; c'est pourquoi il s'avère nécessaire d'opérationaliser ce modèle.

Opérationalisation

L'opérationalisation s'est déroulée en trois étapes:

1. Premièrerement, nous avons scruté la validité du modèle en vérifiant si, effectivement, les comportements notés chez les bénéficiaires lors de nos observations cliniques pouvaient être identifiés et catégorisés selon les modes de Roy.

2. Deuxièmement, nous avons délimité le modèle en sélectionnant les principaux problèmes d'adaptation. Les quatre modes de Roy englobent un grand nombre de comportements humains, permettant de détecter une série de

problèmes d'adaptation. Pour fin d'évaluation du modèle et de la formation du personnel soignant, il était impossible de les retenir tous. Une sélection des principaux problèmes observés dans la population étudiée s'imposait. Pour ce faire, nous avons dressé une liste des problèmes d'adaptation à partir de ceux qui ont été relevés par Roy et de notre documentation. Nous nous sommes également basés sur des observations cliniques recueillies lors de deux stages, l'un d'observation et l'autre d'utilisation du modèle. Puis, à partir de cette liste, nous avons déterminé les problèmes d'adaptation devant faire l'objet d'une évaluation. Les critères de sélection étaient: a) la fréquence selon laquelle un problème a été observé; b) son importance en termes d'impact dans plus d'un mode d'adaptation; c) la possibilité d'intervention de l'infirmière pour solutionner le problème.

3. Troisièmement, pour chacun des problèmes, nous avons déterminé les effets attendus. Cette façon de procéder nous donnait l'assurance que les effets attendus et mesurés étaient bien articulés à la problématique et reliés au modèle.

Voici pour chacun des modes, les problèmes d'adaptation notés ainsi que les effets attendus que nous voulons mesurer.

- Dans le mode physiologique, les problèmes identifiés concernent la sédentarité prolongée, l'insomnie, la déshydratation, l'incontinence vésicale, les problèmes de communication dûs à des déficiences sensorielles (ex.: difficultés d'entendre, de voir,

aphasie). Le seul effet mesuré sera la diminution de la quantité de médicaments psychotropes. Pour ce mode, nous préférons former les infirmières à observer elles-mêmes les effets directs de leur intervention puisqu'ils sont facilement observables.

- Dans le mode concept de soi, quatre problèmes ont été retenus: la perception négative de l'image corporelle et de l'image personnelle, la dépression et la confusion. Les effets attendus de l'utilisation du modèle sont un niveau plus élevé d'estime de soi et de fonctionnement mental au point de vue de l'orientation vers la réalité.

- Dans le mode fonction de rôle, nous avons retenu le problème de la difficulté à remplacer les rôles perdus et, par conséquent, l'obligation d'assumer presque exclusivement le rôle de malade et, en dernier lieu, la difficulté à modifier les rôles accomplis antérieurement.

Suite à l'utilisation du modèle, on devrait observer une plus grande maîtrise du rôle de personne âgée (PA) ayant des problèmes de santé. Ce rôle comprend trois volets: la PA affichera des comportements démontrant a) qu'elle s'adonne davantage à des activités sociales dans le but de maintenir des relations interpersonnelles; b) qu'elle se livre à plus d'activités individuelles pour occuper son temps; c) qu'elle assume plus de responsabilités en matière de santé.

- Dans le mode d'interdépendance, voici les problèmes retenus: la solitude, "l'excès d'incapacité"

dans les activités de la vie quotidienne (c'est-à-dire l'existence d'un écart entre l'incapacité fonctionnelle et les limites physiologiques), un niveau élevé de soumission. L'utilisation du modèle favorisera la satisfaction du besoin d'affiliation en termes d'aide, d'attention et d'affection; une plus grande autonomie dans les AVQ; un degré plus élevé d'affirmation de soi, dont les indicateurs seront les comportements de prise de décision, de contrôle des obstacles et de prise d'initiatives. Un résumé de ces problèmes apparaît au tableau 1.

Une fois le modèle opérationalisé, il nous a fallu déterminer la démarche requise pour que les infirmières puissent utiliser le modèle de Roy qui préconise une démarche en six étapes* basée sur la méthode de résolution des problèmes. Pour appliquer le modèle, l'infirmière procède de la façon suivante:

- premièrement, elle identifie les comportements adaptés et non adaptés dans chacun des modes;
- deuxièmement, elle identifie les stimuli qui provoquent ces comportements, soit le stimulus focal, les stimuli contextuels et résiduels;
- troisièmement, elle établit son diagnostic, c'est-à-dire la relation qui existe entre les comportements et les stimuli qui en sont responsables;
- quatrièmement, elle énonce les objectifs de soins en termes de résultats observables;
- cinquièmement, elle choisit l'intervention appropriée pour manipuler les stimuli, de façon à maintenir les comportements adaptés et à transformer ceux qui ne le sont pas;

* Voir le tableau 2, page 90.

TABLEAU 1

OPERATIONALISATION DU MODELE DE ROY

Modes et catégories	Problèmes d'adaptation retenus	Effets attendus après l'utilisation du modèle	Instruments de mesure des effets
Physiologique			
-exercice et repos	-sédentarité prolongée		
	-insomnie	Diminution de l'utilisation de psychotropes	Fiche appropriée
-nutrition	-déshydratation		
-élimination	-incontinence vésicale		
-fonctionnement sensoriel: -respiration: échanges gazeux -température corporelle -fonctionnement hormonal	-problèmes de communication dûs à une diminution de l'acuité auditive et visuelle, et à l'aphasie		
Concept de soi			
-soi physique	perception négative de l'image corporelle		
-soi personnel			
-soi affectif	perception négative de l'image personnelle Dépression	Augmentation de l'estime de soi	Test de Ziller
-soi cognitif	Confusion	Amélioration du fonctionnement mental (orientation à la réalité + mémoire)	Tests sur le statut mental

TABLEAU 1 (suite)

OPERATIONALISATION DU MODELE DE ROY

Modes et catégories	Problèmes d'adaptation retenus	Effets attendus après l'utilisation du modèle	Instruments de mesure des effets
Fonction de rôle	-difficulté à remplacer les rôles perdus	Plus grande maîtrise de rôle chez la p. â. ayant des problèmes de santé:	Instrument maîtrise de rôle
	-prédominance du rôle de malade	-augmentation des relations interpersonnelles	
	-difficulté à modifier les rôles accomplis antérieurement	-augmentation des activités individuelles	
		-responsabilités plus nombreuses relatives à l'état de santé	
Interdépendance			
Affiliation	-solitude	-satisfaction du besoin d'affiliation	Questionnaire-entrevue
Affirmation de	-excès d'incapacité dans les activités de la vie quotidienne	-augmentation de l'autonomie dans les AVQ	Echelle d'autonomie dans les AVQ
	-soumission	-plus grande affirmation de soi	Instrument en voie de développement

- sixièmement, elle évalue l'efficacité de l'intervention.

Cette démarche se fait à l'aide de deux instruments cliniques:

a) le questionnaire-entrevue qui lui permet d'obtenir des informations générales sur le bénéficiaire;

b) le plan de soins qui sert à consigner les buts et les activités de cette démarche.

Il est important de noter que l'utilisation du modèle par les infirmières ne devra pas se limiter à identifier les problèmes d'adaptation déjà énumérés. Il sera utilisé de façon intégrale, en tenant compte non seulement des comportements non adaptés mais aussi de ceux qui sont adaptés, pour pouvoir maximiser le potentiel de l'individu. Autrement, le champ d'action du personnel se trouverait limité et l'intervention ne serait pas vraiment individualisée.

La stratégie éducative

Comment va-t-on former le personnel soignant à l'intervention basée sur ce modèle? Pour y arriver, on a élaboré une stratégie éducative qui aidera l'infirmière à utiliser le modèle. Elle prévoit une formation dispensée dans des unités de soins durant une période de quatre mois, par deux membres de l'équipe de recherche. Elles travailleront à titre de personnes ressources et accompagneront chaque soignant dans sa démarche d'apprentissage.

Le programme comprend deux grandes parties. La première en constitue le noyau et porte sur six domaines

jugés essentiels à l'utilisation du modèle de Roy auprès des malades âgés. Ce sont: les attitudes face au vieillissement, le processus de vieillissement, le modèle de Roy, la démarche requise pour utiliser le modèle, l'écologie du milieu et la relation d'aide. Nous considérons cette dernière comme primordiale puisqu'elle doit faire partie intégrante de toute intervention. La deuxième partie porte sur les problèmes d'adaptation que nous avons identifiés dans chacun des quatre modes, sur les principaux stimuli qui en sont responsables et sur les interventions propices à la manipulation des stimuli. Le programme s'adresse non seulement aux infirmières, mais aussi aux auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, et ce à des niveaux différents.

Le protocole d'évaluation

Pour terminer, voici les principaux aspects du protocole d'évaluation élaboré pour mesurer les effets attendus de l'utilisation du modèle.

L'échantillon comprendra 120 sujets répartis en deux groupes: un groupe expérimental et un groupe témoin. L'homogénéité de l'échantillon sera assurée pour quatre variables: l'âge, le sexe, l'habileté à se mouvoir et à communiquer. Nous proposons de constituer un groupe de réserve de sujets pour remplacer les pertes possibles.

Les mesures seront prises avant l'application du modèle et seront répétées à deux reprises, durant son utilisation, soit le sixième et le douzième mois après

le début de l'expérience. De plus, nous évaluerons dans quelle mesure le modèle enseigné est appliqué. Il s'agira de faire une analyse qualitative et quantitative du contenu des plans de soins et des notes de l'infirmière.

Actuellement, nous procédons au pré-test des instruments devant servir à la mesure des effets attendus. Ce processus consiste principalement à vérifier la validité des instruments, leur fidélité inter-juges et leur stabilité. Plusieurs de ces instruments sont soit des grilles d'observations, soit des analyses d'interactions, lesquelles ne requièrent pas la participation des bénéficiaires. Il y aurait lieu de mentionner d'autres aspects du protocole d'évaluation, mais il est prématuré d'en révéler tout le contenu puisque la phase d'implantation du modèle et son évaluation ne doivent débuter qu'en automne.

Bibliographie

HELSON, Harry, 1964. Adaptation Level Theory. New York: Harper & Row.

LAWTON, M. Powell and Bonnie SIMON, 1968. "The Ecology of Social Relationship in Housing for the Elderly". The Gerontologist, vol. 8, no 2: 108-115.

ROY, Callista, 1976. Introduction to Nursing: An Adaptation Model. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

TABLEAU 2

ETAPES DE LA DEMARCHE D'APPLICATION DU MODELE DE ROY

1. Cueillette des données - premier niveau: identification des comportements du client dans chaque mode. L'infirmière:
   - fait l'entrevue, observe, utilise des outils cliniques.

2. Cueillette des données - deuxième niveau: identification des stimuli. L'infirmière:
   - identifie le stimulus focal que confronte le client;
   - identifie les stimuli contextuels qui contribuent à l'expression du comportement;
   - identifie les stimuli résiduels présents;
   - valide avec le client, dans la mesure du possible, sa perception des stimuli identifiés.

3. Etablissement du diagnostic infirmier. L'infirmière:
   - identifie les comportements non adaptatifs et les stimuli responsables;
   - identifie les comportements adaptatifs et les stimuli responsables;
   - établit des priorités pour le maintien ou le changement des comportements.

4. Enoncé des objectifs. L'infirmière:
   - énonce les objectifs en termes de résultats observables pour les comportements non adaptés et adaptés.

5. Intervention: approche pour promouvoir l'adaptation par la manipulation des stimuli: les augmenter, les diminuer, les modifier ou les éliminer, selon le cas. L'infirmière:
   - énumère les interventions possibles;
   - identifie les réponses probables du client à chacune d'elle;
   - sélectionne la plus appropriée;
   - manipule le stimulus focal, si possible;
   - manipule les autres stimuli présents.

6. Evaluation: efficacité de l'intervention. L'infirmière:
   - vérifie si le comportement non adapté est devenu adapté;
   - vérifie si le comportement adapté s'est maintenu;
   - examine de nouveau les comportements qui sont restés non adaptés (1ère étape), etc.

LA CONDITION DE LA FEMME AGEE AU QUEBEC

Louise Dulude, Avocate recherchiste, Ottawa

Pour commencer, je dois vous avouer que je ne parlerai pas beaucoup des Québécoises âgées pour la bonne raison que nous ne savons pratiquement rien à leur sujet. Il s'est fait tellement peu de recherche sur les conditions de vie des femmes de cet âge que nous ignorons en quoi les femmes âgées du Québec diffèrent des autres Canadiennes du même âge, ou même en quoi les Canadiennes âgées diffèrent des autres femmes âgées de l'Amérique du Nord.

Etant donné ce manque de renseignements, j'ai pensé que la chose la plus utile à faire à l'heure actuelle serait de reprendre les données de base que nous possédons sur les femmes et les hommes âgés, de souligner les différences entre les sexes que ces chiffres révèlent, et de tenter de déterminer dans quelle mesure les problèmes particuliers des femmes âgées découlent des rôles différents que les femmes et les hommes sont appelés à jouer dans notre société.

Quand on regarde les données de Statistique Canada sur la population âgée, on est d'abord frappé par le fait qu'il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes âgés. Lors du recensement de 1976, il y avait 875 000

hommes âgés de 65 ans et plus au Canada comparativement à 1 127 000 femmes. Cela veut dire que 56% des Canadiens de 65 ans et plus étaient des femmes.

Au Québec, l'univers des gens âgés était encore plus féminin. Il s'y trouvait 205 000 hommes pour 277 000 femmes de plus de 65 ans, ce qui portait la proportion de femmes chez les Québécois âgés à 57%.

La deuxième chose qu'on apprend des statistiques, c'est que les femmes âgées vivent plus longtemps. En disant cela je pense d'une part au fait bien connu que l'espérance de vie des femmes est plus longue que celle des hommes. Les chiffres le plus souvent cités pour appuyer cette thèse sont ceux qui s'appliquent à la naissance. On dit que les bébés de sexe masculin naissant cette année vont vivre 69 ans en moyenne alors que les bébés-filles peuvent s'attendre à vivre jusqu'à 76 ans, soit une différence de 7 ans en faveur des femmes.

D'autre part, si on consulte les chiffres indiquant l'espérance de vie des gens de 65 ans, on s'aperçoit que les femmes âgées (et les hommes du même âge) ont beaucoup plus longtemps à vivre qu'on ne le croit généralement. A 65 ans, une femme peut s'attendre à vivreencore 17 ans. Pour un homme, l'espérance de vie est de 14 ans. Notons en passant qu'à cet âge la différence d'années à vivre entre les sexes n'est plus que de trois ans.

La troisième série de données, portant sur la situation familiale des femmes et des hommes de 65 ans et plus, est celle qui nous fournit les indices les

plus importants sur la vie quotidienne des gens âgés des deux sexes. A cet âge, la situation de famille des gens âgés est la suivante:

	Femmes		Hommes	
	65 ans et +	75 ans et +	65 ans et +	75 ans et +
Marié(e)s	40%	22%	75%	63%
Célibataires	10%	11%	10%	10%
Veufs(ves)	50%	67%	15%	27%
	100%	100%	100%	100%

Ces chiffres éloquents évoquent des vies très diverses. Alors que la grande majorité des hommes retraités vivent avec leur épouse, la plupart des femmes âgées sont veuves ou célibataires. La différence s'accentue en vieillissant: à 75 ans, les deux-tiers des hommes sont toujours mariés alors que les deux-tiers des femmes sont devenues veuves.

En combinant ces données à celles qui nous disent que la population âgée comprend une proportion beaucoup plus grande de femmes que d'hommes, on se rend compte que l'image typique de la vieillesse au Canada n'est pas celle d'un vieux couple se berçant à la lueur du soleil couchant, mais plutôt celle d'une vieille femme seule, courbée sous le poids d'un lourd sac d'épiceries, marchant lentement le long des rues

du quartier pauvre de la grande ville où elle survit.

Avec des situations familiales aussi différentes pour les hommes et les femmes, on ne s'étonne pas des révélations que nous apportent une dernière série de données, portant celle-là sur les revenus des gens de plus de 65 ans. Selon ces chiffres, 30% de tous les hommes âgés sont pauvres comparativement à 45% des femmes. Chez les femmes âgées seules, qui sont pour la plupart des veuves, les deux-tiers ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté de Statistique Canada.

Jusqu'à ce que de nouvelles recherches soient entreprises, les données que nous venons de voir continueront à fournir les indices les plus révélateurs que nous possédions sur les différents styles de vie des femmes et des hommes dans leur âge avancé. En dépit de leurs lacunes, ces renseignements suffisent amplement pour démontrer que les vies quotidiennes des gens âgés de l'un et l'autre sexe se ressemblent bien peu.

Vous comprendrez donc pourquoi je trouve essentiel que les études portant sur des gens âgés des deux sexes soient toujours (ou presque toujours) organisées de façon à pouvoir distinguer les résultats s'appliquant aux hommes ou femmes ayant telle ou telle situation de famille. A titre de chercheuse ayant eu à lire des douzaines sinon des centaines d'études sur les personnes âgées ces dernières années, je vous dis franchement que la plupart des recherches qui donnent des résultats globaux pour les deux sexes ne valent pas grand-chose.

Certains d'entre vous me trouverez bien sévère, mais il y a des gens qui iraient encore plus loin que moi. Je lisais récemment un article américain où l'on soutenait qu'il fallait séparer les résultats de recherches sur les personnes âgées non seulement selon le sexe mais aussi selon le groupe d'âge (de 65 à 75 ans, de 75 à 85, etc.) puisqu'il n'est pas rare aujourd'hui de voir des gens à la retraite dont les parents vivent encore.

En plus des différences entre hommes et femmes âgés que nous venons de voir, plusieurs études (presque toutes américaines) ont découvert diverses particularités masculines et féminines chez les gens de 65 ans et plus. Leurs résultats sont souvent prévisibles, tels par exemple ceux qui constatent que le remariage et les relations amoureuses sont plus fréquents chez les veufs que chez les veuves. Etant donné qu'il y a 10 femmes célibataires ou veuves de plus de 65 ans pour 4 hommes du même âge, c'est plutôt le contraire qui nous aurait étonné!

Les études sur les veuves et veufs sont très populaires aux Etats-Unis ces temps-ci. Le genre de recherches qu'on y poursuit n'est pas toujours d'une grande utilité pratique, comme par exemple le débat entre diverses équipes de chercheurs pour découvrir si ce sont les veufs ou les veuves qui sont les plus malheureux(ses). (Chaque équipe veut que son groupe soit le plus malheureux).

Pour revenir à des choses plus sérieuses, plusieurs études ont aussi rapporté que les veuves se débrouillent mieux sur le plan domestique, ce qui n'est

pas étonnant non plus puisque la plupart d'entre elles ont cuisiné et fait le ménage toute leur vie. D'autre part, on trouve que ces mêmes veuves sont généralement mal équipées pour s'occuper des questions financières (telles les successions, les pensions, les assurances, etc.), pour faire les gros travaux manuels (par ex. nettoyer les gouttières et pelleter la neige) et pour entretenir des contacts avec des gens autres que les membres de leur famille.

C'est à cause de ces problèmes et de leur manque d'argent qu'il arrive beaucoup plus fréquemment aux veuves qu'aux veufs de se voir obligées de vendre leur maison. Plus souvent qu'autrement, elles s'installent ensuite dans un appartement situé dans une grande ville où le coût de la vie est très élevé.

On apprend d'une autre série d'études que les femmes de 65 ans et plus se sentent en moins bonne santé que les hommes de leur âge. Ces résultats sont évidemment paradoxaux puisque les femmes vivent plus longtemps, mais ils sont moins étranges que les conclusions fréquentes d'enquêtes auprès d'hommes et de femmes âgés révélant que ces dernières sont presque invariablement plus satisfaites de leur sort. Etant donné la pauvreté de la plupart de ces femmes et leur moins bonne santé, on peut se demander si leurs réponses sont sincères ou si elles ont tellement menti pour faire plaisir aux autres toute leur vie qu'elles ne peuvent plus s'en empêcher dans leur âge avancé.

Le seul éclaircissement que nous ayons sur la source de satisfaction des femmes âgées concerne la

fréquence des contacts qu'elles entretiennent avec le monde extérieur. Plus elles voient ou parlent souvent à des gens autres que leurs propres enfants, plus elles sont satisfaites de leur vie. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire, le fait d'avoir des contacts fréquents avec leurs enfants ne rend pas les femmes plus heureuses.

Ces résultats se retrouvaient entre autres dans l'étude d'André Beaudoin et de ses collègues (1972) sur les gens âgés de Sherbrooke, et cela me rappelle justement que leurs données à ce sujet étaient très frustrantes. Après avoir présenté une longue série de tableaux démontrant les liens étroits qui existent entre les contacts extra-familiaux des gens âgés et leur degré de satisfaction personnelle, le rapport de cette recherche nous dit que ce sont les femmes âgées célibataires qui ont le plus de contacts de ce genre.

Mais quand, intrigué par ces chiffres, on tourne la page pour vérifier la conclusion logique de ces données, qui semble être que les femmes âgées célibataires sont les plus satisfaites parmi les personnes âgées, on s'aperçoit que les résultats sur le degré de satisfaction des participants à l'enquête ne font pas de distinction entre les situations de familles différentes. A cause de cet oubli (ou devrait-on dire négligence?) on ne sait toujours pas si le secret du bonheur pour ses vieux jours consiste ou non à se vouer au célibat.

Pour récapituler les résultats de toutes ces études en peu de mots, on peut dire que les problèmes

principaux des femmes âgées (sans tenir compte des problèmes de santé) sont les suivants:

1. La solitude - Les femmes âgées sont plus susceptibles de vivre seules que tout autre groupe.

2. Le manque d'argent - La façon la plus certaine de devenir pauvre au Canada, c'est d'être une femme âgée. Un moyen encore plus sûr d'y parvenir est d'être une femme âgée veuve.

3. Le manque de débrouillardise et la peur face au monde extérieur, tant dans les contacts sociaux que dans les relations avec les administrations.

On n'a pas besoin de se pencher longuement sur ces problèmes pour voir qu'ils sont tous reliés de près aux stéréotypes sexuels et aux rôles qu'on assigne aux femmes dans notre société. Pour commencer, on sait qu'il y a deux raisons principales pour lesquelles les femmes se retrouvent seules: l'espérance de vie plus longue des épouses et le fait que les Canadiennes choisissent des maris âgés de trois ans de plus qu'elles en moyenne.

Contrairement à ce que beaucoup de gens pensent, l'espérance de vie différente des hommes et des femmes ne résulte pas seulement de la supériorité biologique du sexe féminin. Elle provient aussi en bonne partie du style de vie différent que mènent les deux sexes.

Même si les actuaires n'ont jamais produit de chiffres pour en faire la preuve, les données sur les causes de décès selon le sexe entre les âges de 15 et 65 ans semblent démontrer qu'environ trois des sept années de différence entre l'espérance de vie des

hommes et des femmes proviennent de ce que les hommes boivent plus, fument plus, conduisent moins bien leur voiture, se suicident en plus grand nombre et se battent beaucoup plus souvent que les femmes. Si les styles de vie des sexes se ressemblaient davantage - et il n'est pas difficile de conclure lequel mène la vie la plus saine - les hommes ne mourraient pas aussi souvent prématurément et les femmes ne seraient pas veuves si longtemps.

Quant à la tradition voulant que le mari soit plus âgé que son épouse, c'est un exemple frappant du sexisme qui sous-tend toutes nos institutions. Le fait d'être plus âgé donne à l'homme un avantage perpétuel qui lui rend plus facile son rôle traditionnel de dominateur domestique. Pour sa part, la femme doit être aussi jeune que possible parce que chez elle beauté égale jeunesse et qu'une femme sans rides, même si elle est stupide, est préférable on le sait à une femme charmante et intelligente de plus de 35 ans. Dans une société plus éclairée que la nôtre, on trouverait obscène que des politiciens dans la cinquantaine épousent des filles de 20 ans.

Le deuxième problème principal des femmes âgées, le manque d'argent, est une conséquence directe et logique du rôle qu'on demande aux femmes de jouer dans notre société. Aujourd'hui encore, parents, éducateurs et orienteurs disent aux jeunes filles qu'elles n'ont pas besoin d'une profession sérieuse à long terme puisque de toutes façons elles vont se trouver un mari qui va s'occuper d'elles pour le reste de leurs jours.

Le résultat de ce lavage de cerveau systématique des filles, c'est soit que les femmes restent au foyer et dépendent complètement d'un homme qui va la plupart du temps mourir sans leur laisser de quoi vivre, soit qu'elles travaillent à la fois à la maison et à l'extérieur tout en donnant priorité à leur vie familiale. Dans ce dernier cas, leur emploi reste presque toujours secondaire et leur donne rarement droit à une pension ou même à un salaire adéquat.

Au sujet du troisième grand problème des femmes âgées, qui est le manque de débrouillardise face au monde extérieur, je me suis demandé s'il se retrouvait ici puisqu'on dit souvent qu'au Québec ce sont les épouses qui s'occupent des finances et des formules à remplir. Les résultats de l'enquête de Sherbrooke indiquent cependant que ce stéréotype québécois est au moins partiellement faux. En effet, on y voit que 85% des hommes de 65 à 69 ans, comparativement à 67% des femmes, s'occupent de leurs propres transactions bancaires et postales. De plus, l'écart s'accroît beaucoup en vieillissant: à 80 ans, 67% des hommes s'occupent toujours eux-mêmes de leurs affaires alors que le chiffre pour les femmes n'est que de 38%.

Sur le plan de la vie sociale, la sociologue Helena Lopata, qui a fait plusieurs enquêtes auprès des veuves, conclut que ces femmes se retrouvent seules et isolées à cause de la tradition selon laquelle on décourage les femmes de maintenir le contact avec leurs amis(es) pendant leur mariage (1973). Les couples heureux n'ont besoin de personne d'autre, leur

dit-on souvent, surtout qu'il peut être dangereux de devenir intime avec des gens qui peuvent ensuite se retourner contre vous. Il faut aussi qu'une femme soit prête à déménager pour suivre son mari et qu'elle sacrifie ses relations plus humbles quand le mari obtient des promotions.

Selon certaines études récentes sur les couples à la retraite, ce phénomène s'accentue une fois que le mari a quitté son emploi. A ce moment-là, il n'est pas rare que l'homme replie toutes ses énergies sur le couple, forçant son épouse à couper les liens extérieurs d'amitié qu'elle entretenait auparavant. (Pour être juste envers ces maris, il faut dire que leurs épouses ne s'en plaignaient pas trop).

Le bilan de ces relations étroites de couples, c'est la dépendance totale des épouses et le désarroi émotif et social subséquent des veuves. Après avoir exigé d'une femme qu'elle se comporte toute sa vie en "moitié" secondaire d'un couple, il n'est pas réaliste de s'attendre à ce qu'une fois devenue veuve elle sache s'occuper seule de ses propres affaires et de sa vie sociale du jour au lendemain.

Pour conclure, je pense qu'on peut affirmer sans hésitation qu'il existe un lien direct entre la socialisation des femmes et les problèmes auxquels elles ont à faire face dans leur âge avancé. Si on éduquait les jeunes filles de façon à les rendre indépendantes, tant financièrement que sur le plan émotif, il ne fait aucun doute que la vieillesse des femmes serait beaucoup plus sereine et heureuse qu'elle ne l'est aujourd'hui.

Pour l'avenir, je suis d'avis que la meilleure chose à faire serait d'abolir le veuvage. On doit combattre la tendance actuelle chez les gérontologues à vouloir accepter le veuvage comme une étape normale de la vie des femmes.

On doit aussi se débarrasser de la tradition selon laquelle il faut qu'une épouse soit plus jeune que son mari. Pour ce faire, on peut s'en prendre aux stéréotypes de l'homme fort et de son épouse perpétuellement mineure, et encourager les jeunes à se moquer de ces vieux préjugés. La bataille sur ce plan est peut-être déjà amorçée sans qu'on le sache puisque la différence moyenne d'âge entre les époux a déjà baissé de 4.4 ans en 1921 à 2.6 ans en 1978.

Enfin, il faut qu'on encourage les hommes à se libérer des styles de vie compétitifs et destructeurs qui les tuent prématurément. A mon avis, on aura accompli une bonne partie de cette tâche quand on aura soulagé les hommes de l'obligation d'être le roc de Gibraltar inébranlable et infaillible de la famille.

En attendant que ces changements se produisent, on ne peut que recommander aux jeunes filles de se choisir des compagnons de vie qui ont au moins cinq ans de moins qu'elles et un bon régime de pension.

Bibliographie

ARGUIN, J., A. BEAUDOIN, M. LEMMENS & M. THIBEAULT, 1972. Après 65 ans. Sherbrooke: Conseil régional du bien-être de Sherbrooke.

LOPATA, H.Z., 1973. Widowhood in an American City. Cambridge: Schenkman Publishing Company.

PROBLEMATIQUE DE LA CRISE DE LA RETRAITE

Gilles Plamondon et Louis Plamondon, Faculté de l'Education permanente, Université de Montréal

Bref historique

Le texte qui suit présente un document de travail élaboré à l'occasion de multiples interventions en préparation à la retraite. Nous faisons partie de l'Atelier de Promotion Collective de l'Université de Montréal, responsable de la conception de programmes, de la formation d'animateurs en préparation à la retraite et de soutien éducatif aux organisations de retraités. Notre tâche de préparer les gens à leur retraite était compromise par l'absence de références solides sur les impacts psycho-sociaux de la mise à la retraite.

Nous avons alors profité des sessions, principalement des soirées "adaptation à la retraite", pour écouter attentivement et explorer avec les participants les événements anticipés et vécus comme importants dans la mise à la retraite. Cette cueillette d'information et cette exploration lors des sessions nous ont donné une nomenclature très diversifiée et non systématique des changements appréhendés. Nous avons ensuite organisé l'information en la regroupant sous des thèmes

qui apparaissaient les plus récurrents et les plus susceptibles de rendre compte de la diversité et de la communauté des expériences. Ces thèmes furent ensuite classés selon trois champs généraux de transformation: modification du réseau social, du réseau familial et modification de la perception de soi. Nous avions en main un premier tableau pouvant servir de guide à l'intervention. Il fut utilisé comme tel et les résultats nous permirent de réajuster et de compléter selon les feed-back vécus. Cela fait, nous disposions d'un portrait global des transformations dues à la mise à la retraite.

Nous avons ensuite cherché à comprendre quelle trame reliait entre eux ces différents thèmes, quelles raisons pouvaient rendre compte de l'apparition d'un tel portrait. La réponse la plus juste consistait à prendre comme clé des transformations l'organisation de la vie de travail passée. Si les participants avaient pu nous donner un tel portrait, c'est qu'ils prévoyaient être affectés plus ou moins de la même façon par la disparition du travail. Ils avaient constitué un portrait en négatif de la place qu'occupe le travail dans notre vie quotidienne. Telle était la trame sous-jacente. Nous avons donc élaboré le document sur les impacts psycho-sociaux de la mise à la retraite dans une problématique centrée sur la vie de travail.

Pour comprendre le processus de transformation enclenché par la mise à la retraite, il est en effet essentiel de saisir comment toute la vie de travail détermine de façon principale nos conditions de vie

et structure nos conduites. Car la retraite se définit d'abord comme une situation de non-travail définitive. Il faut donc rappeler la place qu'occupe le travail et ce qu'il détermine dans la vie quotidienne pour appréhender les conséquences qu'entraîne sa disparition.

L'importance du mode d'organisation du travail

D'abord, la place qu'occupe le travail n'est pas le fait de la volonté des individus, mais le résultat d'un mode d'organisation sociale: c'est le seul moyen de gagner sa vie; et il ne se concrétise pas selon le bon vouloir de chacun ni ne s'organise selon ses inclinations ou talents. La production des biens et services est le fruit d'un développement historique. C'est donc socialement que cette production se réalise, à partir des impératifs du mode spécifique de production qui est le nôtre: capitaliste et industriel. Ce développement implique que la majorité d'entre nous sommes des salariés (en 1970, il n'y avait pas plus que 1/10 de travailleurs indépendants aux Etats-Unis). Aussi, l'activité de travail se réalise dans un rapport marchand et fait partie d'un processus d'accroissement du capital. Cela veut dire "que ce ne sont plus les travailleurs qui utilisent des moyens de production: ce sont les moyens de production qui utilisent les travailleurs en fonction d'une plus grande productivité du capital"[1]. Sur le marché du travail humain, cela fait porter l'enjeu du rapport de production sur les salaires et les conditions de travail, d'un côté, et la volonté du capitaliste de maintenir ses coûts

au minimum pour augmenter les profits de l'autre.

Ainsi, la place qu'occupe le travail et les conditions de vie des travailleurs ne dépendent pas d'abord de la volonté individuelle mais d'un mode d'organisation du travail qui est l'expression, au plan social, d'un rapport contradictoire.

Dans ce cadre, la disparition du travail ne peut pas être saisie comme la simple fin d'une activité... parmi d'autres. A un premier niveau, elle signifie au retraité son exclusion définitive du travail salarié, principalement due à une diminution de sa valeur sur le marché de la main-d'oeuvre. A un deuxième niveau, cette exclusion est la fin de son intégration à un rapport social qui définissait dans quelles conditions et sous quel mode il vivait sa vie.

Le travail, pôle organisateur

Quand nous disons que le travail est la principale activité humaine, nous impliquons aussi que toutes les autres activités se structurent à partir des activités de travail. Par la portion de temps qu'il occupe d'abord, le travail décide de la durée et de la période de temps libéré qui sont réservées au sommeil, aux activités familiales et sociales (pensons à ceux qui ont des horaires rotatifs, par exemple). Cela fait un cycle d'activités, finalement assez rigide, qui se reproduit hebdomadairement, cinquante fois par année, pendant quarante ans de vie dite "active". C'est ce cycle qui crée à heure fixe les embouteillages sur les routes urbaines, l'achalandage des jeudi et vendredi

soir dans les centres d'achats, les fins de semaine consacrées au repos et aux activités familiales et sociales (etc.).

De plus, à l'intérieur de ces cycles d'activités, chacun assume des rôles et fonctions qui comportent des tâches particulières. Pendant qu'un préposé à la machinerie répare, ajuste, vérifie, entretient la mécanique à l'usine, sa femme nettoie, range, lave, éduque et nourrit à la maison. Ces comportements, comme les cycles dans lesquels ils s'insèrent, sont définis par l'organisation sociale du travail et par les répartitions particulières qui en découlent. Et ces rapports se reproduisent tant et aussi longtemps que durent les activités de travail qui les rendent nécessaires. C'est pourquoi nous saisissons le travail comme le pôle organisateur des conduites pendant la vie productive.

Située dans ce contexte social général, la disparition du travail renvoie donc à une rupture significative: l'exclusion définitive du marché de la main-d'oeuvre entraîne nécessairement une transformation des conditions et des conduites inscrites depuis longtemps dans la vie quotidienne.

Du travail au capital épargné

Si le travail est le générateur des ressources et le pôle des conduites pendant la vie active, c'est le capital épargné disponible qui va déterminer, à long terme, les ressources du retraité et qui va réorienter ses conduites. C'est ce qu'a montré la sociologue

A.M. Guillemard[2]. Elle partage ce capital en deux types: les biens (revenu; état de santé; degré de vieillissement; environnement social) et les potentialités (niveau d'instruction; position dans l'emploi; présence d'activités hors travail). C'est donc que ce capital épargné dépend pour l'essentiel de la vie du travail passé: le salaire influence directement la capacité d'épargne; les conditions de travail influencent l'état de santé (en 1975-76, les accidents de travail ont fait perdre plus de jours d'ouvrage que toutes les grèves et lock-out) et le degré de vieillissement (à 65 ans, un journalier par rapport à un cadre sera en moyenne plus vieux de sept (7) ans); l'instruction et la position dans l'emploi influencent l'accumulation et le développement de potentialités diverses. En réalité, les possibilités qu'offre l'organisation capitaliste d'accumuler un bon niveau de biens et potentialités sont minces: Mme Guillemard retrouve dans les pratiques de retraite "retrait" ou "mort sociale" la structure de conduite la plus attestée dans la réalité. Et, comme elle le souligne, "il ne s'agit pas de "ratés" du système, mais d'un processus général de grande régularité: ce sont à la fois une place définie dans le processus de production et une certaine position dans le système culturel qui conduisent inéluctablement à la mort sociale"[3]. Sur un fond de nature vivace, la vieillesse est donc éminemment sociale.

Mise à la retraite et vie de retraite

Quoi qu'il en soit, la restructuration des conduites, non plus fondée sur l'activité de travail mais sur

le capital accumulé, ne se fait pas rapidement et de n'importe quelle façon: elle s'étend sur une période plus ou moins longue, selon la nature et l'importance des changements. Mme Guillemard indique les orientations des conduites prises à long terme et les facteurs en cause. Mais cela ne nous donne pas la structure des transformations, ni la dynamique sous-jacente des changements de vie à la retraite.

Nous distinguons deux périodes dans le processus: la période de mise à la retraite proprement dite, qui est le moment de destructuration ou de déséquilibre plus ou moins prolongé et la période de vie de retraite qui est le résultat stabilisé des changements. Nous nous sommes principalement interrogés sur la nature et l'importance des changements déclenchés par la mise à la retraite et sur leur impact dans le processus d'adaptation. Décrire ces changements, c'est identifier les lieux principaux de transformation, les éléments qui les constituent et leurs corrélations: c'est ce que nous appelons la structure de la crise de la retraite. Ces éléments sont apparus comme structurant la crise parce que chacun d'eux est l'expression d'une conjonction de rapports sociaux jusqu'alors maintenus par la situation de travail. La crise réfère donc directement à l'organisation du travail et à son impact sur la vie sociale et familiale (situation de travail et pratiques sociales). Sa généralisation suppose une cueillette de données et une analyse en sociologie du travail applicable aux travailleurs âgés chez nous: nous avons sommairement indiqué les orientations sociales qui nous

paraissaient les plus plausibles, afin de définir un cadre d'analyse qui permette de pointer les changements les plus évidents. A l'intérieur de ce cadre, chaque expérience individuelle varie selon les caractéristiques de sa situation, en regard des éléments de la crise pris un à un. Nous soulignons en regard des différents éléments quelques hypothèses qui peuvent aider à pondérer l'importance prévisible de l'impact du changement.

Modification du réseau social

Pour la majorité des travailleurs, la retraite signifie une modification de leur réseau social dans le sens d'un amoindrissement de leurs possibilités d'échanges sociaux. Nous avons identifié quatre facteurs qui déterminent le degré d'exclusion des interactions sociales que produit la mise à la retraite: la perte des contacts sociaux associés à la situation de travail et l'absence de champ de relations hors travail, la diminution brutale de revenu et la situation de pauvreté imposée à la majorité des plus de 65 ans.

Pour le travailleur, le travail est le principal lieu de pratiques relationnelles et il constitue le flot quasi exclusif de relations en dehors de la famille; en effet, le travail offre à l'individu un lieu de rencontres sociales, un temps structuré qu'il partage avec d'autres et une organisation d'activités spécifiques qui le relient à une communauté; par la retraite, on le prive brusquement de ce lieu de pratiques; la perte des contacts du travail représente la

disparition d'une réalité profondément inscrite dans l'expérience quotidienne.

Par ailleurs, moins la situation de travail permet le développement de relations sociales hors travail et l'accumulation de ressources, moins l'individu mis à la retraite peut compter sur un réseau social disponible pour compenser la perte de ses relations. Compte tenu des conditions générales de travail et de la portion de temps qu'il prend, la majorité des travailleurs ne disposent pas d'un réseau de relations hors travail. Ainsi, cette absence de champ de relations hors travail peut induire un sentiment d'incapacité personnelle d'entrer en contact avec d'autres personnes. Un tel sentiment peut favoriser l'adoption de comportements d'évitement de nouveaux contacts, ou de rupture de contacts anciens, augmentant ainsi l'isolement du retraité. La fermeture du champ social, c'est-à-dire la perte brusque et importante du réseau de ses relations de travail, prive le retraité des occasions par lesquelles il pouvait se reconnaître comme une valeur d'échange au plan des relations sociales. Et dans la mesure où la situation de travail passée ne favorise pas une accumulation de ressources permettant de se récréer des relations d'échange à la retraite, cette fermeture est inévitable.

Quatre-vingt-dix pour cent (90%) des travailleurs, par la retraite, subissent une baisse de revenus. En société capitaliste, le niveau de revenus mesure en partie la valeur sociale et détermine la capacité d'échanges sociaux de l'individu. La diminution de

revenus à la retraite marque donc aux yeux du retraité un appauvrissement de sa valeur au plan social. De plus, cette diminution de revenus restreint considérablement son pouvoir de consommation et d'épargne. Sa dévalorisation se double d'un sentiment d'exclusion car cette perte de revenus l'écarte d'un champ de pratiques socialement gratifiantes et le prive du même coup de toute la diversité des relations sociales qui y sont associées; la diminution de revenus a donc directement pour effet d'accentuer l'exclusion sociale du retraité.

Soixante-trois pour cent (63%) des retraités au Québec vivent sous le seuil de pauvreté. Cette situation socio-économique des travailleurs retraités s'explique par l'histoire de leur salaire qui révèle une absence de possibilité d'épargne, compte tenu des charges familiales, des soins de santé et des risques sociaux du travail qu'ils devaient assumer à même leur revenu. De plus, chacun sait que les régimes publics de retraite produisent un niveau de revenus inférieur au seuil de pauvreté. A-t-on besoin d'expliciter comment une telle situation dans la vie quotidienne du retraité provoque l'insécurité permanente, l'isolement social et les problèmes sociaux qui en découlent?

Modification du réseau familial

Nous avons dit que la situation de travail est le lieu principal d'échanges sociaux. La famille est souvent, pour l'individu, le seul autre lieu de rencontre, de temps partagé et d'activités communes. Aussi le travailleur va-t-il souvent compenser la perte des

relations de travail en augmentant l'importance de sa participation dans le réseau familial.

Il nous faut rappeler que cette surintégration à la famille s'opère au moment même où le retraité voit se rétrécir brusquement son réseau social, perd les rôles et fonctions qui le définissaient socialement comme travailleur et, plus généralement, vit une transformation importante de ses conditions matérielles d'existence. Dans ce contexte, l'intégration plus forte du retraité à son réseau familial entraîne inévitablement des modifications dans ses relations familiales, tant du point de vue de leur structure que des comportements qui s'y greffent.

Par exemple, dans la relation de couple, nous avons identifié trois niveaux de transformations provoquées par la mise à la retraite: modification des rôles des conjoints dans la relation, des aménagements spatio-temporels et des pratiques de communication. Les transformations sont à ce point importantes en regard des conditions de vie de la période de travail que la mise à la retraite est ressentie par les conjoints comme le début d'une nouvelle période de vie de couple.

Compte tenu du rétrécissement soudain du réseau social du retraité, celui-ci tendra à intensifier ses relations aux enfants et aux petits-enfants.

La modification des relations du retraité avec sa famille proche (enfants et petits-enfants) dépend principalement de ce qu'il représente encore comme valeur d'échange dans la logique des intérêts familiaux (qu'il s'agisse d'échanges affectifs, matériels ou de services).

En d'autres termes, la disponibilité de la famille proche à l'égard du retraité, le type et l'intensité de son accueil, dépendent de l'intérêt familial sur lequel le retraité peut compter.

Cet intérêt dépend de l'avoir et des aptitudes des parents retraités (ce qu'ils possèdent et ce qu'ils sont) et de la position des enfants en regard de ces ressources d'autre part (est-ce qu'elles ont de la valeur à leurs yeux?). Plus les intérêts des uns et des autres seront complémentaires (l'un a besoin de ce que l'autre peut lui offrir), plus l'intégration à la famille sera forte. Et cette intégration peut générer autant de satisfactions mutuelles que de situations conflictuelles.

Modification de la perception de soi

La mise à la retraite représente l'imposition d'une nouvelle période de vie socialement structurée qui provoque des changements importants dans le réseau social et familial du retraité. Les nouvelles conditions de vie feront émerger de nouvelles pratiques socialement normalisées, qui vont progressivement transformer les perceptions qu'a l'individu de lui-même et de sa position sociale. Notre démarche nous a permis d'identifier trois niveaux de modifications sous ce rapport.

A un premier niveau, dans son rapport au temps, le retraité entre dans une nouvelle période de temps social caractérisée par la disparition des contraintes d'horaires et d'activités imposées par le travail. Cette rupture provoquée par la fin de la période de

travail favorise une prise de conscience particulière du retraité dans son rapport au temps, à savoir que la majeure partie de son temps de vie est derrière lui et que, contrairement aux périodes précédentes, cette nouvelle période de vie n'a d'autre suite que la mort.

Le second niveau de modification est constitué par le fait que l'entrée dans la période de retraite marque l'intégration à une nouvelle catégorie sociale: les retraités. Après l'employeur, c'est d'abord l'Etat qui lui signifie cette appartenance en lui allouant une pension de vieillesse, une rente de retraite et en lui rendant accessibles des services sociaux spécifiques. Concourent à marquer cette intégration, privilèges et attentions qu'on accorde aux retraités, et les multiples sollicitations qui leur sont faites d'appartenir à des clubs et associations qui sont de leur âge et de leur condition. Le retraité s'identifie ainsi comme faisant partie du troisième âge. De nombreux éléments semblent structurer cette perception du retraité d'intégrant à la catégorie "retraité-3e âge". Tout dépend des caractéristiques de son groupe de référence, de ses milieux d'appartenance. Nous avons exploré brièvement quelques éléments les plus communs de ce processus d'intégration.

Le troisième niveau de modification provoquée par la retraite concerne la relation du retraité à son corps. D'abord, il faut dire que plus les conditions de travail et de vie en général auront été dures, plus le retraité sera vieux en regard de son âge biologique.

Ensuite, la rupture brusque des pratiques corporelles instituées tout au long de la vie de travail peut engendrer une gamme de malaises et de désordres physiologiques. Enfin, la diminution comme telle de nombreuses activités régulières contribue au développement de pratiques de repli sur l'être biologique. Souvent le retraité ne connaît pas les conséquences physiologiques de cette rupture, ni de l'influence de ses conditions de travail antérieur sur son mauvais état de santé, et n'est pas prévenu de la nécessité de se maintenir en mouvement. Il sera porté à interpréter ses malaises comme des manifestations de son vieillissement "naturel", invalidant par là toute tentative de changer sa situation. Sa perception de lui-même comme étant devenu principalement un vieux est d'autant plus facilitée qu'on le désigne socialement en référence à son âge et que ses conditions de retraite accélèrent de fait son vieillissement.

L'importance de l'acquis

Cette problématique de la crise de retraite, lentement élaborée sur le terrain, nous a permis de reformuler l'intervention de préparation à la retraite à la fois dans ses objectifs et son contenu. Nous avions ainsi une connaissance minimale des impacts psychosociaux de la retraite pour orienter nettement l'intervention dans une perspective de prévention. A court terme, cela veut dire informer les pré-retraités des transformations dues à la mise à la retraite et les aider à trouver des façons de prévenir leurs impacts

négatifs. A moyen terme, la problématique permet d'identifier des facteurs qui, dans la vie de travail, détermine pour la vie de retraite une marginalisation sociale inévitable. Seule la prise de conscience des travailleurs de l'impact des conditions de vie et de travail sur la vie de retraite, leur mobilisation pour une transformation de ces conditions, pourront faire cesser ce que Guillemard appelle "la reproduction systématique de la mort sociale".

Plus largement, cette recherche-action sur la mise à la retraite amène à s'interroger sur l'orientation des recherches en gérontologie sociale, oblige le chercheur à se situer plus nettement en regard des théories gérontologiques et le praticien à mieux cerner les priorités dans sa pratique professionnelle. L'absence de données sérieuses permettant de guider les intervenants en préparation à la retraite n'est pas un hasard. Déjà, en 1971, l'américain Shanas[4] montrait que les orientations privilégiées en sociologie du vieillissement concernaient les facteurs d'adaptation et d'ajustement des âgés à leur situation sociale, d'un point de vue strictement individuel. En 1975, King et O'Toole[5] montraient que la préférence des sociologues allait vers des recherches portant sur les attitudes des gens âgés, leur satisfaction dans la vie, leur bon "moral". Plus de 70% des recherches en gérontologie utilisent des variables dépendantes du type "disposition personnelle" ou "perception de soi". Or, est-ce bien par l'effet de leur vieillissement ou de leurs dispositions personnelles que les retraités sont âgés et pauvres, âgés et isolés

socialement, âgés et physiquement dégradés, âgés et dépendants de la famille et des services offerts, âgés et vulnérables aux moindres pressions des politiciens? Pour que les universitaires servent les retraités et participent à la transformation de leurs conditions de vie, il faut nous orienter nettement vers une compréhension structurelle des réalités sociales du vieillissement. Certains en appellent à une gérontologie radicale[6]. Peu importe le mot pourvu qu'il signifie non plus des recherches sur les âgés mais au service des âgés, leur permettant d'accroître la compréhension de leur situation sociale et leur donnant des moyens de la changer. C'est là une tâche pour les chercheurs, les praticiens et les retraités. Elle ne concerne pas seulement le troisième ou le quatrième âge mais tous les âges de la vie et implique un changement social profond qui rende possible un mieux-vivre pour la majorité des jeunes, des adultes et des retraités. La lettre d'appel en ce sens que les Panthères Grises américaines ont fait parvenir à l'Association américaine de gérontologie[7], la fondation récente d'une Association québécoise de pré-retraités et retraités (l'A.Q.D.R.)[8] nous montrent que des "vieux" d'ici et d'ailleurs ont déjà commencé le travail.

Renvois

1 Une ville à vendre, Ezop-Québec, cahier 1, p. 39, 1972.

2 GUILLEMARD, A.M., La retraite, une mort sociale, Mouton La Haye, Paris, 1973.

3 Idem., p. 234

4 SHANAS, E., The sociology of aging and the aged, The Sociological Quaterly 12, p. 159-176, 1971.

5 KING et O'TOOLE, The case of the sociology of aging, North Central Sociological Association, Columbus, Ohio, 1975.

6 MARSHALL, V.W., TINDALE, J.A., Note for a Radical Gerontology. Aging and Human Development, Vol. 9 (no 2), 1978.

7 Citation KUHN, Maggie, Lettre ouverte au président de l'Association américaine de gérontologie, in "The Gerontologiat", septembre 1979.

8 Fondation de l'Association québécoise pour la défense des droits des retraités et pré-retraités a eu lieu les 2-3-4 mai, à Montréal.

LA STRUCTURE DE LA CRISE DE LA RETRAITE

- SITUATION DE NON TRAVAIL
  - MODIFICATION DU RESEAU SOCIAL
    - PERTE DES CONTACTS SOCIAUX
    - ABSENCE DE CHAMP ALTERNATIF DE RELATION
      - FERMETURE DU CHAMP SOCIAL
    - DIMINUTION DE REVENUS
      - PERTE DU POUVOIR DE CONSOMMER
    - SITUATION DE PAUVRETE
      - DEPENDANCE SOCIO-ECONOMIQUE
  - MODIFICATION DE LA PERCEPTION DE SOI
    - IMPOSITION D'UNE PERIODE D'AVANCE EN AGE STRUCTUREE SOCIALEMENT
      - FIN D'UNE PERIODE DE LA VIE
      - PERCEPTION DE SOI S'INTEGRANT AU GROUPE 3e AGE
      - PRISE DE CONSCIENCE D'UNE DIMINUTION DES CAPACITES PHYSIQUES
  - MODIFICATION DU RESEAU FAMILIAL
    - RETOUR A LA MAISON
    - MODIFICATION DE LA RELATION DE COUPLE
      - ROLE HOMME FEMME
      - REAMENAGEMENT SPATIO-TEMPOREL
      - PRATIQUES DE COMMUNICATION
        - ACTES DE COMMUNICATION
        - RELATIONS SEXUELLES
    - MODIFICATION DES RELATIONS AVEC LA FAMILLE PROCHE

L'APPORT DE LA PSYCHOLOGIE A LA GERONTOLOGIE

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

Le présent exposé n'a pas pour but de fournir une sorte de bilan de ce que les psychologues font ou ne font pas en matière de gérontologie, mais plutôt d'expliciter les divers domaines où la psychologie peut et doit jouer un rôle important. Ceci sera fait par rapport à deux niveaux précis: d'abord le niveau de l'intervention psychologique professionnelle auprès des personnes âgées; ensuite le niveau de l'acquisition de connaissances (via la recherche) quant aux divers phénomènes et processus du vieillissement psychologique.

L'exposé sera complété par quelques commentaires sur les attitudes des divers milieux professionnels, universitaires (recherche et formation) et gouvernementaux face à cette réalité humaine qu'est le vieillissement.

A. L'intervention psychologique (ou approche clinique)

Par approche clinique je réfère ici à l'intervention psychologique, c'est-à-dire à l'aide ou à l'assistance professionnelle que peut apporter le psychologue aux personnes âgées. Cette intervention se situe à au moins deux niveaux: l'aspect diagnostic et l'aspect

traitement comme tel.

1- L'aspect diagnostic

Pour pouvoir aider efficacement une personne, il faut arriver à identifier, à diagnostiquer, avec précision la nature de ses problèmes ou difficultés. Et pour bien diagnostiquer, il faut posséder des instruments efficaces. Tout comme pour le diagnostic chez les enfants, les adolescents et les adultes, le matériel d'entrevue avec les personnes âgées et ses proches ne peut pas toujours suffire à effectuer ce diagnostic. Par exemple, le psychologue, en collaboration avec les autres disciplines concernées, peut aider à préciser le rôle des facteurs psychologiques facilitant ou entravant la réadaptation à une maladie ou à un handicap physique; à déterminer les aspects temporaires ou permanents d'une dépression; à préciser le moment ou les circonstances où il y a risque d'évolution vers la sénilité; etc.

Tout cela ne peut pas se faire exclusivement à l'oeil. L'un des grands problèmes régulièrement signalés est le manque d'instruments diagnostiques spécialement adaptés pour l'étude des structures d'adaptation et l'identification des mécanismes pathologiques chez les personnes âgées. Le psychologue peut contribuer très activement à l'élaboration de tels questionnaires permettant d'identifier les symptômes, leur répartition, leurs variations selon l'âge et le sexe, leurs variations individuelles, etc. D'autres types d'instruments pourraient permettre d'identifier les structures

mentales normales chez les personnes âgées, leur évolution, les moments de risque de perturbation de ces mécanismes normaux.

Au-delà de l'identification des aspects négatifs du fonctionnement psychologique (intellectuel et affectif), le psychologue peut de plus contribuer à l'identification des ressources positives qui persistent également chez les personnes âgées, et à élaborer des moyens visant à mettre à profit ces forces positives dans les moments difficiles que rencontrent les personnes âgées: infirmités, maladies, adaptation à la solitude, etc.

2- Le traitement

Le diagnostic à lui seul ne change rien. Il faut traiter. Par traitement, j'entends ici toute intervention, aide, assistance depuis les simples conseils en passant par la consultation plus en profondeur jusqu'à la psychothérapie comme telle. Bien sûr ici je ne fais pas de distinction quant aux approches méthodologiques de base utilisées: psychanalytique, rogérienne, behaviorale, transactionnelle, etc. Toutes ces méthodes ont leur valeur, laquelle est régulièrement apparue liée davantage à l'expérience et à la compétence de son utilisateur plutôt qu'à la supériorité de l'une par rapport aux autres. Je n'entrerai donc pas dans un tel débat.

La véritable préoccupation ici est plutôt de situer la place du psychologue dans le processus d'intervention ou d'assistance psychologique auprès des

personnes âgées. Peut-il vraiment être utile à quelque chose? A-t-on vraiment besoin de lui ou ne serait-ce qu'un luxe inutile, ce travail pouvant être fait par d'autres?

La seule façon de répondre adéquatement à ces interrogations est de répondre préalablement à l'importante question suivante: les personnes âgées ont-elles des problèmes psychologiques, éprouvent-elles des difficultés d'adaptation psychologique? Pour le savoir scrutons très brièvement (au risque d'être superficiel) l'expérience de vie quotidienne des personnes âgées.

Une première expérience bien connue est celle de l'adaptation à la retraite. Cet événement, souvent vécu comme un choc parce que correspondant psychologiquement à la perte de statut et de rôle social, provoque parfois des états dépressifs très marqués dont la durée moyenne est de 4 ou 5 ans et dont les effets bien connus pour l'homme sont entre autres les suivants: sentiment plus ou moins prononcé de dévalorisation personnelle, chute du niveau d'aspiration, accroissement des comportements de dépendance, plus grande sensibilité aux maladies physiques, augmentation bien connue du taux de mortalité durant cette période. Ce qui est moins connu, c'est que certaines recherches (dont Chiriboga et Thurnher, 1975; L'Ecuyer, 1978a, 1979a, 1979b) laissent entendre que de semblables phénomènes apparaissent également à peu près aux mêmes âges chez la femme, même celle demeurant au foyer. Le fait d'être socialement identifiée au rôle de grand'mère et l'identification par empathie à la dépression que vit

son mari retraité ne seraient pas étrangers à cette période également dépressive chez la femme âgée.

Mais de quelle assistance psychologique professionnelle jouissent les personnes âgées traversant cette période dépressive parfois de façon tragique? Les "Faut pas vous en faire; laissez-vous pas abattre comme ça; cramponnez-vous, sortez, voyagez..." suffisent-ils toujours, guérissent-ils toujours en profondeur?

Par ailleurs, le moment de la retraite a comme effet indirect, mais non négligeable, de replacer ensemble les deux membres du couple comme jamais auparavant, même pas au début du mariage avant la naissance des enfants. Chacun des conjoints se retrouve maintenant constamment présent à l'autre. Cette réintensification de la vie du couple, parfois négligée depuis plusieurs années ou tout au moins diluée au sein des préoccupations pour le travail et pour les enfants, exige pour certains de très sérieux efforts de réadaptation mutuelle. On sait que parfois cette réintensification de la vie à deux n'est pas perçue comme des retrouvailles, mais anticipée avec appréhension. S'il y a des retrouvailles heureuses, il y a aussi des échecs au moins aussi psychologiquement catastrophiques que lors des séparations ou divorces chez les couples plus jeunes. De quelle assistance psychologique professionnelle jouissent ces couples de personnes âgées pour poursuivre des relations heureuses, pour réapprendre parfois à se comprendre et à s'aimer, ou pour se retrouver et surmonter le choc d'une séparation si l'amour n'existait vraiment plus?

L'on pourrait également s'arrêter à analyser en profondeur les moments psychologiques très difficiles où les personnes âgées doivent malgré tout trouver le moyen de s'adapter: l'adaptation à la maladie lorsqu'elle survient, aux différentes formes d'invalidité totale ou partielle le cas échéant, à la perte du conjoint dont certains ne se remettent jamais, à la perte souvent irremplaçable que sont les amis d'enfance, à l'expérience de quitter sa maison pour loger en foyer ("casser maison" comme on dit), à la solitude, à l'attente de la mort, etc.

Or tous ces exemples sont puisés de l'expérience quotidienne de vie des personnes âgées ordinaires, normales comme nous tous. Nous n'avons même pas touché le domaine des psychopathologies chez celles-ci. N'y a-t-il pas déjà là suffisamment d'intensité émotionnelle dans ces expériences de vie, et bien d'autres, pour non seulement légitimer mais exiger à certains moments l'intervention d'un spécialiste de la compréhension de la dynamique psychologique? Pourquoi ne serait-ce plus utile au niveau des personnes âgées? La compréhension naturelle de l'entourage, d'amis sincères, de personnes dévouées peut faire et fait beaucoup. Mais est-ce toujours suffisant? Que dirait-on d'une situation où une personne en état de crise cardiaque serait entourée de personnes qui lui témoigneraient sa sympathie, l'encourageraient à ne pas se décourager... mais où aucun spécialiste en la matière n'interviendrait? Pourquoi au niveau des épreuves psychologiques critiques refuse-t-on aux personnes âgées l'accès à des services spécia-

lisés par des personnes spécialisées dans ce domaine? Qui lui refuse ces services? Cela nous le verrons plus loin.

Pour le moment, on a sans doute pu déduire facilement que les personnes âgées, comme tout le monde, vivent des périodes difficiles, voire même de conflits psychologiques à certains moments. Conséquemment il faut conclure à l'utilité, et à la nécessité pour un certain nombre de cas, de l'intervention psychologique spécialisée. Conséquemment il faut conclure au droit des personnes âgées d'exiger des services psychologiques appropriés, à l'obligation pour les organismes de mettre de tels services à leur disposition et à l'obligation pour les psychologues de s'intéresser aux problèmes psychologiques des personnes âgées lorsque les réalités ingrates de la vie leur posent des difficultés à ce niveau.

B. La recherche psychologique en gérontologie

Le psychologue a donc sa place dans le domaine de la gérontologie tant au plan du diagnostic que du traitement. Mais la précision de ses diagnostics et l'efficacité de ses interventions n'auront leur pleine valeur que dans la mesure où ceux-ci reposeront sur des connaissances précises de la psychologie du vieillissement. Et c'est ici que l'apport de la psychologie dans le domaine de la gérontologie prend toute son importance. Pour bien illustrer cette partie, je vais l'aborder sous deux angles bien précis: celui des approches méthodologiques de la recherche psychologique en gérontologie, et celui de quelques domaines importants

de recherches à suggérer.

1. Les approches méthodologiques de recherche

Encore ici il n'est pas question d'aborder les diverses approches méthodologiques de recherche en termes de supériorité des unes sur les autres. Il n'existe pas une méthodologie qui surpasse toutes les autres.

L'analyse des approches méthodologiques ne vise donc pas à en substituer certaines aux autres méthodes plus fréquemment utilisées ou à donner l'impression que ces dernières méthodes sont devenues vétustes en soi. L'objectif est d'indiquer qu'il y aurait avantage à étudier certains phénomènes en utilisant ces autres approches au moins de temps en temps pour obtenir des éclairages non seulement différents mais indispensables.

C'est donc dans cette perspective que seront repassées brièvement les diverses approches méthodologiques suivantes: l'approche dynamique par rapport à la méthode dite "déficitaire", la méthode développementale par rapport à l'approche statique, et l'approche interne par rapport à l'approche externe.

a) Approche dynamique et méthode déficitaire

En psychologie comme dans les autres sciences humaines (telles la médecine, la sociologie, etc.) il existe l'habitude régulière d'étudier les phénomènes sous l'angle des déficits, des diminutions ou pertes fonctionnelles. On additionne les aspects négatifs.

A plus forte raison l'étude des phénomènes liés au vieillissement et l'étude du vieillissement comme tel n'ont pas échappé à cette pratique: diminution de la mémoire, des fonctions intellectuelles, des capacités d'adaptation, de l'autonomie, etc., etc.

Et pourtant nous savons très bien que le vieillissement ne peut être ramené à la seule sommation des déclins. Des recherches de plus en plus nombreuses montrent très bien que certaines fonctions de la mémoire peuvent demeurer à peu près intactes encore longtemps au-delà de 60 ans (Arenberg, 1977); même chose pour certaines fonctions intellectuelles plus abstraites et de compréhension de problèmes qui peuvent même continuer d'augmenter jusqu'à 80 ans. D'autres études montrent que des personnes âgées exceptionnellement en santé réussissent aussi bien et parfois mieux que des jeunes de 25 ans sur des problèmes de compréhension (Birren, 1977). Kalish (1975) conclut, suite à ses travaux et à l'analyse de nombreux résultats de recherches, que les personnes âgées possèdent de remarquables capacités d'adaptation à leurs handicaps, etc.

Il y a donc beaucoup d'éléments positifs chez les personnes âgées, éléments mal connus parce que l'attention est trop régulièrement centrée sur les aspects négatifs observés en elles. Une connaissance très précise des déficits est essentielle parce qu'elle indique sur quoi il n'est plus possible de compter. Mais ce type de recherche n'indique pas ce que l'on peut faire. La recherche psychologique doit donc également porter sur l'exploration des dynamismes positifs

persistant à travers le processus du vieillissement parce que c'est la connaissance de ces derniers qui rend l'adaptation possible.

La psychologie peut aider grandement à la découverte des fonctions intellectuelles, des mécanismes d'adaptation, des structures motivationnelles, etc., ainsi qu'à la mise au point de méthodes permettant d'utiliser à profit ces divers dynamismes positifs pour le plus grand bien-être des personnes âgées, la prolongation de leur autonomie psychologique et le maintien du sentiment de dignité personnelle et humaine.

b) Méthode développementale et approche statique

Même si aux plans logique et théorique on sait que l'être humain se développe et évolue durant toute sa vie, on a toujours eu beaucoup de mal, y compris en psychologie, à reconnaître ce fait pour les personnes âgées. On reste persuadé malgré tout que les structures mentales et de personnalité sont figées, cristallisées, statiques chez les personnes âgées. Lorsqu'on est graduellement parvenu à reconnaître qu'il peut y avoir évolution, bon nombre de chercheurs se sont facilement convaincus qu'il ne s'agissait tout au plus que de changements traduisant la répétition des mêmes thèmes psychodynamiques découverts à l'enfance et à l'adolescence ou encore d'évolution régressive: la personne âgée reprend en sens inverse les phases de son adolescence et de son enfance. Par quelle paresse intellectuelle en est-on arrivé là!

Or cette attitude a de très importants effets sur la façon de conduire les recherches en gérontologie.

Partant ainsi du principe que tous les vieux sont pareils, on n'étudie souvent que des phénomènes très limités et sur des échantillonnages encore plus limités. Ainsi, on étudiera beaucoup le choc de la retraite, le transfert de la maison au foyer, etc. Pourtant ce sont des événements qui ne se situent qu'en deçà de 70 ans. Ou encore on ne prendra que de très petits nombres de personnes réparties sur un très large éventail d'âges (v.g. 30 personnes de 50 à 80 ans) pour conclure que les caractéristiques des personnes âgées sont telle, telle ou telle chose.

De tels procédés de recherche où 1'on ne donne que de petits coups de sondes ici et là pour généraliser à une population complète indiquent bien que 1'on travaille alors avec une conception de la personne âgée en tant qu'être statique, figé.

Est-il vraiment possible d'imaginer qu'entre 60 et 100 ans, c'est-à-dire durant cette période de 40 ans, tout se passe comme si tout était fixé comme dans du béton?

Nous ne connaissons à peu près rien de ce qu'est l'évolution normale des processus mentaux et affectifs au cours de cette tranche de vie qui couvre 40 ans d'existence chez les personnes âgées! Nous ne connaissons pas les stades de développement (normaux ou anormaux), les moments et l'évolution des phases critiques ou de crise, les processus de disparition de divers mécanismes d'adaptation ou leur remplacement par d'autres. Nous ne connaissons à peu près rien de l'évolution de la psychologie différentielle chez les

hommes et les femmes âgées. Ce ne peut être la même chose. Nous ne connaissons même pas les critères de santé mentale par coupes d'âges chez les personnes âgées. Alors nous appliquons en gros les critères développés pour les jeunes. Mais sont-ils vraiment les mêmes pour les personnes de 60 ou 70 ans. Ceux qu'on trouverait pour les 60-70 sont-ils intégralement réapplicables pour les 70-80, les 80-90, les 90-100?

Quant à moi, je sais pertinemment qu'il y a évolution constante chez les personnes âgées et que cette évolution ne peut être associée entièrement aux formes d'évolution de l'enfance et de l'adolescence. Au cours des 15 dernières années, j'ai étudié l'évolution du concept de soi de l'enfance à la vieillesse, c'est-à-dire de 3 ans à 100 ans, comparaison hommes-femmes (de 15 à 30 hommes et 15 à 30 femmes par groupes d'âges à 3 ans, 5, 8, 12, 15, 18, 21, 25, 30... et ainsi de suite à intervalles de 5 ans jusqu'à 100 ans inclusivement). Entre 60 et 100 ans, période qui nous intéresse ici, on retrouve toutes les courbes possibles de développement: accroissement, décroissement, stabilité ou plateau, et oscillations multiples (L'Ecuyer, 1978a, 1978b, 1979b). S'il n'est pas possible d'aller dans tous les détails ici, une chose paraît tout au moins certaine: tout n'est pas figé au-delà de 60 ans, tout n'est pas essentiellement en déclin; il y a développement, il y a encore évolution. En somme ça bouge toujours chez les vieux tant qu'ils ne sont pas morts. Alors étudions sérieusement ce développement psychologique chez les personnes âgées elles-mêmes. Il y a là des caractéristiques et des dynamismes que nous ne

retrouvons pas ailleurs. L'unique façon de bien connaître les véritables caractéristiques du vieillissement psychologique c'est encore de l'étudier directement chez les vieux plutôt que de tenter de généraliser les connaissances acquises à l'enfance et à l'adolescence.

Bien sûr, ce sont des études difficiles, longues, fastidieuses, décourageantes même. Ces 40 dernières années au-delà de 60 ans représentent à elles seules la moitié de la durée moyenne de vie actuelle (qui se situe entre 75 et 80 ans), représentent le double de toutes les recherches consacrées à la période de 0 à 20 ans! Les psychologues ont pensé par le passé que ça valait la peine de le faire pour les jeunes; qu'en pensent-ils pour les vieux...?

Tout le domaine des études développementales ne peut être abordé sans toucher au moins brièvement à l'épineuse question de la controverse entre deux méthodes précises de recherche. D'une part il y a la méthode longitudinale qui consiste à revoir périodiquement les mêmes personnes durant plusieurs années et à tracer ainsi un portrait précis des changements psychologiques observés au cours de l'évolution de ces personnes. Cette méthode permet d'obtenir une ligne de continuité entre les divers changements au sein d'une même personne, avantage très sérieux au plan de la recherche. D'autre part, il y a la méthode transversale (cross-sectional) consistant en des échantillons différents de personnes à différents niveaux d'âges, à en analyser les caractéristiques pour ensuite tracer la courbe de développement. Au départ, il y a des

discontinuités puisque les personnes, d'une période d'âge à l'autre, ne sont pas les mêmes. La courbe obtenue souffre donc éventuellement d'un certain nombre d'irrégularités.

De cette différence essentielle en termes de continuité versus discontinuité, les chercheurs ont tôt fait de voir dans la méthode longitudinale LA méthode de recherche en matière de développement. La plupart des textes sur cette question étalent donc éloquemment les défauts de la méthode transversale mais passent sous silence certains vices quand même très réels inhérents à la méthode longitudinale: l'influence de l'examinateur sur la personne qu'il revoit régulièrement, l'effet de l'apprentissage sur les résultats de la personne qui repasse le même questionnaire ou les mêmes tests à différents âges, etc. Exemple: imaginons une étude longitudinale sur l'évolution des habitudes alimentaires chez les personnes âgées; est-il possible de croire que, d'avoir périodiquement à rendre compte de ses habitudes alimentaires, la personne ne les modifiera pas en cours de route? Qu'est-ce qui alors sera l'effet du développement comme tel et l'effet de l'influence externe? Le même type d'influence pourrait jouer en étudiant l'évolution des mécanismes d'adaptation à la retraite, l'évolution des valeurs, l'évolution des perceptions de soi et des autres, l'évolution des attitudes face à la mort, etc.

Cela n'enlève pas la valeur de la méthode longitudinale, mais indique bien que ce n'est pas une méthode miracle. Dans la pratique elle ne peut également être

utilisée que sur des périodes assez courtes à cause, entre autres choses, du temps énorme d'application qu'elle prend. Il faut bien penser qu'une étude sur une période de 40 années de développement prendrait 40 ans puisqu'on suit alors les mêmes personnes au cours de leur développement! Quelles équipes de recherche et quels organismes commanditaires de semblables travaux peuvent persister aussi longtemps? Or des modifications de personnel au sein de l'équipe peuvent influencer à leur tour les résultats de la personne antérieurement habituée à tel expérimentateur, etc.

Pour ma part, je travaille sur le développement du concept de soi de l'enfance à la vieillesse, c'est-à-dire de 3 ans à 100 ans. J'avoue avoir toujours un certain serrement de coeur lorsqu'on me demande parfois si j'utilise la méthode longitudinale: j'avais déjà 27 ans quand j'ai commencé ces travaux qui, en utilisant la méthode longitudinale, m'obligeraient à travailler durant 97 ans (100-3=97)!

Des chercheurs aussi compétents dans le domaine de la recherche développementale et aussi spécialisés que Kessen (1960) et Zazzo (1967) dans l'utilisation de la méthode longitudinale demandent depuis longtemps la prudence et le discernement en cette matière. Zazzo (1967) qualifie lui-même d'"illusion" relevant de la "croyance archaïque" cette habitude de considérer "l'approche longitudinale comme méthode universelle" (p. 136). Depuis ce temps bien d'autres méthodes très complexes ont été mises au point pour palier aux défauts de la méthode longitudinale (qui ne tient pas compte des cohortes ou générations) et de la méthode

transversale. Toutes ces autres méthodes (time-lag, cross-sequential, time-sequential, cohort-sequential) ont également des avantages certains et divers autres défauts encore insurmontés (Botwinick, 1978).

Comme je l'ai déjà mentionné ailleurs (L'Ecuyer, 1975, p. 70), la recherche ne peut être amorcée sous l'angle de la supériorité d'une méthode sur les autres. Ce sont les objectifs d'une recherche et la nature du problème étudié qui déterminent la meilleure méthode à utiliser en tenant compte des étapes de recherche, des facteurs temps, argent, etc. Ainsi, dans un premier temps, une étude exploratoire sur de longs intervalles de vie, a avantage à être amorcée avec la méthode transversale pour obtenir une vue globale de la situation. Des études plus approfondies sur la nature plus précise de changements internes peuvent ensuite suivre en utilisant la méthode longitudinale sur des intervalles plus courts de temps. Par la suite, on peut vouloir départager ce qui relève du développement interne comme tel de ce qui relève des différences culturelles d'une génération à l'autre; et alors on utilisera la méthode ou le modèle général de développement de Schaie. Et ainsi de suite. La question des méthodes relève donc de la logique des étapes franchies ou à franchir dans l'évolution même de la recherche, non dans la supériorité a priori d'une méthode par rapport aux autres.

c) Approche interne et approche externe

Par ailleurs quelles que soient les méthodes utilisées (dynamique et positive, déficitaire et négative,

développementale ou statique, longitudinale ou transversale, etc.), l'étude de la psychologie du vieillissement doit-elle être effectuée à partir d'une approche interne ou externe, c'est-à-dire à partir du point de vue de celui qui vit le vieillissement ou à partir du point de vue du chercheur?

Encore ici, il n'y a pas de réponse unique à cette interrogation. Disons qu'il n'est pas question au départ de rejeter l'approche externe. On a appris beaucoup par l'observation externe et on apprendra encore beaucoup de cette manière. En observant ainsi les personnes âgées aux prises avec le choc de la retraite, la maladie lorsque c'est le cas, la solitude, etc., le chercheur apprend beaucoup sur l'adaptation des personnes âgées et peut développer des modèles très éclairants quant aux mécanismes d'adaptation qui sont en cause. Mais pour arriver à une connaissance plus complète des phénomènes du vieillissement, il ne faut pas s'en tenir aux seules données de l'observation externe. Puisqu'on connaît si peu dans le domaine du vieillissement, il est impérieux de ne pas négliger le point de vue de celui qui le vit, sinon le chercheur risque de ne jouer que le rôle d'un spectateur. Certes, le spectateur a sa façon d'interpréter une partie de hockey parce qu'il la voit. Le joueur a lui aussi sa façon d'interpréter la même partie parce qu'il la joue. Parallèlement, le chercheur a sa façon d'interpréter le vieillissement parce qu'il l'observe; et la personne âgée a elle aussi sa façon non moins éclairante pour le chercheur parce que c'est elle qui vit la vieillesse.

L'un des points de vue ne peut être rejeté au seul profit de l'autre.

Déjà il y a 10 ou 15 ans, des chercheurs tels Havighurst (1966) ainsi que Robert et Kimsey (1972) s'étonnaient de la "quantité disproportionnée du matériel inférentiel" pour l'étude de phénomènes aussi personnalisés que la façon dont les personnes âgées se perçoivent. On ne le leur demandait même pas. Après avoir étudié moi-même le développement du concept de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans à partir des perceptions des personnes âgées elles-mêmes, je puis confirmer la raison d'être de l'étonnement des auteurs cités plus haut. J'obtiens ainsi une structure perceptuelle composée d'une trentaine de dimensions dont l'organisation hiérarchique est tantôt stable, tantôt variante non seulement dans le sens négatif mais aussi dans le sens positif du terme (L'Ecuyer, 1978a, 1978b, 1979a, 1979b). On est loin du rétrécissement perceptuel régulièrement présenté comme LA caractéristique des personnes âgées à partir de 60 ans. Il y a du rétrécissement perceptuel, mais il apparaît vraisemblablement plus tard et à des moments très différents selon les personnes.

De même, on a régulièrement soutenu que les personnes âgées sont dissociées du présent, qu'elles vivent surtout par rapport au passé. Or, à partir de ces mêmes travaux basés sur les perceptions des personnes âgées elles-mêmes, personnes toutes en santé physique et mentale, entre 60 et 100 ans, j'ai plutôt relevé exactement le contraire: sur un total de 17

échantillons, les références au présent dominent chez 11 d'entre eux (soit 64.7%); les références au passé ne dominent que chez 3 échantillons (soit 17.6%) et sont égales au présent chez 3 autres (soit 17.6% également). De plus, ce n'est pas la totalité du champ expérientiel qui est alors envahie par le passé, mais seulement quelques aspects et pas chez toutes les personnes composant ces 3 échantillons (L'Ecuyer, 1979c). Ces résultats venaient confirmer du même coup la pensée de Kastenbaum (1977, p. 206) et les résultats de Giambra (1977) qui mettaient en doute l'universalité et la prévalance des souvenirs du passé chez les personnes âgées.

Les psychologues-chercheurs n'ayant pas régulièrement eux-mêmes l'expérience de la vieillesse, ils ont avantage à ajouter à leurs études traditionnelles le point de vue de la personne âgée elle-même. Les nouveaux éclairages ainsi obtenus ne rendront la recherche psychologique en gérontologie que plus complète, plus objective parce que tenant compte de toute la réalité, et plus utile à l'ensemble des disciplines et des intervenants dans les services aux personnes âgées.

2. Les domaines de recherches psychologiques en gérontologie

Quant aux domaines d'études psychologiques à approfondir en gérontologie ils sont nombreux et vont de grands secteurs d'investigation à l'analyse détaillée de concepts clés. Ceux qui seront mentionnés ici ne constituent donc que quelques suggestions parmi tant d'autres.

a) Les secteurs importants

Tout au long du précédent exposé, j'ai eu l'occasion de signaler au passage différents secteurs majeurs de recherches à effectuer dans le domaine de la psychologie du vieillissement: études génétiques détaillées des phases du développement psychologique des personnes âgées de 60 à 100 ans; étude du développement normal et pathologique; identification des phases difficiles ou de crises; bilans complets de santé mentale par coupes d'âges; mise au point d'instruments de recherche adaptés aux réalités des personnes âgées; etc.

Comment par ailleurs étudier les divers mécanismes d'adaptation sans s'arrêter au concept de soi des personnes âgées, i.e. à la façon dont elles se perçoivent en tant que personnes vieillissantes, à la façon dont elles perçoivent les autres et à la façon dont les autres les perçoivent?

Il y a également tout le problème très sérieux des effets secondaires des médicaments sur le fonctionnement psychologique des personnes âgées. Pourquoi forcer les personnes âgées à perdre parfois l'usage de leurs facultés mentales en tentant de réduire la douleur dans les jambes par l'utilisation de médications mal adaptées, mal dosées pour les personnes âgées. Les causes de surconsommation des médicaments méritent également une attention particulière, puisque liées à la toxicomanie et à la dépendance.

Enfin, ce qui importe le plus, c'est de se rappeler la nécessité d'étudier toutes les étapes de ces 40 der-

nières années. La gérontologie ne peut être limitée à quelques phénomènes choisis ici et là. Elle doit couvrir toutes les phases du vieillissement.

b) Révision de concepts clés

La recherche en gérontologie exige de façon pressante la révision de concepts clés. Il a été signalé que les concepts généralement appliqués dans le domaine du vieillissement consistent généralement en la réapplication de ceux trouvés durant les périodes de l'enfance et de l'adolescence. Mais sont-ils vraiment applicables?

Parmi ces concepts à réviser, ainsi que leurs critères d'évaluation, il y a celui de l'adaptation. On parle couramment des difficultés d'adaptations chez les personnes âgées. Mais adaptation et difficultés par rapport à quoi? Si c'est adaptation à toutes les idéologies, valeurs nouvelles, slogans, etc., sans doute pouvons-nous conclure à difficultés d'adaptation. Mais ce sont là des idées, valeurs... des jeunes d'aujourd'hui présentés comme des vedettes de facilité d'adaptation. Si on demandait à ces jeunes de s'adapter aux valeurs humaines et morales auxquelles les vieux ont eu à s'adapter, qui seraient les plus difficilement adaptables?

Les personnes âgées sont également souvent accusées de ne pas être sociables. Mais qu'est-ce que la socialisation chez les personnes âgées? Est-ce vraiment selon certaines conceptions américaines appliquées aux jeunes et basées sur le nombre d'amis, mesurées par la

fréquence des contacts par jour, par semaine, par mois? Est-ce la quantité et la fréquence qui compte pour les personnes âgées ou l'intensité dans la communication, la confiance, la certitude de l'amitié de l'autre? Avant de juger du repliement sur soi de la personne âgée, on doit absolument analyser la place que tenait l'ami perdu, la possibilité réelle de remplacer une amitié d'enfance, une amitié de 50 ans passés, et accepter éventuellement que les nouvelles amitiés nouées ne peuvent pas nécessairement remplacer vraiment et rapidement l'ami récemment perdu.

Nécessité également de réviser et de redéfinir d'autres concepts comme ceux de motivation, aspiration, valorisation, santé mentale, créativité, etc.

On a tellement étudié ces concepts en fonction de la jeunesse, on a tellement mis en évidence pour ne pas dire surévaluer ces dernières années les capacités d'adaptation, les forces créatrices des jeunes, qu'on n'est plus capable de rien voir de positif, de bon, de valable et de réellement dynamique en dehors de cela.

Il est donc grandement temps que la psychologie du vieillissement soit étudiée pour elle-même, que les concepts soient revus et les méthodes d'analyse développées de manière non pas seulement à identifier les déclins qui existent bien sûr, mais à les identifier à la lumière des autres mécanismes positifs dont la présence n'est pas moins réelle et sur lesquels nous pourrons ensuite mieux compter pour contrer les effets des déficits qui apparaissent. Et à ce niveau l'apport de la psychologie peut être énorme.

Conclusions rétrospectives et prospectives

De tout ce qui précède, il ressort bien clairement dans mon esprit que la psychologie non seulement peut apporter beaucoup dans la connaissance du vieillissement et la pratique professionnelle auprès des personnes âgées, mais qu'elle a beaucoup à faire dans ce domaine. Et c'est ici que se pose un certain nombre de questions cruciales.

-Première question: Est-on intéressé à avoir des psychologues en gérontologie?

Des services d'assistance psychologique assumés par des professionnels spécialisés dans ce domaine sont de prime importance si l'on se réfère aux divers types de difficultés que rencontrent les personnes âgées. Les organismes (CLSC, hôpitaux, foyers) qui s'occupent des personnes âgées sont-ils vraiment intéressés à engager des psychologues. Les divers personnels professionnels, techniques et bénévoles croient-ils vraiment à l'importance de l'intervention du psychologue ou ne sont-ils pas souvent portés à croire que la seule bonne volonté et la seule psychologie naturelle personnelle suffisent? On a compris par le passé que certains problèmes nécessitaient une intervention spécialisée et l'importance des spécialisations s'est traduite par l'apparition de psychologues pour enfants, de psychologues pour adolescents. Cela ne vaudrait-il donc si peu la peine pour les personnes âgées de sorte que l'aspect psychologique pourrait être pris en charge par tout le monde?

La deuxième question n'est pas plus facile.

-Deuxième question: Est-ce que les psychologues sont intéressés aux problèmes des personnes âgées?

Ce n'est en effet pas tout de questionner les autres. Et ici on doit bien reconnaître que, dans la pratique, les psychologues s'intéressent peu ou pas aux problèmes des personnes âgées. Et c'est particulièrement vrai au Québec. Butler (1975) parle du préjugé de l'"âgisme" en référant aux attitudes négatives des professionnels face aux personnes âgées. Les psychologues, de toute évidence, n'y échappent pas. Eux aussi, comme d'autres professions, paraissent trouver que cela ne vaut pas tellement la peine. Qu'est-ce que ça donne de mettre de l'énergie là-dedans? Il n'y a plus rien à en tirer et elles vont mourir bientôt. C'est cela que ça cache. On a développé toute une psychologie pour les jeunes, centrée sur leur productivité future. On ne s'intéresse pas à chercher les moyens de modifier les techniques d'intervention, les méthodes psychothérapeutiques pour les personnes âgées, en les adaptant pour le présent parce qu'on n'y croit pas.

Par ailleurs au-delà des psychologues en tant que tels, il faut également bien reconnaître que la Corporation professionnelle des psychologues du Québec (C.P.P.Q.) n'a pas fait grand-chose non plus pour se sensibiliser et sensibiliser ses membres à cette réalité quotidiennement grandissante des personnes âgées qui constitueront dans 30 ans le cinquième de la population. Le mot gérontologie n'apparaît que très, très,

très rarement dans toute la documentation qu'elle envoie à ses membres. Parce qu'elle n'est pas elle-même sensible à cette réalité des personnes âgées, la Corporation des psychologues ne travaille donc pas à l'implication de ses membres dans le domaine de la gérontologie.

-Troisième question: Les universités s'intéressent-elles à la gérontologie?

La façon la plus créatrice et efficace pour les universités d'apporter leur contribution dans le domaine de la gérontologie réside dans le développement de programmes de formation (Baccalauréat, Maîtrise et Doctorat en gérontologie) et de programmes de recherche d'envergure.

A ce propos, l'on doit dire à regret que non seulement les universités ont été les dernières à se sentir concernées par la gérontologie, mais qu'elles y accordent une attention bien discrète (pour ne pas dire distraite) et mal planifiée.

Ainsi en matière de formation en gérontologie, tout ce que les universités québécoises ont su développer consiste en quelques programmes de certificats. Aucun programme de niveau baccalauréat, encore moins de niveau maîtrise et doctorat! A part cela, quelques cours ici et là en gérontologie dans divers départements, dont la psychologie mais pas toujours, au rythme de l'initiative de quelques professeurs isolés. A ce rythme, les personnes âgées ont amplement le temps de mourir avant d'être assurées de pouvoir bénéficier de personnel professionnel réellement spécialisé au niveau

des différentes disciplines concernées pour leurs sortes de problèmes à eux. La croissance démographique des personnes âgées suit son cours: l'immobilisme des universités suit également son cours en ne donnant pas trop de cours spécialisés dans ce domaine. S'il n'en tient qu'aux universités, on peut être assuré que les gérontologues en général, que les psychologues-gérontologues, etc. ce n'est pas pour demain; et pas si sûr que cela pour après-demain.

Au plan de la recherche, ce n'est guère plus gai. Les universités hésitent beaucoup et tardent énormément à s'engager en tant qu'institution dans ce secteur important de la recherche en gérontologie. Leurs raisons ne sont pas nécessairement sans fondement (il y a le problème du financement entre autres), mais il faudra bien finir par donner le premier coup de barre. Dans l'intervalle, la recherche en gérontologie est laissée à la seule initiative individuelle et l'implantation de programmes de recherche d'envergure reste sur les listes d'attente dans les différentes universités.

-Quatrième question: Les gouvernements s'intéressent-ils aux problèmes des personnes âgées?

Il y a bien sûr les crédits pour la construction de foyers pour personnes âgées, les fonds de pension, les services de santé, les services aux personnes âgées dans les CLSC, etc. A ce niveau, je laisse à ceux qui oeuvrent dans ces secteurs et aux bénéficiaires eux-mêmes le soin de formuler leur propre appréciation, car je ne suis pas suffisamment bien informé moi-même.

Ce que je sais, c'est qu'au Ministère de l'Education on ne paraît pas démesurément ému par l'absence de programmes de formation spécialisée en gérontologie et qu'on n'a pas encore pensé, semble-t-il, à développer un programme de bourses de doctorat afin de stimuler l'intérêt pour des études approfondies en gérontologie.

Au plan de la recherche, exception faite cette année du Conseil national de recherche en sciences humaines, les autres organismes (tant fédéraux que provinciaux) qui subventionnent la recherche continuent d'hésiter à déclarer prioritaire le domaine de la recherche en gérontologie.

Entre 1975 et 1978, le gouvernement fédéral a subventionné en moyenne 1 projet de recherche par province en gérontologie. En termes de budgets, les sommes allouées représentent 1/10% de un pour cent de l'ensemble des crédits consacrés à la recherche en général. Pourtant les personnes âgées représentaient entre 8.5% et 9% de la population.

Au Ministère des affaires sociales du Québec, 8 projets seulement de recherches en gérontologie ont été subventionnés entre 1963 et 1977, vraisemblablement 2 en 1978. Il semble d'après la communication présentée à ce même colloque par M. Roger Murray qu'il y aurait 11 projets pour l'année 1979-80, ce qui constitue un net progrès.

Pour compléter ma conclusion, je dirai ceci à tout le monde: c'est le nombre des personnes âgées qui augmente et celui des enfants qui diminue. Pourquoi ne rester fascinés que par les projets développés

pour les enfants? Aux psychologues en particulier (et aux autres qui veulent bien l'entendre), je dirai que le grand défi de la psychologie génétique est de ne plus rester cloisonnée dans le travail et les recherches à l'intérieur des vingt premières années de la vie; il faut sortir de ces vingt ans et cumuler minutieusement les multiples données qui elles seules pourront nous renseigner sur l'évolution complète de l'humain.

L'enfant de 5 ans et même beaucoup plus jeune a été jugé assez vieux pour étudier l'histoire de son développement, sa genèse, la structuration et les modifications de sa personnalité, alors, les personnes âgées ne sont-elles pas encore assez jeunes pour qu'il vaille la peine de poursuivre l'analyse de l'histoire de leur développement, leur genèse et leur évolution, les structures et les transformations de leur personnalité pour les mieux comprendre et les mieux aider?

Bibliographie

ARENBERG, D. and E.A. ROBERTSON-TCHABO, 1977. Learning and Aging. In J.E. Birren and K.W. Schaie, eds, Handbook of the Psychology of Aging. New York: Van Nostrand Reinhold. 421-449.

BIRREN, J.E. and K.W. SCHAIE, eds, 1977. Handbook of the Psychology of Aging. New York: Van Nostrand Reinhold.

BOTWINICK, J., 1978. Methodological Issues in the Study of Aging. Communication présentée dans la série "Master Lecture Series on the Psychology of Aging", 86e Congrès annuel de l'American Psychological Association, Toronto, Canada, (28 août au 1er septembre 1978).

BUTLER, R.N., 1975. Why Survive? Being Old in America. New York: Harper & Row.

CHIRIBOGA, D. and M. THURNHER, 1975. Concept of Self. M. Fiske-Lowenthal, M. Thurnher and D. Chiriboga, eds, Four Stages of Life: A Comparative Study of Women and Men Facing Transitions. San Francisco: Jossey-Bass. 62-83.

GIAMBRA, L.M., 1977. Daydreaming about the Past: The Time Setting of Spontaneous Thought Intrusions. The Gerontologist, 17, (1), 35-38.

HAVIGHURST, R.J., 1966. Viewpoint: How does it Feel to Grow Old? The Gerontologist, 6, 130-131.

KALISH, R.A., 1975. Late Adulthood: Perspectives on Human Development. Monterey, Calif.: Brooks/Cole.

KASTENBAUM, R., 1977. Memories of Tomorrow: On the Interpretation of Time in Later Life. In B. Gorman and A.E. Wessman, eds, The Personal Experience of Time. New York: Plenum Press.

KESSEN, W., 1960. Research Design in the Study of Developmental Problems. In P.H. Mussen, ed., Handbook of Research Methods in Child Development. New York: Wiley. 36-70.

L'ECUYER, R., 1975. La genèse du concept de soi: théorie et recherches. Les transformations des perceptions de soi chez les enfants âgés de trois, cinq et huit ans. Sherbrooke: Editions Naaman.

L'ECUYER, R., 1978a. Le concept de soi. Paris: Presses Universitaires de France.

L'ECUYER, R., 1978b. The Development of the Self-Concept Through the Life Span. Communication présentée au Self-Concept Symposium, Northeastern University, Boston, Mass., 28 sept.-1st oct. 1978.

L'ECUYER, R., 1979a. Lo sviluppo del concetto di Sé nelle persone dai 60 ai 100 anni: modificazioni delle loro aspirazioni e percezioni di ruolo e di status (Le développement du concept de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans: modifications de leurs aspirations et de leurs perceptions de leur rôle et statut). In C. Giovannini, ed., Identità personale: teoria e ricerca, Bologna: Zanichelli, 92-106.

L'ECUYER, R., 1979b. Les transformations de l'identité personnelle à travers l'évolution du concept de soi chez les adultes et les personnes âgées. Communication présentée au Colloque international sur l'"Affirmation et production de l'identité", tenu à l'Université de Toulouse - Le Mirail, Toulouse, 3-7 septembre 1979.

L'ECUYER, R., 1979c. La réminiscence: facteur d'adaptation et d'affirmation de l'identité chez les personnes âgées. Communication présentée lors du Colloque international sur l'"Affirmation et production de l'identité" (Table ronde: Vieillissement et identité). Université

de Toulouse - Le Mirail, Toulouse, 3-7 septembre 1979.

ROBERTS, J.L. & L.R. KIMSEY, 1972. How does it Feel to Grow Old? Eleven Essayists Answer. The Gerontologist, 12, (4), 389-392

ZAZZO, R., 1967. Diversité, réalité et mirages de la méthode longitudinale. Rapport introductif au symposium des études longitudinales. Enfance, 2, 131-136.

UNE PERSPECTIVE ANTHROPOLOGIQUE EN GERONTOLOGIE

Ellen Corin, Laboratoire de gérontologie sociale,
Université Laval.

1. Le regard anthropologique

Lorsque l'on s'interroge sur ce qui caractérise la perspective anthropologique dans les études sur le vieillissement, il me semble important de commencer par essayer de saisir ce qui constitue l'originalité du regard que porte l'anthropologie sur les phénomènes pour ensuite dresser la carte de ses contributions concrètes dans ce domaine et en tracer à la fois les limites actuelles et les promesses.

Il n'y a pas si longtemps que l'anthropologie s'est détachée de la sociologie, de la psychologie, de la biologie, de la linguistique et de l'histoire; elle continue à porter jusqu'à ce jour les traces de cet arrachement qui font d'elle une science carrefour qui, plus que les autres peut-être, est préparée pour le dialogue entre les sciences humaines, et désireuse de refaire une certaine unité dans les sciences qui ont l'homme pour objet.

La contribution spécifique de l'anthropologie dans ce contexte peut être caractérisée sommairement de trois manières: 1) elle situe son objet d'étude, fut-il limité

et partiel comme les rites d'initiation ou les cérémonies du deuil, à l'intérieur de la culture locale; 2) elle inscrit au coeur de sa réflexion sur une réalisation culturelle donnée une perspective de comparaison transculturelle qui vise à mettre en évidence les continuités et les discontinuités dans les réalisations historiques concrètes de l'humanité; 3) enfin, elle s'efforce de construire un discours fondamental qui porte sur l'homme en tant que réalité pluridimensionnelle, en tant que noeud où se croisent les axes du biologique, du psychologique, du social et du culturel. Ce discours s'efforce de rejoindre la nature de l'homme à travers ses manifestations culturelles concrètes et leur comparaison.

a) Au niveau de la première de ces caractéristiques, l'anthropologie insiste sur le fait que les phénomènes observés ne prennent de sens que lorsqu'on peut les resituer dans un contexte socio-culturel plus large qui en détermine à la fois le statut structurel et la signification. Cette idée de l'articulation fondamentale entre les comportements, les institutions et les systèmes de pensée et de croyance d'une société déterminée s'est cristallisée en trois écoles particulières qui influencent profondément la pensée anthropologique: le fonctionnalisme, le structuralisme et le systémique. Dans les trois cas, on considère que les éléments culturels envisagés isolément sont aussi plus significatifs que les lettres isolées de l'alphabet et que le message ne surgit que de la configuration ordonnée des éléments. Les fonctionnalistes, depuis Malinowski, insistent sur

l'interdépendance entre les différentes parties du système, interdépendance qui se fonde sur la fonction différentielle remplie par chacune des parties dans le cadre du maintien du système. Les structuralistes dont la pensée se réclame de Lévi-Strauss, sont moins empiriques, moins collés au réel, et s'efforcent de déterminer les structures d'opposition sous-jacentes aux différents phénomènes culturels, en montrant d'une part comment ces structures d'opposition traversent les différentes manifestations concrètes de la culture, et d'autre part, comment chacune des réalisations institutionnelles concrètes constitue une des combinaisons possibles d'un système général d'oppositions enraciné dans l'esprit humain. On peut dès lors dire que son aperception de la globalité se situe à un niveau plus abstrait que celle des fonctionnalistes. Enfin, l'école systémique avec Bateson introduit des notions nouvelles empruntées à la théorie générale des systèmes, comme celle de causalité circulaire ou celle de rétro-action positive ou négative; elles permettent de mieux saisir la manière dont fonctionne le processus de l'articulation entre les différents éléments du système, dans sa tension entre équilibre et déséquilibre. On peut dire que cette école semble assumer le meilleur du fonctionnalisme en le complétant là où il s'est montré le plus faible.

b) La seconde caractéristique de l'anthropologie prend ses racines dans la tension profonde qui existe entre les recherches intraculturelles qui se limitent à comprendre par l'intérieur une seule culture ou sous-culture

en cherchant à restituer le point de vue original de cette population et les recherches transculturelles qui refusent de s'emprisonner dans une société particulière et qui situent tout discours scientifique dans une perspective comparative. La majorité des anthropologues insistent sur le fait qu'on ne peut accéder à la transculturalité qu'à travers l'expérience d'une immersion dans une culture particulière pour en comprendre le langage, l'organisation interne et le sens. Dans ces études qui procèdent de l'intérieur du système, la structure surgit des phénomènes étudiés et les critères pour apprécier le sens des données se trouvent situés au niveau des caractéristiques internes au système. On se réfère de plus en plus souvent à cette approche par l'intériorité à travers le terme d'approche "émique".

Cependant, des difficultés surgissent lorsque l'on cherche à situer la société étudiée de l'intérieur par rapport à d'autres sociétés étudiées elles aussi de l'intérieur. On peut se trouver en face de discontinuités aussi profondes que celles qui existent entre les langues parlées dans ces sociétés. La solution adoptée en anthropologie a été de créer des catégories à validité transculturelle qui ne sont propres à aucune société et se retrouveraient cependant chez toutes. On peut dire qu'ici, c'est l'analyse qui crée la structure et situe les phénomènes par rapport à des critères posés comme universels. Cette approche est souvent qualifiée d'approche étique. En pratique cependant, ce sont souvent les catégories de la culture occidentale qui ont servi de point de comparaison et même la

meilleure anthropologie transculturelle s'est souvent mise à mesurer les autres à l'aune de ce que les occidentaux étaient et faisaient (pour une discussion intéressante de cette question appliquée à l'anthropologie psychologique, consulter Berry, 1969).

c) Nous avons posé comme troisième caractéristique de l'anthropologie un souci de rejoindre l'homme au-delà de ses multiples réalisations historiques concrètes, celles que l'on trouve dans les sociétés occidentales avancées n'étant qu'une de ses formes possibles. Du voyage de la comparaison transculturelle, l'anthropologue revient donc porteur d'autres modèles d'être un homme, et par le fait même critique par rapport à ce qu'il trouve dans sa propre culture. Ce qui intéresse particulièrement l'anthropologue, ce sont les interstices et les liens qui s'établissent entre les dimensions biologique, psychologique, sociale et culturelle, dans un souci de globalité que l'on retrouve également à ce niveau.

Ces trois caractéristiques existent en anthropologie comme une intentionalité, un projet, et il est évident que peu d'études se sont construites dans cette triple direction. Ce que je vais maintenant dire du discours anthropologique sur les personnes âgées va permettre de prendre conscience de la distance qui existe entre ce projet fondamental et les réalisations concrètes des anthropologues. S'il faut penser le futur des recherches en gérontologie, c'est cependant à la lumière des caractéristiques profondes de la science anthropologique qu'il faut le faire et c'est

la raison pour laquelle il m'a paru important de présenter l'originalité de sa perspective.

Ma présentation des recherches anthropologiques sur le vieillissement et des perspectives qu'elles suggèrent va se faire en deux temps: le premier qui va se centrer sur la perspective de comparaison, avec la relativisation de nos modèles qu'elle implique, et le second qui s'attachera aux approches "par l'intérieur" en en dégageant les différentes lignes. Dans chacun de ces domaines, je m'attacherai davantage à dresser un tableau des perspectives adoptées qu'à un compte rendu des résultats des recherches.

2. Une relativisation culturelle du phénomène du vieillissement

Les études portant sur le vieillissement dans notre société tendent à insister de plus en plus sur la diversité des formes qu'il peut prendre et l'ont désigné comme l'un des points où les interrelations entre les phénomènes physiologiques et des facteurs d'un autre ordre, psychologiques et socio-culturels, semblaient particulièrement importantes. Les études effectuées dans le cadre de notre société se sont surtout attachées à montrer le rôle des variables psychologiques et de certaines variables sociologiques sur le phénomène du vieillissement, amenant ainsi une remise en question de théories qui associaient étroitement certains phénomènes psycho-sociaux au "donné" que constituerait le vieillissement physiologique (voir par exemple la théorie du désengagement).

Pour pouvoir saisir l'impact des facteurs socio-culturels plus généraux, différents auteurs ont repris l'idée que la variété des cultures offrait une sorte de "laboratoire social" permettant de tester l'universalité ou la relativité culturelle des théories élaborées à partir des sociétés occidentales. C'est cette perspective qui avait déjà inspiré les premiers travaux de Margaret Mead dans le champ couvert par ce qu'on appelle le courant "culture et personnalité". En essayant de voir comment se présentait dans d'autres sociétés le stade de l'adolescence ou comment d'autres sociétés organisaient les différences entre les sexes, elle a montré l'impact du contexte socio-culturel sur des configurations de traits psychologiques et sociaux que les théories psychologiques occidentales présentaient comme universels parce qu'enracinés dans la dimension physiologique de la nature humaine. Dans la même ligne, Cowgill et Holmes (1972) et Myerhoff et Simic (1978), par exemple, ont assigné comme l'un des buts à leurs études un départage entre les manifestations du vieillissement qui semblent posséder un caractère inévitable et universel et celles qui dépendent plus directement du contexte culturel, afin de pouvoir isoler en une seconde étape les facteurs socio-culturels responsables de la diversité.

Les études réalisées dans cette perspective peuvent être regroupées autour de deux pôles: celui des études "essentiellement interculturelles" qui veulent tester des relations statistiques entre plusieurs variables dans un nombre important de sociétés, et des études qui

se basent sur une analyse approfondie du vieillissement dans une société non-occidentale en montrant comment les données recueillies dans cette société nous amènent à relativiser le modèle nord-américain du vieillissement.

Au niveau des recherches essentiellement interculturelles, une grande attention est portée à l'identification et à la mesure des variables réparties en deux groupes: celles qui ont trait au contexte socio-culturel jouant le rôle de variables indépendantes et celles qui décrivent le statut des personnes âgées ou l'attitude de la société à leur égard, celui de variables dépendantes.

La conscience de la complexité du contexte socio-culturel amène les auteurs à travailler avec un grand nombre de variables dont certaines concernent les caractéristiques globales de la société et d'autres servent à décrire la place des personnes âgées dans la structure sociale. Au niveau des caractéristiques globales de la société, les variables retenues sont le plus souvent sélectionnées dans l'optique d'un classement des sociétés en fonction de l'axe de la modernisation. On s'intéresse ainsi au niveau du développement technologique, à la division du travail, aux rapports sociaux, aux systèmes de croyances et plus généralement au degré de complexité de la société. D'autres variables permettent de préciser la place des personnes âgées dans la société, comme leur relation à la propriété, au pouvoir, à la connaissance, ou la manière dont elles contribuent à l'économie et au fonctionnement

de la société et du groupe familial. Simmons (1945) codifie 109 traits qui lui servent à décrire le contexte socio-culturel dans différentes sociétés. D'un autre côté, on s'attache à définir avec une précision aussi grande les indicateurs du statut des personnes âgées dans la société et l'attitude de cette dernière à leur égard. Simmons considère ici un ensemble de 112 traits, alors que Maxwell et Silverman (1970) s'intéressant aux comportements indicateurs d'une relation de déférence par rapport aux personnes âgées, les regroupent en 7 patterns différents.

On peut dire, de manière générale, que ces études se situent dans une perspective anthropologique en raison de leur visée de globalité qui se manifeste au niveau de l'évolution des variables considérées, mais qu'elles s'éloignent de l'anthropologie classique par une méthode d'approche qui se situe à l'extérieur des sociétés étudiées. Ces études intéressent directement les recherches qui portent sur les sociétés occidentales, dans la mesure où elles nous fournissent des points de repère qui nous permettent d'avoir une vision à la fois plus analytique et plus complexe du contexte socio-culturel du vieillissement dans nos sociétés. Leur distinction analytique pour les besoins de la recherche et leur multiplicité pose cependant le problème de leur articulation et celui de la mise en évidence des processus qui médiatisent leur impact sur le vieillissement.

Une série de ces études a consisté en un travail statistique et "de seconde main" effectué sur la banque

de données que constitue le Human Relations Area Files mis au point par Murdock à Yale. Cette méthode pose le problème de l'homogénéité de données recueillies par des chercheurs différents dans le cadre de problématiques très diverses. On a aussi souligné le risque qu'il y a à manipuler des "traits" isolés de leur contexte, au risque d'en changer la signification. Ce qui est en jeu dans cette critique est une conception holistique de la culture qui n'est pas réductible à l'addition de ses éléments constituants. Enfin, on a relevé le caractère inadéquat d'indicateurs qui se centrent sur des caractéristiques structurelles ou institutionnelles de phénomènes qui peuvent prendre de nombreuses formes non nécessairement couvertes par la définition a priori des variables.

Cowgill et Holmes (1972) ont choisi une approche intermédiaire en basant leurs recherches sur 14 études monographiques en profondeur, mais rédigées de manière à préserver l'unité des données en intégrant une liste de thèmes qu'ils investiguent dans chacune des sociétés. Les auteurs effectuent ensuite une synthèse de ces données en reclassant les différentes sociétés en fonction de l'axe de la modernisation (voir aussi Simic, 1977; Myerhoff et Simic, 1978). On peut peut-être citer dans cette ligne l'article classique de Nadel (1952) sur la sorcellerie dans 4 sociétés africaines; il montre que les conflits intergénérationnels sont moins nombreux dans les sociétés où les personnes âgées constituent un groupe d'âge bien défini et dans lesquelles les droits et responsabilités changeant avec l'âge sont plus également espacés.

D'autres fois, l'étude reste plus proche de la monographie et la comparaison intervient au niveau de la conclusion, dans un appel à la relativisation des théories occidentales sur la base des phénomènes observés dans la société étudiée (Par ex.: Palmore, 1975a).

Une autre ligne intéressante de recherche qui permet d'approfondir davantage les processus qui influencent le vieillissement a consisté dans l'élaboration et le test systématique d'hypothèses à caractère plus limité et qui concernent le mécanisme par lequel le contexte général de la société influence le statut des personnes âgées et l'attitude à leur égard. On peut citer ici à titre d'exemple les travaux de Maxwell et Silverman (1970) et de Watson et Maxwell (1977) qui posent l'hypothèse d'une relation positive entre le statut des personnes âgées et la quantité d'information utile qu'elles contrôlent, cette dernière étant directement liée à leur participation sociale. Leur analyse portant sur 26 sociétés confirme cette hypothèse. Dans ce contexte, les auteurs soulignent que le changement institutionnel rapide que connaissent les sociétés industrielles entraîne une désuétude rapide de l'information et une apparente détérioration du statut des personnes âgées.

L'hypothèse sur laquelle repose la recherche de Smith, Holmberg et Hugues (1961) attribue un rôle central à la conception du temps dans différents types de sociétés. Ils montrent comment les sociétés qui possèdent la conception d'un temps quantifiable, que l'on peut mesurer exactement, placent un accent particulier

sur l'écoulement du temps, qui risque d'entraîner une attitude défavorable à l'égard des personnes âgées; celles qui programment de manière chronologiquement précise le temps du travail et celui de la retraite généreraient également une plus grande anxiété face au vieillissement et des attitudes plus négatives. De façon plus générale, il faut noter ici que la délimitation même de la catégorie "personnes âgées" est étroitement liée à cette conception de la temporalité. Ainsi, dans la plupart des sociétés étudiées par les anthropologues, la vieillesse est définie en termes fonctionnels, c'est-à-dire par rapport à l'aptitude de l'individu à contribuer au travail et à la protection du groupe auquel il appartient. Dans la société occidentale, c'est le temps chronologique mesuré en nombre d'années qui sert le plus souvent de mesure au vieillissement indépendamment du déclin des capacités physiques. Le manque de concordance entre les capacités individuelles et les définitions culturelles peuvent être à la source de stress qu'il est important de pouvoir étudier dans une perspective anthropologique (Clark, 1973).

Une autre recherche intéressante à mentionner est celle de Shelton (1965) sur la société nigérienne des Ibo, et qui cherche à voir le rôle du contexte socio-culturel par rapport à la stabilité mentale et émotionnelle des personnes âgées. Ne trouvant guère de marque de psycho-sénilité chez les vieillards de cette société, il explique cette absence par la manière dont la société Ibo aménage le contexte de la vieillesse et

en conclut à l'impact de la culture sur une dimension généralement considérée comme physiologique du vieillissement. Dans la même ligne, Clark (1973) invite à considérer l'impact que peuvent avoir sur les manifestations du vieillissement des attitudes socio-culturelles qui tendent à associer vieillesse et maladie, qui risquent d'emprisonner les personnes âgées dans un rôle de malade qui demeure un des seuls rôles socialement sanctionnés qu'elles sont autorisées à jouer. Cet impact serait notamment à situer dans le cadre des "self-fulfilling prophesies" (Clark) mais on pourrait également l'aborder dans la ligne des registres de langage accessibles aux personnes dans un contexte particulier.

Il faut noter que les résultats de la recherche de Shelton ont été contestés par Arth (1968) qui soulève un point important pour les études épidémiologiques portant sur les phénomènes liés au vieillissement: le fait qu'une société ne considère pas certains traits associés à la vieillesse comme anormaux ou pathologiques entraîne, en effet, qu'on ne les réfère pas à l'hôpital et qu'ils n'apparaissent dès lors pas au niveau des statistiques de morbidité. Il souligne la nécessité de distinguer, dans les recherches, entre un niveau idéal qui apparaît au niveau des structures et un niveau comportemental qui peut se révéler plus ambigu que le premier.

Nous avons vu qu'un grand nombre des recherches interculturelles réalisées dans le domaine du vieillissement cherchent à saisir l'impact de la modernisation

sur le statut des personnes âgées et les attitudes à leur égard. La plupart des études semblent indiquer que cette relation joue dans un sens négatif (Simmons, 1945; Maxwell et Silverman, 1970; Cowgill et Holmes, 1972; Smith, Holmberg et Hugues, 1961). Toutefois, la théorie de la modernisation a été critiquée sous plusieurs angles. Une première ligne de critiques s'attaque au portrait romanesque et "rousseauïste" que l'on a souvent tracé des sociétés non industrielles et de la place qu'elles réservent aux personnes âgées. Ainsi, Simmons (1960), revoyant sa théorie de l'impact de la modernisation, a émis l'hypothèse que c'est dans les sociétés de niveau intermédiaire (rurales et paysannes) que les personnes âgées apparaissent comme les plus utiles à la société et, dès lors, les mieux intégrées à son fonctionnement. Ce serait aussi chez elles que l'on trouve le plus souvent des organisations lignagères dans lesquelles le culte des ancêtres et la possession de la terre par le groupe confèrent une place importante aux anciens (voir aussi Bradbury, 1969). La position des personnes âgées serait plus précaire dans les sociétés les plus simples qui se trouvent souvent confrontées à des conditions difficiles d'environnement tout en ne disposant que d'une technologie rudimentaire, conditions qui rendent plus difficile le support d'individus non productifs. L'attitude à leur égard peut cependant y être plus positive (Guemple, 1980) que dans des sociétés industrialisées qui supportent physiquement leurs personnes âgées tout en les abandonnant psychologiquement ou émotionnellement. Il

apparaît ainsi important d'opérer une distinction entre le statut des personnes âgées, tel qu'il est indiqué par les différents traits structurels des sociétés, les attitudes concrètes à leur égard et l'expérience vécue par les individus en ce qui touche à leur insertion dans la société. C'est ainsi que d'autres auteurs ont relevé le caractère généralement ambivalent et souvent négatif des attitudes à l'égard des personnes âgées, quel que soit le statut qu'elles possèdent dans la société (Arnhoff, Leone et Lorge, 1964; Lipman, 1970; Levine, 1965; Myerhoff et Simic, 1978).

Une autre ligne de critique à l'égard de la théorie de la modernisation a insisté sur la confusion souvent faite dans les études entre le niveau macrosocial, qui concerne la société dans son ensemble et son degré de "modernisation", et le niveau microsocial qui concerne les individus et leur rapport à la "modernité" au niveau des valeurs auxquelles ils adhèrent, les deux niveaux ne variant pas nécessairement de façon concommittante. Ainsi, Bengston et al (1975) ont utilisé une méthode qui d'une part classe six sociétés en deux catégories en fonction de leur degré de modernisation, et qui distingue d'autre part différents groupes dans ces sociétés en fonction de leur degré d'exposition aux expériences modernisantes telle que définie par leur statut occupationnel et l'origine rurale ou urbaine des personnes. Ils montrent qu'alors que l'attitude à l'égard du vieillissement et des personnes âgées semble bien influencée négativement par le degré de modernisation de la société, cette relation

ne se vérifie plus et tend même à s'inverser au niveau de l'expérience de modernité des individus.

Enfin, on a reproché à la théorie de la modernisation l'homogénéisation qu'elle introduit en regroupant les sociétés en deux catégories, les sociétés non industrielles et les sociétés modernes, chacune étant posée comme relativement homogène. Plus nuancés, Cowgill et Holmes (1972) ont montré que l'impact négatif de la modernisation sur le statut des personnes âgées ne joue pas partout de la même manière: Israël, la Russie et l'Irlande réagissant par exemple à cet égard d'une manière plus positive que les autres sociétés sur lesquelles avaient porté leurs études. Ces résultats mettent en évidence le rôle que jouent les valeurs et les structures sociales antérieures de la société. Achenbaum et Stearns (1978) montrent que notre conception de la modernisation relève d'un biais culturel et que des phénomènes comparables de bureaucratisation et d'urbanisation peuvent avoir dans les pays du Tiers Monde des effets différents de ceux qu'on peut prédire sur la base du modèle occidental. A ne pas tenir compte de ces différences, on risque de prendre pour l'effet de la modernisation des valeurs qui peuvent se trouver enracinées dans les traditions de sociétés particulières (Bengston et al, 1975).

Cette restriction montre l'importance d'effectuer des études diachroniques qui essaient de saisir au niveau du développement des sociétés occidentales l'évolution des attitudes à l'égard des personnes âgées. Hareven (1977) assigne ainsi à l'histoire comme

l'un de ses objectifs de fournir une perspective comparative sur le présent et de remplir ainsi un rôle traditionnellement réservé aux études interculturelles sur les "sociétés primitives". Malheureusement, on ne dispose encore guère d'application à la problématique des personnes âgées de la perspective définie par "la nouvelle histoire sociale" qui permet de réintroduire une étude du quotidien et de la dimension intime à l'intérieur de la recherche historique, en générant une vision plus réaliste des complexités du changement.

Les résultats des études demeurent encore embryonnaires et sont loin d'être convergents; on y retrouve en gros les mêmes positions que dans les études interculturelles. Au Québec par exemple, Poulin (1954) a effectué une esquisse de la situation des personnes âgées depuis les débuts de la colonisation et on retrouve dans son étude l'idée que l'industrialisation s'est accompagnée d'un déclin du statut des personnes âgées dans la société. Fischer (1977) distingue quant à lui deux périodes aux Etats-Unis: la première qui va de 1607 à 1820 et qu'il caractérise de gérontophile, au cours de laquelle les anciens étaient respectés et obéis, et celle qui va de 1820 à 1970 et qu'il qualifie de gérontophobe, au cours de laquelle on a valorisé de plus en plus les jeunes tout en marginalisant les personnes âgées. Entre les deux se situe l'influence des facteurs démographiques mais surtout celle des résolutions française et américaine et de la diffusion des idées de liberté et d'égalité. Nous serions en train d'entamer une troisième ère suite à la prise de

conscience de la problématique du troisième âge et aux efforts faits pour y apporter une solution.

Par ailleurs, étudiant le cas de la France, Stearns (1976) montre qu'il n'y a pas eu dans ce pays d'âge d'or pré-industriel, les personnes âgées faisant jusqu'au XIXe siècle l'objet d'une attitude générale de méfiance et de suspicion et étant particulièrement exposées à la criminalité. Cette situation se serait en fait améliorée plus que détériorée depuis le dix-huitième siècle. Effectuant un survol rapide des attitudes à l'égard des personnes âgées depuis la période de la Grèce Antique à nos jours, Hendricks et Hendricks (1977-78) montrent que l'ambivalence à l'égard des personnes âgées a un long enracinement historique.

Dans une perspective plus théorique, Achenbaum et Stearns (1978) montrent la nécessité de conceptualiser davantage la notion de modernisation et d'en tracer à la fois les origines et les différents stades, plutôt que de partir d'un modèle en deux étapes. Ils montrent notamment que les premiers stades de la modernisation (vers la fin du dix-huitième siècle) ont entraîné une réorientation culturelle générale, qui a amené une redéfinition de la signification ultime de l'existence. Toutefois, ils suggèrent sur la base de leurs travaux que cette modernisation structurelle ne semble pas avoir affecté la perception des personnes âgées et qu'une rupture plus décisive est apparue au cours du vingtième siècle, dans l'entre-deux-guerres. Elle a entraîné un nouvel ensemble de comportements et d'attitudes, tant au niveau de la société qu'à celui des

personnes âgées. Ils soulignent ainsi la nécessité de distinguer entre ce qu'ils appellent la modernisation externe et la modernisation interne, dans une perspective qui rappelle celle que Bengston et al (1975) avaient suggérée pour les sociétés non-occidentales.

L'approche historique de Achenbaum et Stearns nous introduit à une conception de la culture qui voit cette dernière comme un système de représentations collectives à la base d'une vision du monde (Weltanschauung) particulière qui permet de donner ordre et sens au monde qui nous entoure, aux relations sociales et à l'existence humaine.

Ce champ des valeurs qui sous-tendent la vision du monde que développent diverses sociétés semble particulièrement important à étudier en relation au vieillissement. Il s'agit de comprendre la relation qui existe entre ces valeurs de base et la conception du vieillissement que développent les sociétés, et la manière dont elles influencent la perception que les personnes âgées ont d'elles-mêmes. La perspective interculturelle est ici particulièrement importante en ce qu'elle met en évidence la relativité des valeurs de notre propre société.

La société occidentale moderne apparaît véhiculer un ensemble de valeurs de base qui portent en elles-mêmes une valence d'exclusion par rapport au phénomène du vieillissement: son orientation vers l'avenir, qui accentue les valeurs de jeunesse et de dynamisme; la valorisation de la productivité, de l'efficacité et du rendement; une mise à l'écart générale du phénomène de la mort qui permet à Baudrillard (1976) de dire que

"aucune culture ne connaît cette opposition distinctive de la vie et de la mort au profit de la vie comme positivité: la vie comme accumulation, la mort comme échéance" (p. 225). Il faut aussi citer ici notre conception de la liberté qui est basée sur la confiance de l'individu en ses propres compétences et en sa possibilité de maîtriser le monde; cette orientation fait de l'indépendance et de l'autonomie un pré-requis au fait de pouvoir se situer comme une personne véritable, digne de respect pour les autres et pour elle-même (Clark, 1973).

Il apparaît important de saisir la manière dont les personnes âgées se situent par rapport à ces valeurs culturelles dominantes et l'impact qu'elles ont sur leur perception d'elles-mêmes. En effet, Clark et Mendelson (1969) soulignent le fait que la constitution du moi est un processus symbolique largement dépendant de la culture, en sorte que l'estime de soi est enracinée dans les valeurs culturelles intériorisées par les individus. Des études effectuées sur deux populations de personnes âgées, l'une dans la communauté et considérée comme "bien adaptée" et l'autre constituée de personnes en première admission dans un service de psychiatrie gériatrique, montrent que les personnes considérées comme relativement bien adaptées sont celles qui ont pu prendre une distance par rapport aux valeurs considérées comme modales pour les jeunes américains et opérer une sorte de renversement dans leur système de valeurs: en acceptant les limitations instrumentales dues à l'âge, en redéfinissant leur espace de vie

physique et sociale, en trouvant d'autres sources de satisfaction, en modifiant leurs critères d'évaluation de soi et en redéfinissant les buts et la signification ultime de l'existence. Les personnes moins bien adaptées, qui composent l'échantillon de patients psychiatriques, resteraient davantage orientées vers des valeurs de jeunesse, de compétition et de succès (Clark, 1967). L'auteur relève que la société américaine ne facilite pas ce "changement drastique" dans la philosophie de base; elle invite à effectuer des études interculturelles dans des sociétés dont les valeurs centrales seraient différentes, pour voir dans quelle mesure on y retrouve des discontinuités analogues.

Une recherche portant sur la manière dont les personnes âgées se situent par rapport à la société actuelle et à ses valeurs serait particulièrement importante à effectuer dans la société québécoise où la rupture culturelle intervenue vers les années soixante pose le problème dans des termes particuliers. Il faudrait voir dans quelle mesure ce changement brutal oriente le regard que les personnes âgées posent sur leur propre vie et sur la perception qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur place dans la société. Dans ce contexte, des études portant sur des groupes d'âge différents permettraient de saisir l'impact des contextes particuliers dans le cadre desquels les personnes âgées ont été socialisées, ainsi que celui des événements qui ont marqué les expériences collectives des générations; elles permettraient de relier l'histoire culturelle au processus du vieillissement. Il est

intéressant de mentionner ici un ouvrage récent de Margaret Mead (1978) qui s'interroge sur le fossé entre les générations que l'on observe dans la société actuelle. Elle le situe dans le cadre d'une distinction entre trois types de sociétés, isolés en fonction de la manière dont la culture est transmise et de la place qu'occupent les personnes âgées dans cette transmission: les cultures post-figuratives, où le futur répète d'une certaine manière le passé et où l'héritage culturel se transmet de génération en génération; les cultures cofiguratives dans lesquelles le présent sert de guide au futur; la socialisation s'y opère en grande partie dans le cadre des pairs mais les anciens demeurent importants en regard de leur acceptation des changements qui surviennent; les cultures pré-figuratives enfin où ce sont les anciens qui doivent apprendre des jeunes des expériences qu'ils n'ont jamais vécues, où aucun modèle n'existe pour orienter le changement et où le futur se présente comme une phase radicalement nouvelle de l'évolution culturelle. C'est dans ce troisième type de culture que nous entrerions actuellement à l'échelle du monde, et elle nécessite une redéfinition des rapports entre les générations.

3. Une approche par l'intérieur de la culture

Les recherches que nous avons passées en revue jusqu'à maintenant sont intéressantes dans la mesure où elles nous amènent à relativiser nos perceptions du vieillissement et indiquent la complexité des facteurs qui interviennent et contribuent à en modeler les

manifestations particulières. Elles nous renseignent cependant fort peu sur ce que l'on pourrait appeler les dimensions internes de l'expérience du vieillissement considéré dans sa dimension socio-culturelle et sur les stratégies qu'utilisent les personnes âgées pour organiser leur monde.

Il faut nous tourner maintenant vers une autre ligne de la pensée anthropologique, qui est sous-jacente à la perception que nous avons qualifiée d'émique; elle s'est développée notamment dans le domaine de l'anthropologie cognitive et reprend certains éléments de l'école du symbolisme interactionnel. Nous verrons plus loin que c'est à partir de prémisses similaires que certains auteurs ont appliqué l'analyse de réseau (network analysis) dans leurs études concernant les personnes âgées.

Le courant émique, qui constitue une approche par l'intérieur, s'appuie sur les études portant sur les systèmes de classification auxquels recourent les sociétés pour organiser différents champs sémantiques (les espèces animales et végétales, la terminologie des couleurs, le domaine des maladies) et qui ont mis en évidence le caractère relatif de toute description de la "réalité". En effet, chaque culture apparaît porter un certain nombre d'affirmations sur la nature même de la réalité et sur celle de son monde. La culture se révèle ainsi comme un système de significations ou de connaissances acquises que les membres du groupe utilisent pour interpréter leur expérience et qui génère les comportements sociaux: dès lors, le but

central de la description devient de pénétrer dans la vision du monde des sociétés ou des groupes étudiés et de comprendre d'autres modes d'existence de l'intérieur, du point de vue de ceux qui les vivent. L'observateur doit donc mettre entre parenthèses ses connaissances et ses catégories pour se mettre à l'école des groupes étudiés. Il ne s'agit plus de tester interculturellement des théories que l'on formule a priori, mais de dégager de nouvelles théories enracinées dans les données empiriques, des "grounded theories" pour reprendre l'expression de Glaser et Strauss (1967).

Le désir de découvrir les connaissances culturelles des sujets plutôt que de tester des hypothèses en étudiant les réponses de ces sujets détermine un rapport d'un type particulier avec les personnes choisies comme "informateur" dans la société où l'on veut travailler. Spradley (1979) montre comment cette démarche oriente à la fois la mise en forme d'un projet de recherche et son déroulement concret. Au niveau de l'entretien, par exemple, la forme des questions doit permettre aux concepts et théories des personnes d'émerger et éviter de pré-définir ce que les informateurs vont répondre et qui ne correspond pas nécessairement à leur connaissance culturelle. De la même manière, au niveau des observations, le principe posé est que la signification des actes et comportements n'est jamais évidente en soi et qu'il faut pouvoir découvrir celle qu'elle possède pour les acteurs.

Les études anthropologiques qui se situent dans cette perspective se sont souvent centrées sur une

étude de langage, en essayant de dégager les principes sous-jacents aux classifications populaires et la vision du monde qu'ils informent. Cette approche ne me semble pas avoir été appliquée comme telle aux études portant sur des personnes âgées, mais elle pourrait être utile pour cerner le sens et les connotations de différents concepts associés au vieillissement, afin de voir comment ces concepts s'insèrent dans l'univers sémantique du groupe considéré et dans celui des personnes âgées elles-mêmes. Elle serait particulièrement féconde pour saisir le sens que revêt pour ces dernières les notions de santé et de maladie. On peut néanmoins peut-être rapprocher de cette optique les études effectuées par Clark (1967) sur les critères généraux qui sous-tendent l'image de soi des personnes âgées. Les réponses étaient traitées par une analyse de contenu qualitative qui visait à en dégager les orientations de valeur sous-jacentes et la perception de la réalité qu'elles impliquaient. C'est cependant surtout l'approche par les comportements qui a orienté les études et c'est à elle que nous allons nous arrêter.

Avant cela, il importe de soulever la question de la délimitation des groupes dans lesquels cette approche est applicable dans notre propre société. Les études anthropologiques dont on dispose dans les sociétés complexes montrent de plus en plus clairement qu'elles ne peuvent être décrites comme véhiculant et exprimant une culture homogène et que leurs membres se réfèrent à des codes culturels distincts. Ces derniers peuvent être délimités relativement clairement dans le cas des

minorités ethniques mais ils semblent également caractériser, tout en y étant plus difficiles à cerner, des catégories occupationnelles, des classes sociales ou des catégories particulières de la société comme celle des personnes âgées. Le problème qui se pose, au niveau des recherches, est celui de pouvoir dissocier l'effet de facteurs situationnels, comme la santé et le revenu, et de ceux qui seraient plus proprement culturels et permettraient de parler dans les différents cas de réelles "sous-cultures" constituées d'un ensemble d'habitudes cognitives et affectives (Kiefer, 1971). Dans cette ligne, de nombreuses controverses ont eu lieu autour de la question de savoir si les personnes âgées pouvaient être considérées comme un groupe minoritaire. Abu-Laban et Abu-Laban (1977) ont effectué une synthèse des arguments pour et contre cette idée et soulignent l'ambiguïté du concept de groupe minoritaire qui réfère tantôt à l'existence d'une sous-culture de base, tantôt à l'aptitude d'un groupe à fonctionner comme un sous-système relativement séparé de la société. Ils montrent la multidimensionalité du concept et la nécessité d'opérer une distinction entre les éléments liés à l'expérience d'une situation, avec la conscience de groupe qu'elle peut impliquer, et ceux qui sont davantage socio-structurels. Les auteurs suggèrent de traiter la notion de groupe minoritaire comme une variable susceptible de présenter plusieurs valeurs plutôt que comme un attribut rigide. Il est, par ailleurs, important d'effectuer des distinctions parmi les personnes âgées et de pouvoir tenir compte des caractéristiques particulières du contexte

socio-culturel dans lequel elles se trouvent situées. C'est dans cette optique que les études anthropologiques effectuées dans une perspective émique sur les personnes âgées ont eu tendance à sélectionner des communautés relativement bien identifiables, afin de pouvoir saisir ce contexte socio-culturel et son impact sur les personnes de manière holistique.

On dispose de quelques études sur les personnes âgées appartenant à différents groupes minoritaires (voir notamment Clark et Mendelson, 1969 et la revue Gerontologist, 11, 7, part 2, 1971; et la bibliographie publiée par Suzuki, 1975). Une des questions qu'elles posent est celle de savoir si ces personnes cumulent les désavantages liés aux préjugés attachés aux minorités et aux vieillards dans notre société, ou si l'écart entre les personnes appartenant aux groupes minoritaires et majoritaires tend à diminuer avec l'âge (Dowd et Bengtson, 1978).

La majorité des études à orientation anthropologique, encore peu nombreuses, qui portent sur des personnes âgées se sont centrées sur deux types d'environnement particuliers: des résidences pour personnes âgées (Hochschild, 1973; Jacobs, 1975; Angrosino, 1976; Ross, 1977) dont les délimitations sont faciles à établir au départ, et des milieux particulièrement défavorisés et caractérisés par un taux important de personnes âgées; Clark parle du "ghetto gériatrique" à propos du centre-ville de San Francisco (Clark, 1971; Cantor, 1975; Sokolovsky et Cohen, 1978). Les premières s'attachent surtout à comprendre les types de communauté qui se

développent dans ces conditions, le sens qu'elles possèdent et la manière dont elles se structurent en elles-mêmes et dans leur rapport au monde extérieur (Ross, 1977). Les secondes s'attachent plus particulièrement à comprendre les structures informelles que développent les personnes âgées dans des milieux défavorisés, leurs stratégies d'interaction et les normes culturelles qui leur sont sous-jacentes. Toutes peuvent être caractérisées par différents traits: un souci de globalité qui cherche constamment à situer les comportements et activités observés par rapport au contexte plus large dans lequel ils surviennent; une attention très grande attachée à l'observation participante qui est un des moyens par lesquels est appréhendé ce contexte; une perspective qui se centre sur les personnes plutôt que sur les institutions ou les structures formelles, et qui conçoit ces personnes comme des agents actifs qui participent à la construction et à la structuration significative de leur monde. C'est à partir des comportements et des significations qu'ils possèdent pour les personnes que l'on remonte aux prémisses culturelles auxquelles ils renvoient, par opposition à d'autres types d'études qui tendent à considérer la culture comme un donné étudiable en dehors des acteurs qui la portent. Une grande attention est portée aux interactions entre les personnes qui sont perçues à la fois comme la matière et l'expression de la dimension socio-culturelle de ces communautés.

Une des approches théoriques à laquelle se réfèrent plusieurs des auteurs cités est celle de l'interactio-

nisme symbolique. Cette école qui a sa source dans la sociologie et la psychologie sociale, repose sur trois prémisses qui se situent dans la même ligne que celles de la perspective émique en anthropologie: 1. "les êtres humains agissent à l'égard des choses sur la base de la signification que ces choses ont pour eux"; 2. "la signification de ces choses est dérivée et résulte de l'interaction sociale que chacun a avec ses semblables"; 3. "les significations sont manipulées et modifiées à travers un processus d'interprétation qu'utilise la personne traitant avec les choses qu'elle rencontre" (Blumer, 1969). Cela signifie que si la culture peut être considérée comme une carte cognitive qui sert de guide pour l'action et l'interprétation de l'expérience, les gens ne sont pas simplement des "lecteurs de carte", mais aussi des "faiseurs de cartes" (Frake, 1977). Il s'agira dès lors d'observer les comportements des personnes âgées dans leur contexte et de chercher à comprendre les significations qu'ils possèdent.

Appliquant cette perspective à une communauté qu'il qualifie d'intermédiaire, un parc de maisons mobiles en Floride, Angrosino (1976) est frappé par la discordance entre les facteurs "objectifs" de l'environnement dans ce milieu relativement privilégié et la réponse des personnes à ces facteurs, en terme notamment d'un manque d'engagement affectif. Il cherche à situer ses observations sur l'arrière-plan d'une analyse de la nature de la communauté qui s'est développée dans ces conditions et met en relief la relation ambiguë qui existe

entre la dimension spatiale d'une communauté et les liens d'attitudes et de valeurs qui s'y développent. Il décrit le Stony Brook Park comme une "communauté administrée" où le concept d'absence de pouvoir lui semble essentiel pour comprendre la dynamique en jeu.

Au niveau des études qui ont été conduites dans les quartiers défavorisés du centre-ville (Inner city) de grandes cités, il faut mentionner l'étude de Clark (1971) qui se réclame d'une perspective phénoménologique qui veut rejoindre l'expérience du vieillissement dans les termes de la perception de ceux qui la vivent. Le problème qu'elle aborde à San Francisco est le même que celui que veut atteindre Cantor (1975) à New York: en quoi le milieu défavorisé du centre-ville est-il un milieu viable pour les personnes âgées et quels sont les mécanismes qu'elles développent dans ce contexte? Sokolovsky et Cohen (1978) prolongent cette question en utilisant une méthode beaucoup plus précise qui leur permet de tracer les lignes principales de la matrice sociale développées par des personnes âgées "chambreuses" dans le centre-ville de New York. Leur méthode d'analyse s'inspire de l'analyse des réseaux sociaux (social network analysis) qui manifeste le désir d'atteindre un champ de relations qui n'est pas rejoint par les études centrées sur les catégories sociologiques et anthropologiques classiques: soit tout le domaine des relations informelles qui se développent en marge des groupes constitués et des institutions. Cette perspective permet d'échapper à l'idée qu'un système social est "désorganisé" lorsqu'il ne

fonctionne pas suivant des modes d'interaction "constitués" ou "fermés" (bounded) directement manifestes. Elle centre son attention sur les acteurs individuels et la manière dont ils manipulent les choix devant lesquels ils sont placés et utilisent les liens fournis par la structure sociale. La matrice sociale des personnes est, dans la perspective qui nous intéresse, reconstituée sur la base des interactions quotidiennes des personnes, que l'on atteint sur la base d'interviews intensives, de journaux personnels et d'observation participante. Elle est analysée dans ses caractéristiques structurelles et dans sa dimension plus qualitative définie par la nature des transactions qui circulent à travers les liens sociaux. La perspective spécifique de Sokolovsky et Cohen dans leur étude est de clarifier la signification culturelle des interactions sociales des personnes âgées résidant dans les hôtels de chambres. Ils montrent notamment comment l'image idéale de soi qu'elles possèdent et qui met l'accent sur les valeurs d'auto-suffisance et d'indépendance, génère des réseaux personnels organisés pour limiter la pénétration des institutions de la société et des forces sociales dans la vie des personnes. Ils montrent aussi que les descriptions qui présentent ce milieu comme anomique et désintégré, et les personnes qui y vivent comme isolées et presque "déculturées", sont biaisées par les perspectives et méthodologies adoptées par les chercheurs.

Dans la ligne des études qui cherchent à pénétrer la façon dont les personnes âgées organisent leur monde,

il faut enfin citer les travaux qui portent sur les "systèmes de support naturel" des personnes âgées. Ils se situent dans la ligne des études portant sur les réseaux sociaux, dont ces systèmes constituent l'une des dimensions, et plus particulièrement dans la ligne des études qui portent sur les stratégies que développent des personnes pour faire face aux problèmes auxquels elles se trouvent confrontées (Clark, 1971; Caplan, 1973; Stephens et al., 1978; Lopata, 1979). Le rôle particulier des anthropologues dans ces études portant sur les systèmes de support naturel des personnes âgées est de montrer comment ils renvoient à certaines prémisses culturelles fondamentales, en faisant ainsi un des lieux où peut être saisie la mise en acte de ces dernières. Une meilleure connaissance des systèmes de support naturel des personnes âgées est par ailleurs précieuse dans le cadre de la désinstitutionnalisation des politiques à l'égard des personnes âgées et dans l'optique d'un enracinement de ces politiques dans les dynamismes du milieu naturel.

Relevons qu'aucune recherche n'a porté jusqu'à maintenant sur la relation qui existe entre les structures comportementales et les structures cognitives des personnes mais ce serait une ligne de recherche intéressante à développer.

4. Conclusion

Au moment de conclure cet aperçu des perspectives originales que l'anthropologie peut apporter à la recherche gérontologique, il est important de revenir à la distinction établie dans l'introduction entre le

projet anthropologique fondamental et son incarnation dans les recherches concrètes effectuées jusqu'à présent dans le champ de l'anthropologie de la vieillesse. Je pense que c'est de ce projet global qu'il faut pouvoir s'inspirer dans la conception des recherches futures pour essayer d'incarner dans des études concrètes la perspective holistique qui caractérise l'anthropologie et son attention plus particulière aux contextes socio-culturels concrets. La perspective anthropologique nous invite à approcher à la fois de manière plus analytique et plus globale notre propre société, en la considérant comme une matrice de base dans laquelle se trouvent à la fois distinguées et intégrées différentes sous-cultures particulières qui représentent des manières spécifiques d'appréhender le monde et la signification de l'existence, et d'organiser les rapports sociaux.

Dans la mesure où la gérontologie comme science se veut un carrefour qui permette d'appréhender l'articulation des dimensions physiologique, psychologique, sociale et culturelle, je pense qu'elle pourrait en outre bénéficier d'une manière particulière des acquis de l'anthropologie médicale qui veut allier dans sa compréhension des comportements et des représentations liés à la santé et à la maladie les perspectives de l'anthropologie physique, de l'ethnopsychologie et de l'ethnologie socio-culturelles. L'anthropologie médicale montre que santé et maladie sont étroitement dépendantes d'un donné biologique de base mais que celui-ci est toujours repris dans le cadre d'une expérience psychologique et sociale particulière, en même temps qu'elle est culturalisée à travers un ensemble de représentations collectives.

Bibliographie

ABU-LABAN, S. and B. ABU-LABAN, 1977. Women and the Aged as Minority Groups: A Critique, Canadian Review of Sociology and Anthropology, 14 (1): 103-116.

ACHENBAUM, W.A. and P.N. STEARNS, 1978. Essay: Old Age and Modernization, The Gerontologist, 18 (3): 307-312.

ANGROSINO, M.V., 1976. Anthropology and the Aged. A Preliminary Community Study, The Gerontologist, 16 (2): 174-180.

ARNHOFF, F.N., H.V. LEONE and I. LORGE, 1964. Cross-Cultural Acceptance of Stereotypes toward Aging, Journal of Social Psychology, 63, 1: 41-58.

ARTH, M.J., 1968. Ideals and Behavior. A Comment on Ibo Respect Patterns, The Gerontologist, 8, 4: 242-244.

BAUDRILLARD, J., 1976. L'échange symbolique et la mort. Paris: Gallimard.

BENGTSON, V.L., J.J. DOWD, D.H. SMITH and A. INKELES, 1975. Moernization Modernity and Perceptions of Aging: A Cross-Cultural Study, Journal of Gerontology, 30, (6): 688-695.

BERRY, J.W., 1969. On Cross-Cultural Comparability, International Journal of Psychology, 4 (2): 119-128.

BLUMER, H., 1969. Symbolic Interactionism. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

BRADBURY, R.E., 1969. Fathers, Elder, and Ghosts in Edo Religion. In M. Banton (ed.), Anthropological

Approaches to the Study of Religion, A.S.A. Monographs, Tavistock Publications: 127-153.

CANTOR, M.H., 1975. Life Space and the Social Support System of the Inner-City Elderly of New York, The Gerontologist, 15 (1): 23-27

CAPLAN, G., 1973. Support Systems and Community Mental Health. New York: Behavioral Publications.

CLARK, M.M., 1967. The Anthropology of Aging, a New Area for Studies of Culture and Personality, The Gerontologist, 7 (1): 55-64

CLARK, M.M., 1971. Patterns of Aging Among the Elderly Poor of the Inner City, The Gerontologist, 11 (1, part 2): 58-66.

CLARK, M.M., 1973. Contribution of Cultural Anthropology to the Study of the Aged In L. Nader and T.W. Maretzki (eds), Cultural Illness and Health, Washington: American Anthropological Association: 78-88.

CLARK, M.M. and M. MENDELSON, 1969. Mexican-American Aged in San Francisco: A Case Description, The Gerontologist, 9 (2, part I): 90-95

COWGILL, D. and L.D. HOLMES, 1972. Aging and Modernization. New York: Appleton Century Crafts.

DOWD, J.J. and V.L. BENGTSON, 1978. Aging in Minority Populations. An Examination of the Double Jeopardy Hypothesis, Journal of Gerontology, 33 (3): 427-436.

FISCHER, D.H., 1977. Growing Old in America. New York: Oxford University Press.

FRAKE, Ch. O., 1977. Plying Frames can be dangerous: Some Reflections on Methodology in Cognitive Anthropology. Quarterly Newsletter of the Institute for Comparative Human Development, New York: Rockefeller University, 1, (3).

GLASER, B.G. and A.L. STRAUSS, 1967. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine.

GUEMPLE, L., 1980. Growing Old in Inuit Society. In V.W. Marshall, Aging in Canada. Social Perspectives. Pickering, Ont.: Fitzhenry & Whiteside: 95-101.

HAREVEN, T.K., 1977. Family Time and Historical Time, Daedalus, 106, 2: 57-71

HENDRICKS, J. and C.D. HENDRICKS, 1977-78. The Age Old Question of Old Age: Was it Really so much Better Back when, International Journal of Aging and Human Development, 8, (2): 139-154.

HOCHSCHILD, A.R., 1973. The Unexpected Community. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

JACOBS, J., 1975. Older Persons and Retirement Communities: Case Studies in Social Gerontology. Springfield: Charles C. Thomas.

KIEFER, C.W., 1971. Notes on Anthropology and the Minority Elderly, The Gerontologist, 11 (part 2): 94-98.

LEVINE, R.A., 1965. Intergenerational Tensions and Extended Family Structures in Africa. In E. Shanas and G.F. Streib (eds), Social Structure and the Family: Generational Relations, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-

Hall. 188-204.

LIPMAN, A., 1970. Prestige of the Aged in Portugal: Realistic Appraisal and Ritualistic Deference, International Journal of Aging and Human Development, 1: 127-136.

LOPATA, H.Z., 1979. Women as Widows: Support Systems. New York: Elsevier North Holland.

MAXWELL, R.J. and P. SILVERMAN, 1970. Information and Esteem: Cultural Considerations in the Treatment of the Aged, Aging and Human Development, 1 (4): 361-392.

MAXWELL, R.J. & P. SILVERMAN, 1978. The Nature of Deference. Current Anthropology, 19, 1: 151-156.

MYERHOFF, B.G. and A. SIMIC, 1978. Life's Career-Aging. Cultural Variations on Growing Old. Beverly Hills, London, Sage Publications.

MEAD, M., 1978. Culture and Commitment: the New Relationships Between the Generations in the 1970's. New York: Columbia University Press.

NADEL, S.F., 1954. Witchcraft in Four African Societies: An Essay in Comparison, American Anthropologist, 54, 1: 18-29.

PALMORE, E., 1975. What can USA Learn for Japan about Aging?, The Gerontologist, 15 (Part I): 64-67.

PALMORE, E., 1975. The Honorable Elders. A Cross-Cultural Analysis of Aging in Japan. Durham: Duke University Press.

POULIN, G., 1954. Evolution historique des services d'assistance de la Province de Québec, Service social, 4 (3): 112-126.

ROSS, J.K., 1977. Old People, New Lives. Community Creation in a Retirement Residence. Chicago.

SHELTON, A.J., 1965. Ibo Aging and Eldership: Notes for Gerontologists and Others, The Gerontologist, 5, 1: 20-23.

SIMIC, A., 1977. Aging in the United States and Yugoslavia: Contrasting Models of Intergenerational Relationships, Anthropological Quarterly, 50 (21): 53-64.

SIMMONS, L.W., 1945. The Role of the Aged in Primitive Society. New Haven: Yale University Press.

SIMMONS, L.W., 1960. Aging in Preindustrial Societies. In C. Tibbitts (ed.), Handbook of Social Gerontology, Chicago: The University of Chicago Press: 62-91.

SMITH, R., R. HOLMBERG and C. HUGUES, 1961. Cultural Differences and the Concept of Time. In R.W. Kleemeier (ed.), Aging and Leisure, Oxford: University Press, New York: 83-112.

SOKOLOVSKY, J. and C. COHEN, 1978. The Cultural Meaning of Personal Networks for the Inner City Elderly, Urban Anthropology, 7 (4): 323-342.

SPRADLEY, J.P., 1979. The Ethnographic Interview. New York: Holt, Rinehart and Winston.

STEARNS, P.N., 1976. Old Age in Industrial Society: The Case of France. New York: Holmes & Myers Publ.

STEPHENS, R.C., Z. SMITH-BLAU, J.T. OSER and M.D. MILLAR, 1978. Aging, Social Support Systems and Social Policy, Journal of Gerontological Social Work, 1 (1): 33-45.

SUZUKI, P.T., 1975. Minority Group Aged in America: A Comprehensive Bibliography of Recent Publications on Blacks, Mexican-Americans, Native Americans, Chinese and Japanese. Counc. Plan. Libr., Monticello, III.

WATSON, W.H. and R.J. MAXWELL (eds), 1977. Human Aging and Dying. A Study in Socio-Cultural Gerontology. New York: St. Martin's Press.

L'APPORT DE LA SOCIOLOGIE

Verena Bernardin-Haldemann, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval

Les sociologues et l'étude du vieillissement

a) Les problèmes sociaux

Les sociologues ont de tout temps tenu compte de l'âge des individus comme variable-contrôle: ils savent que, une fois trouvés les déterminants principaux du suicide, du pouvoir social, de la structure familiale, de la dynamique de groupe, de la participation, bref, de n'importe quel phénomène de vie en société, il faut différencier l'analyse en fonction de l'âge des individus, de leur sexe, de l'origine ethnique, de leur race, etc.

L'étude approfondie de groupes d'âge spécifiques s'est développée à mesure que ces groupes posaient des problèmes à grande échelle, reconnus comme tels par la société.

Ainsi on s'est intéressé aux jeunes lorsque le nombre de "drop-outs" commença à menacer l'ordre public, la morale établie, le budget des Affaires sociales et celui du Ministère de la Justice... De même on s'est intéressé aux vieux lorsque leur nombre, leur pauvreté relative et leur isolement social ont défié les ressour-

ces économiques et humaines jusqu'alors dévolues au maintien de ce groupe d'âge. C'est sous la pression de problèmes économiques et sociaux que les sociologues ont participé de façon significative à l'étude des personnes âgées.

L'étude des problèmes du "nombre" et de la "pauvreté relative" fut laissée plutôt aux démographes et aux économistes, les sociologues se préoccupant davantage de la question de l'isolement social. Au début, la participation des sociologues s'est concrétisée surtout dans la contribution qu'ils apportaient à des études multidisciplinaires dominées par le point de vue psychologique et portant sur l'adaptation des personnes âgées. L'intégration sociale fut considérée comme étant un indice de cette adaptation qui est mesurée notamment en termes de santé mentale, de "bon moral" et de "satisfaction de vivre"(1).

Ces études conclurent à un isolement tout à fait relatif des personnes âgées et à une adaptation satisfaisante de la majorité d'entre elles, qu'elles soient isolées ou non. Dès lors, sur le plan pratique, le "problème" apparaît comme étant beaucoup moins grave que l'on avait cru et la pression sur les chercheurs diminue. Ils ont dorénavant le loisir de discuter entre eux afin de savoir pourquoi les personnes âgées sont en majorité bien adaptées: est-ce parce qu'elles sont actives et socialement intégrées ou bien parce qu'elles se sont retirées, "désengagées" socialement et que cet "isolement" correspond à une tendance naturelle liée à l'avance en âge (2). Dans l'un et l'autre cas, il n'y aurait pas de problème majeur: si le

désengagement est une tendance inhérente à l'avance en âge, on n'a pas à se préoccuper des gens isolés: on peut supposer qu'ils sont heureux. Si, au contraire, l'activité et l'intégration sociale sont un véritable indice d'adaptation, il ne faut pas s'inquiéter outre mesure; car les nouvelles générations de personnes âgées disposeront des moyens pour réaliser cette intégration: meilleure santé, meilleur revenu, plus d'instruction, etc.

Ainsi, pendant les années 60, les sociologues ont pu, avec une certaine tranquilité d'esprit, continuer à discuter ces questions, tout en diversifiant leurs objets d'étude et en se préoccupant également de la minorité de personnes âgées moins bien adaptées. Des études importantes ont été effectuées concernant le rapport entre travail et retraite (3), concernant les types de relations familiales et de rapports entre générations, les types de participation dans la communauté et leurs conséquences pour la vie des personnes âgées (4).

On doit enfin mentionner trois ouvrages qui, en comparaison avec les études multidisciplinaires citées plus haut, représentent un point de vue beaucoup plus nettement sociologique:

- l'ouvrage de Rosow sur l'intégration sociale des personnes âgées (5) qui montre que la ségrégation opérée par la société vis-à-vis des personnes âgées les conduit à se chercher des relations avec des pairs, et que leur intégration est fonction de la disponibilité de pairs dans le voisinage;

- l'ouvrage de Riley, Johnson et Foner sur la stratification selon l'âge (6) qui, par analogie à la stratification socio-économique, considère l'âge comme un mécanisme fondamental d'allocation des ressources tout au long de la vie des individus;

- l'ouvrage de Guillemard sur la relation entre le travail et la retraite (7) qui considère que l'organisation du travail est un mécanisme fondamental d'allocation des ressources non seulement économiques et que c'est la place de l'individu dans cette organisation qui détermine largement la part des ressources dont il disposera à la retraite; l'adaptation et l'intégration sociale de l'individu retraité sera fonction des ressources épargnées.

b) Aspects méthodologiques

Sur le plan méthodologique, les sociologues affrontent essentiellement les mêmes problèmes que les autres disciplines:

- la sociologie de la vieillesse étudie les personnes âgées, essayant d'élucider leur situation sociale et leurs conduites individuelles. Il s'agit d'expliquer le résultat d'un processus, l'aboutissement de toute une vie. "L'âge" apparaît comme une variable dépendante à expliquer.

- la sociologie du vieillissement étudie l'ensemble du cours de la vie humaine, essayant de cerner la relation entre l'avance en âge et les changements observés dans les conduites des individus et dans leur situation sociale. Il s'agit d'expliquer le processus lui-même (non pas seulement son résultat). L'âge apparaît ici

comme variable indépendante, explicative.

Dans les deux cas, l'âge chronologique comme variable isolée est peu utile. C'est en association avec la santé, la mobilité et d'autres variables, selon l'objet d'étude, que la variable "âge" prend une signification. Il ne s'agit donc plus de l'âge chronologique, mais de l'âge biologique, psychologique, social, etc. Les variables ainsi créées sont par exemple "l'âge fonctionnel" (8) ou l'échelle de "compétence" (9).

Le processus de vieillissement est toutefois ambivalent: il représente a) les changements provoqués par le développement de l'individu dans le temps (temps "développemental", effet de maturation); b) les changements provoqués par l'évolution des environnements social et physique dans le temps (temps historique, effet de cohorte).

Cette ambivalence entraîne deux exigences méthodologiques:

- l'élaboration de mesures synthétiques de l'environnement social, d'une part, et de l'environnement physique, d'autre part, afin de pouvoir les mettre en relation avec la mesure de "compétence" de l'individu (cf. ci-dessus);

- l'isolement analytique de chaque cohorte d'individus afin de saisir sa spécificité historique et de contrôler (garder constant dans l'analyse) la singularité du trajet qu'elle effectue dans le temps.

c) Elaboration de théories

Sur le plan théorique, les sociologues n'ont pas été plus créateurs que les chercheurs d'autres discipli-

nes. Une très grande partie des travaux présentent des descriptions qualitatives et quantitatives, ainsi que des corrélations statistiques. Quelques-uns proposent des modèles partiels d'analyse, construits à partir de ces analyses statistiques (typologies, échelles, modèles de corrélation). Plusieurs appliquent des théories de moyenne portée en sociologie à un groupe d'âge spécifique (vieillesse) ou à un processus spécifique (avance en âge, vieillissement); très souvent, ces théories ont un pouvoir explicatif remarquable et font avancer la connaissance des phénomènes liés à l'avance en âge. Mais l'élaboration de théories systématiques spécifiques à ce champ d'étude est pratiquement inexistante, exception faite de la "théorie du désengagement" dont la critique n'a pas abouti à une théorie de niveau équivalent (10).

Le point de vue sociologique

L'apport de la sociologie à l'étude de la vieillesse et du vieillissement est spécifique, ni par ses méthodes, ni par sa productivité théorique, ni par le travail important des sociologues dans ce champ, mais par son point de vue particulier et par les notions et concepts qui servent à l'exprimer.

On peut résumer ce point de vue très brièvement: quel est l'impact de l'âge des individus sur leur rapport à la société, sur la structure et le fonctionnement des différents groupes et sur leur articulation à la société globale? Quel est l'impact de l'avance en âge sur l'évolution de ces rapports?

Inventorier toutes les applications de ce point de vue et présenter les instruments d'analyse correspondants serait un effort vain. Nous présenterons donc ici seulement les applications qui nous semblent représentatives de la plupart des travaux.

a) L'individu

En psychologie sociale, la notion d'attitude circonscrit couramment l'idée que se fait l'individu de lui-même dans son rapport avec l'autre, ou dans son rapport avec des groupes.

Cette notion a servi à étudier les dispositions des personnes âgées vis-à-vis d'elles-mêmes, vis-à-vis de leur vie passée et vis-à-vis du monde qui les entoure, à savoir leurs pairs, les autres groupes d'âge, la société en général. Ainsi, la "satisfaction de vivre" des personnes âgées sert à mesurer leur adaptation; les attitudes des jeunes vis-à-vis des vieux et inversement servent à mesurer les conflits entre générations (11), l'évolution des attitudes avec l'avance en âge renseigne sur un aspect du changement social.

L'allocation des rôles, des statuts et des ressources: notions centrales dans la sociologie actuelle, "rôle" et "statut" ont été utilisés abondamment dans l'étude de la vieillesse et du vieillissement des individus. L'idée que la vieillesse constituerait en elle-même un statut général auquel seraient attachés des rôles définis et régis par des normes relativement précises a été abandonnée. Les études ont plutôt tenté de cerner l'impact de l'avance en âge sur le nombre, la nature et la consistance des rôles que l'individu

remplit. Cette analyse a montré des changements importants au cours de la vie de l'individu; ces changements ont été interprétés en termes de "pertes" surtout (le problème social de "l'isolement" est ainsi reformulé): le nombre total des rôles à remplir diminue; leur valeur sociale (leur prestige) diminue; on peut même garder des statuts autrefois significatifs qui se vident de leur substance et deviennent des statuts plus ou moins honorifiques, sans être liés à des rôles efficients (12).

C'est sur cette constatation qu'est basée la théorie du désengagement: en vieillissant, les individus perdent une partie de leurs rôles antérieurs; la société ne leur proposant pas d'autres rôles, une séparation mutuelle s'effectue qui est dans la nature du vieillissement, puisque les personnes ainsi "désengagées" montrent une grande satisfaction de vivre.

A l'opposé, d'autres études montrent que la satisfaction de vivre n'est pas élevée pour tous et que certains vivent très mal cette séparation: de plus, la satisfaction de vivre serait plus élevée pour ceux qui ont gardé un grand nombre de rôles ou qui ont pu substituer de nouveaux rôles aux anciens. Le nombre de rôles étant présumément lié au nombre d'activités, on pouvait proposer sur cette base la théorie de l'activité. Il faut dire que l'impact de cette "théorie" provient moins de sa validation par des études systématiques que du fait qu'elle est ancrée dans l'image dominante que la société se donne de la "vieillesse réussie": activité, bonne santé, autonomie, etc., c'est-à-dire les

normes de l'âge moyen vécues à l'âge avancé par un certain nombre de personnes âgées de la classe moyenne bénéficiant de conditions de vie antérieures et actuelles particulièrement favorables. Les implications de cette théorie sur le plan des pratiques ont été présentées récemment par A.-M. Guillemard (13): sentiment de culpabilité individuelle chez les personnes qui ne sont pas en mesure de réaliser ce type de "vieillesse réussie" et démobilisation par rapport aux revendications collectives; justification d'une "politique de la vieillesse" qui se résume à des interventions ponctuelles du type assistance sociale en faveur des démunis, laissant de côté les problèmes inhérents à la retraite et au statut des vieux dans la société.

La notion de "ressources" est aussi courante mais beaucoup plus diversifiée que celle de "rôle" et de "statut". Le plus souvent, on entend par "ressources" les moyens matériels dont dispose l'individu tout au cours de sa vie et à sa retraite (14). Cependant, de plus en plus d'auteurs associent à cela d'autres formes de ressources comme la santé, la mobilité, les relations sociales, l'instruction et la qualification, les habiletés acquises, etc. (15). Or, parallèlement à la "perte" de rôles et de statut, se dessine un changement dans les ressources disponibles qui peut être cerné en termes de niveau (quantité), de nature et de valeur socio-économique et affective (valeur d'échange social). Ainsi, l'avance en âge entraîne la perte du rôle de travailleur: les ressources que procurait ce rôle sont diminuées ou perdues (revenu, relations sociales), mais la perte du rôle de parent peut augmenter les ressources

disponibles... L'impact du changement de rôles et de statut sur les ressources disponibles est donc variable selon une série de facteurs (milieu socio-économique, place antérieure dans la division du travail, conjoncture économique, etc.); mais dans l'ensemble, on sait que l'avance en âge, qui comprend la période de la mise à la retraite, se solde par une réduction globale bien que différentielle des ressources disponibles (le problème social de la pauvreté et de l'indigence est ainsi reformulé) (16).

Les recherches ont montré que les rôles liés au travail rémunéré tiennent, dans notre société, une place capitale et déterminent une bonne part des autres rôles et des ressources disponibles à la retraite (17). Aussi a-t-on constaté qu'un travail d'exécution, une carrière irrégulière et un salaire modeste ne permettent pas d'accumuler les ressources nécessaires à une retraite "normale" (i.e. la santé et les moyens matériels, sociaux et psychologiques pour vivre dans la dignité et l'indépendance). L'importance de la situation de travail passé est donc connue, mais elle a été négligée par les chercheurs. Au lieu d'étudier plus à fond la vie de travail afin d'en dégager les déterminants des problèmes qui se posent à la retraite, et d'éclairer ainsi l'intervention à ce stade-là, on continue à raffiner les classifications des personnes âgées retraitées selon leurs ressources, sur une échelle d'autonomie et d'indépendance, afin de faciliter l'évaluation des individus par rapport à l'accès aux prestations financières et aux services

sociaux et médicaux de l'Etat... Si ces recherches permettent une distribution équitable des services de l'Etat aux retraités, elles risquent en même temps de perpétuer ces interventions palliatives, en laissant de côté l'étude de l'origine des problèmes et d'interventions préventives dans d'autres groupes d'âge.

b) Les groupes

Dans la perspective de la vie des groupes, l'analyse des rôles et des ressources de l'individu ne tend plus à expliquer l'adaptation personnelle au vieillissement; elle doit plutôt rendre compte du degré d'intégration sociale de l'individu. Car des personnes qui se situent en marge de la société, qu'elles soient "adaptées" ou non, constituent une menace potentielle pour la vie du groupe ou de la société toute entière. La marginalisation des personnes âgées s'accentue à mesure que les rôles valorisés (comme ceux liés au travail rémunéré) deviennent inaccessibles pour un nombre croissant de gens. La question de l'intégration sociale devient donc centrale pour la sociologie de la vieillesse: comment maintenir une intégration sociale suffisante malgré la perte de rôles et de statuts avec l'avance en âge? Trois mécanismes compensatoires sont, entre autres, étudiés: la substitution des rôles, l'échange social des ressources, l'intégration partielle dans le cadre de certains sous-systèmes sociaux.

- La substitution des rôles consiste à remplacer les rôles perdus par d'autres et de restructurer le statut de l'individu autour de ces nouveaux rôles (bénévolat, éducation, récréation, etc.). Les études

montrent toutefois que les rôles de remplacement sont presque toujours socialement moins valorisés que les rôles antérieurs.

- Les échanges sociaux permettent à l'individu de tirer profit, socialement parlant, des ressources qu'il a accumulées sous forme de biens matériels, de relations sociales, de l'état de santé et de potentialités. Autrement dit, les individus âgés ont quelque chose à offrir sur le "marché" des relations sociales et peuvent ainsi maintenir leur place dans la vie de groupe, même s'ils ne remplissent plus les rôles antérieurs. D'ailleurs, les ressources disponibles sont une condition pour l'accès à certains rôles.

Les échanges sociaux ont donné lieu à des analyses sophistiquées en économie et en anthropologie; il semble que cette perspective peut s'appliquer utilement à l'étude de la vieillesse et du vieillissement, à condition d'y intégrer l'analyse des aspects sociaux et normatifs régissant ces échanges (18). Une étude faite dans cette perspective sur les échanges des personnes âgées avec leurs enfants a déjà montré la fécondité de ce genre d'analyse (19).

- L'intégration partielle est basée sur le principe que les divers sous-systèmes sociaux (famille, travail, politique, etc.) sont régis par des normes d'âge, des échelles d'âge spécifiques, différentes d'un sous-système à l'autre. Ainsi, on est adulte à 18 ans dans le système politique; on est adulte dans le système familial quelques années plus tard, lorsqu'on se marie; et on est adulte dans le monde du travail lorsqu'on a trouvé un travail stable...(20).

Grâce à cette multiplicité des échelles d'âge, l'intégration de l'individu âgé à son groupe et à la société peut donc se faire sur plusieurs paliers. Il peut être intégré parfaitement dans un système familial, même avec des rôles différents qu'auparavant, et être tout à fait marginal par rapport au marché du travail; il peut suivre assez étroitement les normes du rôle du consommateur, sans suivre celles du rôle de producteur.

Si, malgré leur multiplicité, les échelles d'âge convergent entre elles pour fermer de plus en plus l'accès aux rôles, statuts et ressources des divers sous-systèmes, il reste une dernière possibilité: constituer leur propre sous-système, le monde des personnes âgées, avec leurs propres normes d'allocation des rôles et statuts. En effet, c'est une conclusion qui est implicitement ou explicitement présente dans plusieurs études. Dans L'intégration sociale des personnes âgées (21), Rosow estime (cf. ci-dessus) que la ségrégation générale vis-à-vis des personnes âgées les conduit à établir davantage de relations avec leurs pairs, et que l'intégration dans ce groupe de pairs est d'autant plus aisée que les pairs sont nombreux dans le voisinage. Cette interaction accrue avec les pairs pourrait donner lieu à la formation d'une sous-culture des personnes âgées (22) et, de façon plus générale, à des conduites caractéristiques d'un groupe minoritaire (23).

c) La société globale

Du point de vue de la société globale, l'étude du vieillissement ouvre également des perspectives très intéressantes.

La stratification sociale a toujours été basée sur les caractéristiques socio-économiques, parfois aussi sur le sexe, l'appartenance ethnique, etc. On peut suivre la voie tracée par Max Weber et étudier la stratification de la population âgée à l'aide des critères de classe (socio-économique), de statut et de pouvoir (24). Mais on peut aller plus loin et élaborer une stratification basée sur l'âge (age strata) (25); l'intérêt de cette démarche réside dans la possibilité d'observer des changements dans la façon dont les membres des différentes cohortes remplissent les rôles alloués selon l'âge et, également, des changements dans le contenu des rôles eux-mêmes; autrement dit, la possibilité de mettre en relation le changement social avec la variable âge comme critère d'allocation de rôles et statuts et comme critère de stratification sociale. Parallèlement, la sociologie historique cherche à réunir les données concernant la situation des personnes âgées en Angleterre et en France depuis le 17e siècle, mais surtout du 19e siècle, prédécesseur de nos sociétés industrielles, afin d'établir peu à peu quelle relation existe entre le type de vieillesse des hommes et le développement de leurs sociétés...(26).

Conclusion

L'étude sociologique de la vieillesse et du vieillissement est à la remorque, comme la plupart des autres

disciplines, des problèmes sociaux qui imposent non seulement les objets d'étude, mais aussi très souvent la perspective dans laquelle il faut les aborder. Ainsi, l'intégration sociale des personnes âgées est-elle étudiée dans le cadre d'une organisation sociale qui privilégie les rôles de travail rémunéré et, en même temps, institutionnalise la retraite de ces rôles. Cette organisation sociale est longtemps restée une sorte de postulat auquel on n'osait pas toucher, de sorte que la recherche évoluait dans le cercle fermé d'une problématique d'assistance, de compensation partielle, d'animation récréative, etc. En tant que telle, la recherche a donc servi d'appui et d'aide aux intervenants qui, eux, tendent à trouver des solutions à court terme et à l'intérieur de l'organisation sociale existante.

Peu d'efforts ont été faits pour remettre en question la perception des problèmes sociaux, pour dégager leur origine historique et pour relativiser la portée des solutions par rapport à une organisation sociale donnée. Autrement dit, une grande tâche nous attend encore: celle d'analyser

a) dans quelle mesure les problèmes sociaux actuels que posent les personnes âgées sont-ils inhérents à l'organisation sociale actuelle et ne peuvent donc être réglés à l'intérieur de celle-ci?

b) quelle est la marge de manoeuvre laissée par cette organisation? Comment peut-elle être utilisée pour réduire les problèmes des personnes âgées? Quels sont les mécanismes qui permettront de transformer cette organisation en faveur des personnes âgées?

Renvois et ouvrages cités

(1) Cf. les études de l'Université de Duke, de l'Institut Neuropsychiatrique de Langley Porter (California) et de l'Université de Chicago (Maddox, 1976).

(2) CUMMING, E. & W.E. HENRY, 1961. Growing Old: The Process of Disengagement. New York: Basic Books.

(3) KREPS, J.M., 1971. Lifetime Allocation of Work and Income. Durham: Duke University Press. 170 p.

(4) SHANAS, E. & G. STREIB, 1965. Social Structure and the Family Generational Relations. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall; SIMPSON, I.H. & J.C. McKINNEY, 1966. Social Aspects of Aging. Durham, North Carolina, Duke University Press.

(5) ROSOW, I., 1967. Social Integration of the Aged. New York, Free Press.

(6) RILEY, M.W., M. JOHNSON & A. FONER, 1972. Aging and Society: vol. 3. A Sociology of Age Stratification. New York, Russell Sage Foundation.

(7) GUILLEMARD, A.M., 1972. La retraite, une mort sociale. Paris, Mouton.

(8) "L'âge fonctionnel" est utilisé beaucoup dans l'évaluation des travailleurs par rapport à leur tâche. Cf. SHEPPARD, H., 1976. "Work and Retirement". In R.H. Binstock & E. Shanas (eds), Handbook of Aging and Social Sciences, pp. 35-56. New York, Van Nostrand Reinhold Co.

(9) LAWTON, M.P., 197 . "Competence, Environmental Press and the Adaptation of Older People". In M.P.

Lawton & T. Byerts (eds), Theoretical Approaches to the Study of Environnements and Aging. New York, John Wiley.

(10) MADDOX, G.L. & J. WILEY, 1976. "Scope, Concepts and Methods in the Study of Aging". In R.H. Binstock & E. Shanas (eds), Handbook of Aging and the Social Sciences, pp. 3-34. New York, Van Nostrand Reinhold.

(11) HARRIS, L. & ASSOCIATES, 1975. The Myth and Reality of Aging in America. Washington, D.C., National Council on the Aging.

(12) STREIB, J.F., 1976. "Social Stratification and Aging". In R.H. Binstock & E. Shanas (eds), Handbook of Aging and Social Sciences, pp. 160-188. New York, Van Nostrand Reinhold.

(13) GUILLEMARD, A.M. 1976. L'appel à l'activité envers les retraités: réhabilitation ou discipline imposée?: Collection de gérontologie canadienne, No 1, Association canadienne de gérontologie.

(14) KREPS, J.M., 1971.

(15-16 et 17) GUILLEMARD, A.M., 1972. La retraite, une mort sociale. Paris, Mouton.

(18) MADDOX, G.L. & J. WILEY, 1976.

(19) GUILLEMARD, A.M. & R. LENOIR, 1974. Retraite et échange social. Paris, Centre d'étude des mouvements sociaux.

(20) NEUGARTEN, B.L. & G.O. HAGESTAD, 1976. "Age and the Life Course". In R.H. Binstock & E. Shanas (eds),

Handbook of Aging and Social Sciences, pp. 189-217. New York, Van Nostrand Reinhold.

(21) ROSOW, I., 1967.

(22) ROSE, A., 1965. "The Subculture of the Aging: a Framework for Research in Social Gerontology". In A. Rose and W. Peterson (eds), Older People and their Social World, pp. 3-16. Philadelphia, F.A. Davis.

(23) STREIB, G.F., 1965. "Are the Aged a Minority Group"? In A.W. Gouldner & S.M. Miller (eds), Applied Sociology. New York, The Free Press of Glencoe.

(24) STREIB, J.F., 1976.

(25) RILEY, M.W., 1976. "Age Strate in Social Systems". In R.H. Binstock & E. Shanas (eds), Handbook of Aging and Social Sciences, pp. 189-217. New York, Van Nostrand Reinhold; RILEY, M.W., M. JOHNSON & A. FONER, 1972.

(26) LASLETT, P., 1976. "Societal Development and Aging". In R.H. Binstock & E. Shanas (eds), Handbook of Aging and Social Sciences, pp. 87-116. New York, Van Nostrand Reinhold.

LA CONTRIBUTION DE LA DEMOGRAPHIE A LA GERONTOLOGIE

André Lux, Département de sociologie,
Université Laval

Puisque chaque science tient à sa spécificité en définissant avec soin son champ d'investigation et son objet formel, il ne devrait en principe pas être difficile de préciser sa contribution à l'analyse d'un secteur de la réalité sociale et à la solution des problèmes afférents. Bourgeois-Pichat (1971) un des maîtres de la démographie contemporaine, nous dit que "les faits démographiques sont en petit nombre et se laissent définir dès qu'on s'interroge sur la façon dont se déroule la vie de l'espèce humaine... L'être humain est l'élément insécable qui constitue l'essence des phénomènes, et quand on a dit qu'il naît, vit un certain temps au cours duquel il se reproduit, se déplace et finalement meurt, on a défini l'essentiel des préoccupations du démographe". Sur le plan de la méthode, l'analyse démographique privilégie le couple mouvements-structure, en mesurant les mouvements naturels (naissance et décès) et migratoires d'une collectivité humaine et en analysant les interactions existant entre ces mouvements et l'évolution de la structure par âge et sexe de cette collectivité.

Ici se situe la jonction principale entre démographie et gérontologie. Cette dernière couvre l'ensemble des phénomènes qui concernent la fraction âgée d'une population. L'essor de la gérontologie est lié au nombre et à l'intensité croissants de ces phénomènes; cette double croissance provient à la fois du nombre absolu croissant de personnes âgées et de leur poids relatif accru dans l'ensemble de la population. La vitesse à laquelle augmente le nombre absolu de vieux et à laquelle vieillit la structure de la population est un autre facteur de la plus ou moins grande urgence des problèmes de gérontologie. Or, la démographie mesure l'évolution du nombre absolu et relatif par classe d'âge; elle établit des lois qui expliquent de façon rigoureuse les changements de la structure par âge et sexe, et en particulier le vieillissement de celle-ci, par les modifications de la natalité et de la mortalité. En permettant ainsi de mesurer l'importance en nombre absolu mais surtout en nombre relatif, du troisième âge dans une population, la démographie circonscrit l'importance sociale des phénomènes qu'étudie la gérontologie, et dès lors l'importance sociale de la gérontologie elle-même.

Les mouvements naturels exercent deux grandes influences sur la structure par âge et sexe: la baisse prolongée de la fécondité provoque le vieillissement de la population, tandis que la baisse continue de la mortalité, accroît l'importance relative de la population féminine, surtout aux âges avancés. Vieillissement et féminisation se conjuguent donc, à travers deux lois

qui articulent le couple mouvement-structure. La première de ces deux lois, relative à la fécondité, se résume dans le fameux dilemne: croître ou vieillir et traduit un paradoxe: l'importance accrue du 3e âge, qui justifie l'essor de la gérontologie, ne vient pas de l'allongement de la vie, c'est-à-dire d'une espérance de vie en hausse, même si cette hausse peut faire espérer à chaque individu vivre plus vieux; elle vient au contraire d'une baisse de la natalité, qui diminue le poids relatif des jeunes et relève donc automatiquement l'âge moyen d'une population; c'est pourquoi l'on dit que cette dernière vieillit par sa base, c'est-à-dire par les tranches inférieures de sa pyramide des âges. Le grand mouvement de baisse de la mortalité qui en moins de deux siècles a fait passer l'espérance de vie d'environ 30 à plus de 70 ans dans les pays industrialisés, n'a en effet pas profité qu'aux tranches supérieures de la pyramide des âges, mais à toutes les tranches et en particulier aux enfants de très bas âge. Prolonger la vie de ceux dont l'âge dépasse la moyenne contribue à vieillir une population, mais ceci est compensé par la prolongation de la vie de ceux dont l'âge est sous la moyenne. Notons cependant que les risques de mortalité jusqu'à la quarantaine sont tellement bas, qu'ils ne pourront plus guère diminuer à l'avenir. Tout progrès médical d'envergure pourra par contre allonger l'espérance de survie aux âges supérieurs, de sorte qu'il deviendra vrai dorénavant qu'une population vieillit par le sommet, si nous supposons la natalité constante.

Pour mettre en pleine lumière l'impact exercé sur la structure par âge et sexe, par l'application prolongée d'une basse fécondité assurant tout juste le remplacement des générations, la démographie dispose d'un modèle mathématique, celui de la population stationnaire, qui n'est autre que la population de la table de mortalité correspondant à une population réelle. Dans cette population stationnaire, les naissances sont d'année en année égales aux décès, de sorte que l'effectif reste stationnaire avec une structure par âge invariable, mais sensiblement plus vieille que celle d'une population réelle en mouvement de croissance prolongée. Ainsi, au Québec, pouvons-nous comparer la structure par âge et sexe de la population recensée en 1971 à celle de sa population stationnaire correspondante; en voici les données:

âges	population 1971	population stationnaire correspondante
0-19	39.9%	27.2%
20-44	35.3	33.2
45-64	17.9	24.0
65+	6.9	15.6

C'est dire que si à partir de 1971 chaque génération féminine se contentait de se faire remplacer par un nombre identique de filles, ce qui signifie un taux net de reproduction égal à 1'unité, on aboutirait après un certain nombre d'années à une structure par âge invariable, beaucoup plus vieille, avec proportionnellement plus du double de vieux.

Dans une Amérique du Nord, qui avait toujours connu un accroissement naturel de ses populations, avec plus de naissances que de décès chaque année, le modèle de population stationnaire, qui consacre l'élimination de l'excédent de naissances, apparaissait comme une situation-limite, comme l'asymtote infranchissable, mais qu'espéraient atteindre les protagonistes du mouvement "zero population growth". Cependant, depuis une dizaine d'années, les comportements reproducteurs sont tels que, s'ils se prolongent suffisamment, cette limite sera franchie et dès lors le taux d'accroissement naturel deviendra négatif, avec plus de décès que de naissances. Cette évolution tend alors à se rapprocher d'un autre modèle, celui d'une population stable; il s'agit d'une population théorique dont le taux d'accroissement naturel est constant, soit positif, soit dans notre cas présent, négatif. Une telle population qui décroît de manière constante, est vouée à la disparition sous l'effet prolongé de sa sénilité. On voit qu'à la limite, le vieillissement démographique par dénatalité donnerait à la gérontologie le triste privilège d'être la spécialiste de la crise finale d'une société.

En attendant, l'analyse démographique prépare le terrain à la gérontologie en imaginant des scénarios d'évolution d'une population à partir de la situation du proche passé et du présent et à l'aide d'hypothèses relatives aux tendances futures de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Pour le Québec, le Bureau de la Statistique du Québec (1976) a élaboré des projections pour la période de 1973 à 2001; le scénario consi-

déré comme le plus vraisemblable, appelé hypothèse B, suppose une fécondité annuelle constante, représentant l'équivalent de 1.8 enfant par femme et une immigration nette de 7000 personnes l'an. Une telle fécondité n'assure pas le remplacement des générations, avec un taux net de reproduction d'environ 0.85. Selon ce scénario, la répartition par âge sera comme suit en l'an 2001:

0-19:	26.6%
20-44:	36.5
45-64:	25.2
65+ :	11.7

Pourquoi cette structure est-elle moins vieille que celle de la population stationnaire dérivée de la population de 1971, qui avait pourtant une fécondité moins basse en garantissant le renouvellement des générations? La réponse est non seulement dans l'impact de l'immigration nette qui ralentit le vieillissement, mais surtout dans le fait qu'en l'an 2001, le processus de vieillissement déclenché par la basse fécondité de 1.8 enfant par femme n'a pas encore produit tous ses effets. L'évolution des structures démographiques est lente. Il faut beaucoup plus de trente ans (1971-2001) pour passer d'une population réelle à une population stationnaire ou en décroissance stable. En persévérant, avec 1.8 enfant par femme, le temps nécessaire, on obtient une population qui décroît d'un même pourcentage chaque année, avec une structure par âge devenue invariable, mais beaucoup plus vieille que celle de la population stationnaire correspondante; sans avoir fait les longs

calculs, la proportion des gens de 65 ans et plus y dépasse les 20%. La lenteur d'évolution tient au poids de la structure par âge et sexe, elle-même le fruit de l'histoire passée des mouvements naturels. Tout changement de rythme dans la natalité ou la mortalité doit se prolonger longtemps pour affecter cette structure de manière notable, mais celle-ci, une fois affectée, neutralise en quelque sorte les changements de sens contraire qui se produiraient ultérieurement, du moins dans une première phase et jusqu'à un certain point. Il s'agit du phénomène baptisé inertie démographique, qui permet au démographe de garantir qu'une évolution structurelle, une fois entamée, tend à se prolonger en s'intensifiant et offre une résistance prolongée à une modification de cap dans les mouvements. En d'autres mots, la tendance au vieillissement une fois confirmée, est appelée à s'amplifier sans nouvelle baisse de la fécondité, et perdurera un certain temps après un éventuel redressement de la fécondité. Le démographe peut ainsi garantir à la gérontologie, sinon au gérontologue, une espérance de vie active élevée.

Cette garantie n'est cependant pas absolue; elle repose en effet sur diverses hypothèses de faible fécondité, au niveau ou en-dessous du seuil de remplacement des générations, s'appliquant sur une période prolongée. Or, jusqu'à récemment, la fécondité s'est révélée comme un phénomène versatile, difficile à prévoir. C'est ainsi que dans les calculs de projection faits au Québec pour la période de 1966 à 1986 (Henripin et Légaré, 1969), même "l'hypothèse faible", qui

prévoyait une baisse rapide de la fécondité avec seuil de simple remplacement atteint dès les femmes de la génération 1957, s'est révélée trop optimiste, avec un déficit des naissances réelles augmentant rapidement de 7% en 1967 à 24% en 1972-73. Dès lors faut-il avouer que la population du Québec a vieilli beaucoup plus vite que ne pouvaient l'imaginer les démographes en 1965. Ne pourrait-elle dès lors pas à nouveau démentir tous les scénarios pessimistes et par une fécondité revigorée faire une cure prolongée de jouvence, qui risquerait de marginaliser la gérontologie? Nous touchons ici à la question de l'interprétation qualitative des faits démographiques, par delà la simple analyse démographique, qui reste quantitative. Je reviendrai à cette question qui concerne un aspect plus délicat de la contribution des démographes à la gérontologie.

Auparavant, revenons à l'influence des mouvements naturels sur la structure d'une population. Nous avons privilégié l'influence d'une baisse prolongée de la fécondité sur le vieillissement de la structure, car c'est fondamentalement par sa base qu'une population vieillit ou rajeunit. Il ne faut pas pour autant négliger l'influence que peut avoir une baisse ultérieure de la mortalité dans les populations bénéficiant déjà d'une espérance de vie à la naissance de 70 ans ou plus. Chez elles, cette baisse ne peut guère bénéficier qu'aux âges avancés, 50 ans et plus, de sorte qu'elle viendra renforcer la tendance au vieillissement. La démographie révèle ici un fait structurel fondamental, qui exerce un impact profond sur la gérontologie. En

effet, tout au long de la baisse séculaire de la mortalité des pays industriels, les tables de mortalité mettent en lumière trois choses: 1- la surmortalité masculine à tous les âges, quel que soit le niveau de l'espérance de vie à la naissance (sauf exception possible aux âges de la maternité), 2- l'élévation de l'indice de surmortalité masculine en fonction de l'âge pour une même année, et 3- l'élévation de cet indice pour chaque classe d'âge, mais surtout aux âges avancés, au fur et à mesure que baisse le niveau général de mortalité. Ceci veut dire que plus élevée est l'espérance de vie d'une population, plus forte est la proportion des femmes, tout particulièrement aux âges avancés. Ainsi, toujours selon l'hypothèse B, dans la population de 2001, les personnes de 65 ans et plus représentent 9.1% des hommes, mais 14.2% des femmes. Dès lors, puisque, historiquement parlant, la dénatalité s'installe dans des populations ayant au préalable bénéficié de la "démortalité", elle provoque directement un vieillissement, et indirectement multiplie l'effet de féminisation dû à la démortalité différentielle, puisque cet effet est particulièrement accentué au 3e âge. Le dilemne énoncé plus haut, "croître ou vieillir", devient pour les femmes "faire croître ou vieillir". Concrètement, dans la population de 65 ans et plus, pour 100 hommes on comptait au Québec 112 femmes en 1961, 129 en 1971 et, pour l'an 2001, l'hypothèse B, la plus vraisemblable, en attend 169. La démographie impose la femme au gérontologue. Les annonces de recrutement de gérontologues seraient bien avisées de préciser: "misogynes s'abstenir".

Jusqu'ici, c'est la contribution la plus évidente de la démographie à la gérontologie qui a retenu notre attention; elle est tirée directement de l'analyse quantitative, c'est-à-dire de l'analyse démographique, telle qu'on l'entend. Les phénomènes démographiques se situent au palier morphologique de la réalité sociale, et à ce titre ils sont en interaction avec une foule d'autres phénomènes qu'étudient par priorité d'autres sciences du comportement. La démographie est une science-carrefour, qui exige de ses praticiens de dépasser le stade des manipulations mathématiques. La démographie qualitative ou interprétative emprunte particulièrement à l'économique, à la sociologie et à la psychologie. Elle en a bien besoin pour essayer d'interpréter la signification et la portée temporelle de la chute dramatique de fécondité dans les pays riches.

Ceci nous ramène aux projections de population et à la question posée tantôt de savoir si les démographes ne se trompent pas à nouveau en prolongeant jusqu'en 2001 un taux net de reproduction de 0.85, alors que la fécondité pourrait connaître un redressement spectaculaire. C'est à partir d'une interprétation en profondeur du caractère original de la chute de la natalité des 15 dernières années qu'on peut établir le bien-fondé de la projection et considérer peu probable un redressement de quelque ampleur avant l'an 2001. Une telle interprétation est loin d'être achevée, mais une mutation profonde est intervenue dans les comportements, qu'il sera difficile de renverser.

Jusqu'à récemment, le recours à la contraception n'était pas général et n'intervenait qu'en cours de mariage pour arrêter un processus de reproduction après que plusieurs enfants fussent déjà nés. Aujourd'hui la contraception est un mode de vie et fait, dès avant le mariage, et quasi automatiquement, partie intégrante de la vie sexuelle. Le problème n'est plus d'arrêter un processus naturel, mais d'enclencher un processus devenu en quelque sorte artificiel en ce sens qu'il requiert l'interruption volontaire d'un mode de vie devenu naturel. Il est de moins en moins probable que les couples, moins stables qu'autrefois, décident plus d'une ou deux fois, une telle interruption, compte tenu des divers coûts impliqués (perte d'emploi et de revenu, coûts directs, coûts de renonciation d'autres biens, liberté réduite, etc.). Dès lors, sans être prophète ni infaillible, le démographe peut assurer le gérontologue que celui-ci ne manquera pas de travail dans un avenir prévisible.

Il est impossible ici d'aborder tous les aspects de l'interprétation qualitative, qui amène le démographe dans le champ de disciplines connexes. Je songe tout particulièrement à la démographie économique et au problème général de la capacité d'innovation et de progrès technique et social dont sont capables ou non des sociétés vieillissantes. Je signale simplement ici que sur le simple plan morphologique, la configuration de la pyramide des âges d'une société vieille tend à réserver aux classes d'âge plus âgées le monopole des postes de direction, tout en accentuant la concurrence

émanant des femmes, dans l'hypothèse d'une forte participation de celles-ci à la vie hors du foyer.

Pour un tour d'horizon des conséquences du vieillissement de la population du Québec, je renvoie le lecteur au texte que j'ai présenté en février 1979 au Colloque "Naître au Québec" organisé par le Conseil des Affaires sociales et de la Famille (Lux, 1979).

Bibliographie

BOURGEOIS-PICHAT, J., 1971. La démographie. Paris: Colin.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, 1976. Perspectives démographiques pour le Québec: quatre hypothèses 1973-1986-2001. Québec.

HENRIPIN, J. et J. LEGARE, 1969. Evolution démographique du Québec et de ses régions, 1966-1986. Québec: Presses de l'Université Laval.

LUX. A., 1979. Dénatalité et avenir de la société québécoise. Cahiers québécois de démographie, 8 (2), 47-70.

L'ETAT DE LA RECHERCHE ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ENSEIGNEMENT EN GERONTOLOGIE

André Beaudoin, Faculté des sciences sociales,
Université Laval.

Après avoir réfléchi sur le sujet qu'il m'est demandé de traiter "La recherche au service de l'enseignement", j'ai décidé d'en parler sous l'angle de l'état de la recherche gérontologique au service du développement de l'enseignement en gérontologie. Deux raisons motivent ce choix. D'abord, il existe déjà une littérature qui porte sur la façon dont la recherche appuie l'enseignement, que ce soit en gérontologie ou ailleurs. Il y a aussi le fait qu'on peut faire une comparaison assez étroite entre la façon dont la recherche est au service de l'intervention et la façon dont elle est au service de l'enseignement, car, après tout, l'enseignement est lui aussi une forme d'intervention. La deuxième est plus fondamentale et elle présente en même temps, une utilité particulière par rapport au travail que nous faisons actuellement à l'intérieur d'un comité d'exploration sur la formation en gérontologie à l'Université Laval. En ce sens, l'occasion de ce colloque m'est apparue assez unique de partager avec vous un certain nombre de conclusions auxquelles j'en arrive à la suite des

réflexions faites au cours des derniers mois sur le sujet de la liaison entre l'état de la recherche gérontologique et l'enseignement dans ce champ d'étude.

A cause de cela, j'ai donc choisi de traiter le thème demandé au cours de ces échanges avec vous en essayant de répondre plus précisément à la question suivante: "Quelles sont les conséquences, pour les programmes d'éducation universitaire en particulier, de l'état actuel de la recherche gérontologique?"

Quelques conclusions sur l'état actuel de la recherche gérontologique

Lorsqu'on tente de porter un jugement sur l'état des connaissances de la recherche en gérontologie, une première constatation qu'il nous faut faire est que la recherche scientifique portant sur le vieillissement ou sur les personnes âgées, malgré une croissance rapide au cours des dernières années, n'a pas un contenu qui révèle l'existence ou même l'émergence d'une discipline avec les caractéristiques propres qui permettent de l'identifier. En effet, une analyse un tant soit peu complète et précise des travaux de recherches dits "gérontologiques" nous fournit un certain nombre d'indications particulièrement significatives. On peut facilement et sans risque resituer les entreprises de recherche dites "gérontologiques" existantes à l'intérieur de l'une ou l'autre des disciplines traditionnelles que sont la psychologie, la biologie, la sociologie, la physiologie, l'anthropologie, l'économique, la démographie ou encore dans des disciplines cliniques ou appliquées comme la médecine, le travail social, le

nursing, l'architecture, etc. En ce sens, il est clair que la très grande partie de la recherche qui se fait actuellement en gérontologie ne se réfère pas à un corpus de connaissances assez substantiel, assez spécifique et assez organisé pour prétendre être une discipline au sens strict du terme.

D'ailleurs, et c'est là une interrogation qu'il faut dégager de cette première constatation, y a-t-il vraiment une utilité quelconque à créer une nouvelle discipline qu'on appellerait gérontologie? Serait-ce l'étude du vieillissement? Tout de suite l'objection nous vient que l'étude du vieillissement est synonyme de l'étude de toute la vie, car ne commence-t-on pas à vieillir lorsqu'on vient au monde? En ce sens, la gérontologie deviendrait si englobante qu'elle recouvrirait toute une série d'autres objets déjà incorporés dans le corpus de connaissances d'autres disciplines. Ne risquons-nous pas d'être là en face d'une "pierre philosophale" sur le plan disciplinaire?

Si, d'un autre côté, on lie la gérontologie à l'étude de la vieillesse, il faut se demander sur quoi on fonde une science "des vieux"? Existe-t-il une telle chose qu'une science de l'enfance, qu'une science de l'adolescence, qu'une science des jeunes adultes, etc.? Dans une étude que nous réalisions à Sherbrooke (Beaudoin et al., 1972) je mentionnais ce danger que nous courons en faisant des études portant sur les personnes âgées d'en créer une nouvelle catégorie sociale ou même une nouvelle classe sociale, de les étiqueter et de les marginaliser. Les tentatives de

circonscrire de plus en plus en un "corpus unique" m'apparaissent encourir le risque très fort de contribuer à la marginalisation encore plus grande d'une portion de plus en plus importante de la population. Je souscris beaucoup plus à une philosophie de la normalisation de cette étape de vie qu'est la vieillesse comme une phase universellement acceptée comme normale de la vie. Si, au contraire, pour vieillir, il faut avoir son gérontologue, n'y a-t-il pas là à s'interroger?

On s'objectera sans doute à cet avancé en donnant l'exemple de spécialités comme la pédiatrie s'adressant aux enfants comme la contrepartie de la gérontologie. En fait, la pédiatrie devient une spécialisation en médecine plutôt qu'une science en elle-même.

Pour toutes ces raisons, la conclusion la plus évidente à laquelle j'en arrive lorsque je considère l'état actuel de la recherche gérontologique est le fait qu'elle ne s'appuie pas pour le moment sur un ensemble de connaissances qui lui soient propres. De plus, j'avance l'hypothèse que de l'état actuel de la recherche "gérontologique", il y aurait, somme toute, peu d'utilité à concerter les efforts autour d'une nouvelle discipline de gérontologie. La recherche gérontologique est donc d'abord essentiellement liée soit à chacune des disciplines déjà existantes ou dans le regroupement multidisciplinaire des efforts de recherche. C'est donc comme champ de recherche multidisciplinaire qu'il faut plutôt envisager la gérontologie.

La remise en question de l'orientation des programmes d'enseignement en gérontologie

Ce que nous venons de dire prend beaucoup d'importance lorsqu'on établit la liaison avec l'éducation. Cela nous force, en particulier, à proposer des orientations, sur le plan de l'éducation, carrément différentes, sinon opposées à certaines tendances qu'on retrouvait tout au moins jusqu'à récemment aux Etats-Unis et au Canada et qui se sont manifestés au Québec au cours des dernières années.

Aux Etats-Unis, par exemple, depuis une dizaine d'années et jusqu'à tout récemment, on a assisté à un développement vertigineux de programmes spécifiques d'éducation en gérontologie tant sur le plan collégial qu'universitaire. Suite à la prise de conscience de l'augmentation quantitative et procentuelle des personnes âgées de plus de 65 ans et à la prise de conscience des problèmes spécifiques liés à la situation de ces personnes et à l'absence de formation des intervenants, toute une série de programmes spécifiques d'éducation ont été mis sur pied.

Dans un article récent, Sweeney (1980), un des responsables de l'administration de ces programmes d'éducation au gouvernement américain signale que ces derniers sont rendus à un seuil critique quant à leur nombre; il se demande de plus quelle est leur utilité et jusqu'à quel point le gouvernement doit continuer à les encourager et à les supporter (Sweeney, 1980).

On commence donc aux Etats-Unis à s'interroger sur ces programmes, à les analyser et même à les remettre

en question. C'est ainsi qu'un comité conjoint a été mis sur pied par l'Association for Gerontology in Higher Education and The Gerontological Society pour étudier les programmes d'éducation en gérontologie. Ce comité présidé par le professeur Harold R. Johnson de l'Université du Michigan doit produire son rapport final au cours de l'été qui vient, mais déjà un certain nombre de conclusions sont connues qui ne manquent pas de nous faire réfléchir. Le comité, à partir des observations faites auprès de 87 éducateurs en gérontologie, en arrive à des conclusions assez révélatrices. Nous voulons résumer brièvement les principales conclusions telles qu'elles sont rapportées par Jacobson dans un numéro récent de The Chronicle of Higher Education:

1) Les cours enseignés en gérontologie sur lesquels il y a un certain consensus quant à leur caractère essentiel pour l'enseignement en gérontologie sont peu nombreux et appartiennent à des disciplines traditionnelles: "psychologie du vieillissement", "santé et vieillissement", "biologie du vieillissement". D'autres cours, même s'ils sont l'objet d'un consensus moins fort sont aussi mentionnés: changement sensori-moteur, démographie du vieillissement et sociologie du vieillissement.

2) La plupart des répondants s'accordent pour dire qu'on doit mettre au coeur de toute formation en gérontologie la nécessité de voir le vieillissement comme une expérience normale.

3) Les interprétations données sur la nature de la gérontologie contiennent beaucoup d'ambiguïtés et la structure de ce champ de connaissance est à peu près inexistantes.

4) Le coeur du curriculum en gérontologie est multidisciplinaire et "aucune discipline académique n'a la mainmise sur la gérontologie". En même temps, aucune discipline ne saurait à elle seule assurer une éducation adéquate en gérontologie.

5) Enfin, le développement de la gérontologie est très intimement lié à la coopération entre les disciplines et plusieurs obstacles doivent être surmontés si on veut en arriver à des résultats (Jacobson, 1980).

L'insertion de l'enseignement en gérontologie dans la formation universitaire

Les constatations de ce comité tout comme celles déjà faites à partir de l'état de la recherche gérontologique nous forcent à proposer des orientations assez différentes de celles définies jusqu'à date lorsqu'on parle de l'éducation en gérontologie. Ainsi, au lieu de penser à définir et organiser des programmes spécifiques d'éducation en gérontologie dans le cadre de la formation initiale au niveau universitaire, c'est le contenu gérontologique des programmes de formation de base déjà existants dans les différentes disciplines qu'il faut renforcer. Ainsi, dans le travail d'exploration que nous poursuivons concernant les besoins de formation en gérontologie, les personnes rencontrées ont été à peu près unanimes à dire que la formation universitaire de base dans les différentes disciplines était très déficiente quant à son contenu gérontologique. On nous a, en particulier, souligné que ce n'est pas tant en créant de nouveaux programmes de formation spécialisée

en gérontologie qu'on contribue à l'amélioration de la situation, mais plutôt en insérant un contenu portant sur le vieillissement, sur les aspects particuliers de connaissances qui sont liés à la vieillesse et en développant chez les étudiants de ces disciplines des attitudes de plus grande ouverture face aux personnes âgées et au vieillissement en général.

Il en découle donc que des efforts doivent être faits pour insérer dans la formation de base des étudiants dans différentes disciplines, des cours permettant l'étude du vieillissement et de la vieillesse. Dans les disciplines à caractère clinique comme la médecine, le nursing, le travail social, la pharmacie, la psychologie clinique, etc., où une proportion importante des activités se réalisent auprès de personnes âgées, un contenu en gérontologie devrait être inclus dans la formation de base de l'ensemble des étudiants.

A partir de ce que nous venons de dire, il ne faudrait pas en conclure qu'il faut mettre de côté toute idée de formation plus spécifique. Une formation plus spécifique en gérontologie est nécessaire comme formation complémentaire à la formation de base disciplinaire lorsque les personnes sont dans des emplois où elles travaillent plus directement et plus exclusivement avec des personnes âgées. C'est dans cette perspective que l'Université peut surtout définir son approche, à mon avis, en ce qui concerne la gérontologie comme champ d'enseignement.

Ce champ d'enseignement étant, par ailleurs, essentiellement multidisciplinaire, c'est là un défi majeur

aux structures traditionnelles de l'enseignement dans nos universités de mettre à contribution, dans un même champ d'étude, plusieurs disciplines pour offrir un enseignement unifié et adapté à une clientèle ayant des besoins de formation en gérontologie. Il faut donc trouver les moyens de regrouper autour de ce champ d'étude les personnes impliquées dans l'enseignement gérontologique dans différentes disciplines.

Un tel regroupement et une telle liaison paraissent possibles à l'intérieur tout au moins de centres universitaires en gérontologie (nous utilisons ici le mot "centre" dans son appellation générique plutôt que spécifique). De tels centres auraient comme fonction de réunir ensemble des enseignants et des chercheurs de plusieurs disciplines et favoriser ainsi le développement de la recherche gérontologique tout en contribuant d'une manière active au développement des connaissances et des services en géronto-gériatrie en particulier. Ces centres pourraient d'ailleurs être organisés pour respecter la grande division des tâches entre la gériatrie et la gérontologie sociale. Tout en maintenant des liens étroits et coordonnés entre les deux, on peut entrevoir la nécessité d'un autre centre universitaire de gériatrie du côté de la santé où se réalise surtout l'enseignement, la recherche, la formation clinique et l'expérimentation dans le développement des soins du côté de la santé. On peut aussi songer à un centre universitaire de gérontologie sociale dans le domaine des sciences sociales et de comportement pour appuyer l'enseignement, la recherche, la formation clinique et le développement des connaissances dans le domaine du

vieillissement.

L'exemple de l'Université de Toronto avec son initiative de "Programme en Gérontologie" mérite d'être souligné comme une première dans les tentatives des universités canadiennes au niveau de la gérontologie. Le programme a quatre objectifs différents:

1) Coordonner, faciliter et développer les ressources de l'Université en ce qui concerne l'étude des processus de vieillissement et des personnes âgées autant dans les disciplines que dans les écoles professionnelles au niveau des études sous-graduées et graduées;

2) Développer les ressources communautaires et les liens de l'Université avec ces ressources;

3) Stimuler la recherche multidisciplinaire pour la réalisation d'études sur le vieillissement sur les personnes âgées, stimuler les innovations et en faire l'évaluation;

4) En dernier lieu, publier des articles permettant d'établir l'état des connaissances ou évaluer les politiques existant dans certains secteurs concernant le vieillissement et les personnes âgées (Programme in Gerontology, 1980).

Conclusion

En conclusion, l'état actuel de la recherche gérontologique ne permet pas de faire de la gérontologie une discipline au sens complet du terme: c'est un champ d'étude multidisciplinaire par excellence pour regrouper les spécialistes de plusieurs disciplines. Lorsqu'on

regarde la manière dont ces constatations se traduisent sur le plan de l'enseignement, force nous est de constater qu'il faut insérer dans la formation de base des différentes disciplines, en particulier les disciplines cliniques, un contenu gérontologique beaucoup plus accentué qu'on ne l'a fait jusqu'à maintenant. L'Université doit aussi dans une perspective d'éducation permanente, développer des programmes spécifiques complémentaires s'adressant aux personnes oeuvrant auprès des personnes âgées. La mise sur pied des centres universitaires en gériatrie et en gérontologie sociale, où les chercheurs de différentes disciplines pourront trouver des lieux de recherche et s'associer ensemble, soustend la qualité, la pertinence et le succès de l'enseignement de la gérontologie.

Bibliographie

BEAUDOIN, A. et al., 1972. Après 65 ans, condition de vie, besoin, satisfaction, Sherbrooke: Conseil régional de bien-être.

JACOBSON, R.L., 1980. Gerontology said to Lack Identity as an Academic Discipline, The Chronicle of Higher Education, March 17.

SWEENEY, S.M., 1980. New Directions for the Administration on Aging Education and Training Program, Educational Gerontology: An International Quarterly, 5, 1-15.

LA RECHERCHE AU SERVICE DE L'INTERVENANT

Lise Bélanger, Centre de Services Sociaux
du Montréal Métropolitain

Le but ultime de la recherche dans le domaine de la gérontologie est d'améliorer la qualité de la vie des personnes âgées. L'intervenant, animé par la même préoccupation, utilise ses connaissances et ses habiletés dans le but d'améliorer ou d'enrayer des conditions sociales inacceptables ou de satisfaire un ou plusieurs besoins exprimés. Les services rendus par l'intervenant répondent à des besoins d'ordre physiologique, psychologique et social de la personne âgée, de sa famille et de son environnement. Son champ d'intervention touche, par conséquent, une gamme de dimensions toutes aussi importantes les unes que les autres. Les personnes âgées, outre la perte de leur capacité physique, vivent aussi des problèmes d'ordre psycho-social qui sont propres au vieillissement ou identiques à ceux de n'importe quelle autre personne. A titre d'exemple, notons les problèmes conjugaux, les problèmes de relations familiales, l'alcoolisme, les problèmes d'utilisation du temps libre, etc.

Dans son action, l'intervenant est d'abord aux prises avec l'identification qu'il doit faire du problème majeur auquel fait face la personne âgée, par

opposition à la perception que peut en avoir le client lui-même ou le référant. Une analyse de cent (100) clients évalués à la clinique O.A.R.S. (Older Americans Resources and Services), en Caroline du Nord, contient des données intéressantes concernant l'identification des problèmes (McKinsey, 1975). La comparaison des réponses du référant avec celles de l'intervenant et du client révèle en effet des différences. L'intervenant et le référant identifient les problèmes émotifs comme étant la principale difficulté rencontrée par la majorité des clients. Les clients, eux, jugent que leur difficulté principale est d'ordre médical, suivie de l'instabilité émotive comme deuxième préoccupation. Pour les référants et les intervenants, le besoin d'institutionnalisation vient en second lieu, alors que les clients nient, pour la plupart, ce besoin. Les clients ainsi que les intervenants identifient le problème de la solitude comme étant le deuxième par ordre d'importance. Les intervenants sont d'accord également avec les référants pour affirmer que le besoin de traitement médical est second en liste. Les clients mentionnent des difficultés avec les transports, alors que les intervenants y attachent moins d'importance. Il ressort également de cette étude que les problèmes d'ordre familial sont considérés par les intervenants comme prioritaires, alors que les clients les passent sous silence.

Ces résultats nous amènent à réfléchir sur notre action et à la questionner. L'intervenant agit-il en fonction des besoins réels de la personne âgée ou en fonction de ceux qu'il a identifiés comme étant tels?

La même étude rapporte une moyenne de 5.86 services par client, ce qui indique que la plupart des personnes âgées qui se sont adressées à cette clinique avaient besoin de services multiples. On peut en conclure à l'impérieuse nécessité de coordonner les services existants afin de pouvoir répondre plus adéquatement aux besoins des personnes âgées.

Ce n'est qu'une petite proportion de personnes âgées qui nécessitent l'aide d'un intervenant (Social Services for the Aged and Aging, 1969). Par contre, leurs besoins sont nombreux et touchent plusieurs aspects. Un revenu insuffisant ou des problèmes financiers "d'un autre ordre" (la personne âgée a de l'argent mais refuse de s'en servir) ont trop souvent des répercussions fâcheuses sur les conditions de vie, telles le logement, la nourriture et le transport. Combien de fois ne rencontrons-nous des personnes âgées souffrant de malnutrition ou aux prises avec des problèmes de santé parce que n'ayant pas les moyens financiers de se déplacer, elles ne vont pas aux lieux de consultation ou de traitement? On pourrait multiplier les exemples à l'infini.

L'interdépendance des différentes situations de la vie fait que, très fréquemment, un problème en entraîne un autre; c'est souvent ce qui déclenche le besoin d'intervention (Social Services for the Aged and Aging, 1969). La famille, la personne âgée ou les deux ont attendu trop longtemps, et s'attendent ensuite à ce que le ou les problèmes soient réglés sur le champ, ce qui est plus vite "dit" que "fait".

L'intervenant doit agir en fonction du problème majeur auquel fait face la famille ou la personne âgée et déceler les habiletés ou les capacités qu'elles ont de s'en sortir. Ensuite, il verra à identifier les façons les plus appropriées d'intervenir pour maintenir ou rétablir l'autonomie en misant sur les potentialités identifiées chez la personne âgée, sa famille et son environnement. Pour réaliser le plan d'intervention, il doit, en plus de maintenir le contact avec la personne âgée, sa famille, ses voisins ou amis, s'efforcer d'identifier le ou les services concrets qui sont susceptibles de répondre aux besoins du client, s'assurer la collaboration des différents services impliqués et veiller à ce que le client ou un "autrui significatif" soit capable de suivre ses recommandations. C'est là toute une mission, d'autant plus que les services sont nombreux, pas toujours complémentaires, les critères d'admissibilité de plus en plus diversifiés, sans mentionner la multiplicité des règlements administratifs.

L'intervenant doit s'assurer que son action ait des effets à long terme, ce qui implique, qu'en plus d'utiliser des services concrets, il doit aider la personne âgée et sa famille à résoudre leurs problèmes de sorte qu'elles puissent faire appel à leur expérience pour résoudre leurs difficultés ultérieures sans que sa présence soit toujours nécessaire (Herr and Weakland, 1979).

Besoins - Orientation - Recherche

Francine Ouellet-Dubé (1979), dans son article intitulé "Recherche ou pratique: qui gagne?", présente les étapes du processus de recherche et celles du processus d'intervention dans le tableau suivant:

Recherche	Pratique
1) position du problème;	1) identification de la situation problème;
2) élaboration d'un cadre de référence;	2) étude du système-client;
3) construction d'un modèle opératoire;	3) élaboration d'un plan d'intervention;
4) collecte des données essentielles;	4) exécution du plan d'action;
5) analyse et interprétation des données.	5) évaluation.

Selon elle, "chercheur et praticien adoptent une procédure qui se rejoint sur plusieurs plans. Ce qui diffère, ce n'est pas le cadre mais l'objet sur lequel porte l'activité et c'est aussi le but à atteindre. Bref, il ne faut plus croire aux anciens clichés qui opposent la science à l'intuition; en recherche, comme dans la pratique, il faut pouvoir compter sur l'une et l'autre.

Urban et Watson (1974) présentent, pour leur part, un point de vue un peu différent en précisant qu'il existe entre chercheurs et praticiens des divergences qui dépassent celles du but à atteindre. Entre autres,

leurs connaissances et techniques sont génériquement différentes; ils ont élaboré de part et d'autre, un langage propre à leurs intérêts respectifs avec le résultat qu'ils ont continuellement des problèmes de communication.

Le but de cette présentation n'est pas de braquer l'objectif sur les problèmes pouvant exister entre chercheurs et intervenants. Il n'en demeure pas moins qu'ils peuvent facilement devenir deux solitudes, s'ils ne prennent pas conscience au départ de leur complémentarité, c'est-à-dire apprendre à poser les problèmes sous une forme plus "scientifique", si l'on est praticien, et découvrir ce que sont les problèmes significatifs d'une intervention qui nécessite investigation, si l'on est chercheur.

La recherche, dans le domaine de la gérontologie, devrait conduire à la découverte de notions et de techniques nouvelles, susceptibles de mettre le praticien à même de mieux aider le client. Par conséquent, je voudrais exposer brièvement quelques orientations que pourrait prendre la recherche pour se mettre au service de l'intervenant.

Il nous est actuellement très difficile d'évaluer le degré d'efficacité des services que nous offrons aux personnes âgées. Nous disposons de trop peu de données pour organiser un réseau de services intégrés. Très populaire dans la littérature gérontologique, ce concept est véhiculé à tous les niveaux de distribution de services. Il n'en demeure pas moins que nous sommes loin d'avoir atteint cette intégration. Nous avons

donc besoin de l'appui des chercheurs pour élaborer des modèles de distribution de services à l'intention des personnes âgées, avec tous les éléments nécessaires à l'évaluation des résultats à partir de mesures systématiques (Social Services for the Aged and Aging, 1969). Pour utiliser la terminologie de la recherche, nous faisons allusion ici au besoin d'effectuer de la recherche appliquée, de type évaluatif, où l'on s'interroge sur l'utilité d'un service offert, sur les liens existant entre les services offerts et les besoins d'une population, sur l'efficacité, l'impact et les résultats d'un programme, sur la satisfaction des intéressés, etc. Différents modèles auraient avantage à être élaborés, testés et validés, à partir d'un certain nombre de variables et approches: le dispensateur de service, le consommateur de service, le modèle préventif, le consommateur qui n'est pas vraiment dans le besoin, etc. Définir ces modèles ou tout autre modèle sans le support de la recherche est une mission quasi impossible.

La recherche nous serait utile également pour nous permettre de connaître les caractéristiques qui différencient la clientèle âgée bénéficiaire de services dans le réseau des Affaires sociales de celle qui ne l'est pas. Elle pourrait nous aider en outre à préciser les critères servant à définir la nature, les raisons et le moment des services.

Un service de tout premier ordre que pourraient nous rendre les chercheurs, avec la participation des intervenants, serait de développer un instrument d'évaluation permettant de faire un relevé des données perti-

nentes, tout en facilitant l'élaboration du plan de traitement. La qualité principale de cet instrument devrait être sa souplesse, afin d'en faire quelque chose d'unique et acceptable par tous les établissements du réseau. Ce mandat serait un excellent prétexte pour associer les chercheurs et les intervenants et jumeler leur compétence respective. C'est une démarche qui pourrait de plus très bien s'inscrire dans le type de recherche qu'on appelle "recherche-action" (Ouellet-Dubé, 1979).

Enfin, puisqu'il faut conclure et que ce qui précède peut exiger plusieurs années de travail, j'aimerais quand même confier aux chercheurs une dernière mission. Il existe plusieurs méthodes de traitement social et sans vouloir les énumérer toutes, je vous renvoie à l'article de James K. Whittaker (1976) où l'on trouve la description d'un bon nombre d'entre elles; elles sont appliquées au niveau de tous les groupes d'âge par les intervenants dans leur pratique quotidienne. Des intervenants comme Weiner, Brok et Snadowsky (1978) mettent de l'avant l'idée que les caractéristiques physiques et psycho-sociales des personnes âgées présentent un caractère particulier et méritent des approches et des méthodes de traitement appropriées aux besoins de ce groupe. Leur ouvrage renferme des techniques relativement nouvelles sur le succès desquelles ils n'ont pas encore de preuves empiriques sûres. Leur expérience clinique s'avère par contre très positive et ils espèrent que la recherche pourra éventuellement les valider. Il va de soi

que l'intervenant est très intéressé par ce qui précède puisqu'il doit résoudre quotidiennement les problèmes que viennent lui apporter les personnes âgées et leur famille.

La "famille" des personnes âgées constitue un autre mot-clé. Elle vit les problèmes, y est impliquée et on ne peut être que d'accord avec le Dr Pfeiffer lorsqu'il souligne que la consultation de la famille et le travail effectué auprès d'elle ou de ses membres est l'un des plus importants services offerts par sa clinique (McKinsey, 1975). La famille a besoin de comprendre et d'accepter les recommandations et l'information concernant la personne âgée en matière d'aide, si l'on veut que le traitement réussisse et ait un effet durable. La question du comment travailler avec la famille reste un domaine à explorer et l'intervention à ce niveau pourrait devenir une solution à plusieurs problèmes.

D'après les statistiques recueillies aux Etats-Unis et dans d'autres pays, Robert N. Butler estime que l'aide à la famille devient de plus en plus importante pour qu'elle puisse s'occuper de ses membres âgés quand ceux-ci ont des problèmes médicaux ou psychosociaux. Il rapporte que 50% des Américains âgés vivent en établissement, n'ayant pas de famille, et que, sur ce nombre, 75% sont des femmes ayant survécu à leur mari ou n'ayant pas eu d'enfants.

Tirée de sondages effectués en Grande-Bretagne, une autre donnée intéressante révèle que 6 sur 7 personnes âgées atteintes du syndrome d'insuffisance

cérébrale vivaient à domicile. Ceci laisse supposer que même une détérioration de cette ampleur ne constitue pas en soi une raison suffisante pour recourir à l'institutionnalisation. Elle montre aussi que la famille est tout à fait capable de maintenir, chez ses membres âgés, un équilibre psychologique favorable (Weiner, Brok et Snadowsky, 1978).

Il va sans dire que les besoins des intervenants sont nombreux et qu'il y aurait avantage à les préciser avant d'en discuter avec les personnes responsables de la recherche, tout au moins de celle qui se fait au Québec. Quant à l'établissement d'un réseau de communication entre chercheurs et intervenants, le problème reste entier.

Quel usage l'intervenant fait-il de la recherche? Comment l'inciter à s'en servir davantage? De quelle façon peut-il bénéficier des résultats de recherche? Pour toutes ces questions, il serait intéressant de connaître non seulement le point de vue des chercheurs mais aussi celui des intervenants.

Bibliographie

BUTLER, R.N., 1980. The Alliance of Advocacy with Science. The Gerontologist, 20, (2), 154-162.

HERR, J.J. & J.H. WEAKLAND, 1979. Counseling Elders and their Families. New York: Springer Publishing Company.

McKINSEY, M.E., 1975. Applying Research and Training to Improve Life for the Aged. Geriatrics, (30), 80-84.

OUELLET-DUBE, F., 1979. Recherche ou pratique: qui gagne? Service social, 28, (2-3), 5-14.

Social Services for the Aged and Aging: Suggested Research Priorities, 1969. The Gerontologist, 9, (4), 55-64.

URBAN, H.B. & W. WATSON, 1974. Response to Bridging the Gap: Alternative Approaches. The Gerontologist, 14, (6), 530-533.

WEINER, M.B., A.J. BROK & A. SNADOWSKY, 1978. Working with the Aged: Practical Approaches in the Institution and Community. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

WHITTAKER, J.K., 1976. Formes diverses de traitement social. Service social, 25, (1), 1-49.

QUI EST RESPONSABLE DE LA RECHERCHE EN GERONTOLOGIE?

Hubert de Ravinel, Conseiller auprès du Ministre d'Etat au développement social

Voici une question directe et précise qui, évidemment, n'obtiendra pas le type de réponse claire et précise du type de celle qu'on attend, par exemple, du citoyen en période référendaire.

Cette question certes n'est ni truquée, ni alambiquée, mais la réponse n'en demeure pas moins malaisée à fournir.

D'abord, il convient de déterminer le champ d'action de la gérontologie pour ensuite esquisser des aperçus relatifs au développement de cette discipline et identifier ainsi quelques domaines précis de recherche. Enfin, je tenterai de discerner quels peuvent être, et à quelle condition, les maîtres d'oeuvre du développement gérontologique.

Champ d'action de la gérontologie

Michel Philibert (1974) décrit la gérontologie comme l'étude scientifique des processus et des problèmes du vieillissement et signale un net contraste entre son développement en tant qu'institution sociale et son relatif sous-développement en tant que discours

scientifique.

Plus précisément, Nicolas Zay (1977), dans la revue de service social de l'Université Laval, écrit que la gérontologie sociale étudie les changements qui accompagnent le processus du vieillissement des points de vue psychologique, sociologique et psycho-sociologique.

Il ajoute, et c'est à mon avis essentiel, qu'elle étudie le rôle du milieu, de la culture et du changement social dans le processus du vieillissement...

Zay et Philibert font la même distinction entre le retard de la recherche gérontologique et le progrès, le développement de l'action gérontologique. Nicolas Zay, dans le même article de la revue service social, note le petit nombre de thèses de maîtrise et de doctorat sur la recherche: trois titres de thèse de doctorat entre 1964 et 1972 pour le Canada! Par contre, tant au Québec qu'au Canada et en Europe, il y a pléthore de recherches dans le domaine de l'action, Roger Murray, du M.A.S. (1979), en a d'ailleurs donné d'excellents exemples dans son étude sur la recherche en gérontologie en Grande-Bretagne, en Hollande et aux U.S.A. La gérontologie sociale a réellement été inventée à la fin des années 50, c'est d'ailleurs à ce moment que la gérontologie sociale a commencé à se développer aux U.S.A.

Avant toute chose, il est essentiel de faire le point sur la gérontologie sociale au Québec en 1980. Le développement des activités envers les personnes âgées est considérable, depuis une dizaine d'années en particulier. Le troisième âge est à la mode. On

ne sait pas nécessairement ce que c'est, quand il commence, mais cette notion commode sinon conforme à la réalité donne lieu à beaucoup d'intérêt tant de la part des intervenants que des étudiants en gérontologie.

Pourtant, il faut voir les choses en face. On prend trop facilement pour acquit chez-nous, et ailleurs aussi, que la gérontologie, grosso modo, est une discipline qui concerne les gens âgés et on a trop tendance à limiter les phénomènes du vieillissement aux dernières années de l'existence, et plus encore à l'aspect médico-social de ces dernières années. On peut facilement vérifier ceci en observant les motivations des étudiants des différents certificats de gérontologie de la province: ce sont des mobiles de spécialisation en vue de mieux servir une clientèle donnée bien définie.

Pourtant, et tout le monde l'admet, le vieillissement est un continuum et les changements qui affectent l'avance en âge peuvent être observés très tôt dans le cours de l'existence. Même si le champ d'action proprement dit de la gérontologie sociale concerne plus particulièrement la seconde moitié de l'existence, il reste qu'il doit couvrir également les années antérieures de la vie. Ce qui aura évidemment pour effet de modifier les données de la recherche gérontologique, trop limitées à l'action et particulièrement à l'action à court terme.

Ainsi, par exemple, on admet que dès le plus jeune âge, l'école a une influence directe sur l'individu selon qu'elle l'incite ou non à une ouverture intellec-

tuelle ou à un esprit de critique positive et de découverte permanente. Or, il apparaît, beaucoup plus tard dans la vie des individus, que cet esprit de critique et de découverte permanente constitue un des plus sûrs garants d'un vieillissement épanoui en dotant l'individu de potentialités fort utiles en une époque, celle de la retraite, où il n'a plus de surface professionnelle agréée par la société.

Il m'apparaît évident que les recherches scientifiques sur l'influence sur l'individu du système scolaire doivent être menées avec une connotation gérontologique.

Cela est un exemple entre plusieurs. Il en existe bien d'autres. Prenons ainsi le domaine des loisirs. Il y a une incidence évidente d'une part entre les loisirs et le vieillissement et d'autre part, entre les loisirs et les relations à autrui et au milieu de vie. Or, certains loisirs, comme la télévision (dont la moyenne d'écoute pour le Montréalais moyen est de 34 heures par semaine), sont de nature à isoler l'individu et à influer ainsi grandement sur son avance en âge. A ma connaissance, aucune recherche sur les loisirs et le vieillissement n'a encore été menée à terme au Québec. En grande partie parce qu'on n'a pas encore suffisamment exploité le champ d'action de la gérontologie réduit finalement à un court terme très influencé par l'aspect pathologique des problèmes de l'âge. Cette préoccupation à courte échéance de la gérontologie s'explique aisément: les besoins décelés chez les personnes âgées et plus particulièrement chez

celles qui sont très âgées et très dépendantes ont, depuis une dizaine d'années, surtout suscité des réponses et également des recherches pour vérifier des intuitions et des hypothèses.

Si nous observons la recherche gérontologique aux U.S.A. et dans les pays occidentaux, nous pouvons constater qu'il y a, chez presque tous les chercheurs, une certaine crainte à aborder des problèmes de fond qui, selon l'expression de Philibert, "les empêcheraient d'oublier qu'ils vieillissent eux-mêmes...".

De plus, il y a une tendance assez commune dans ces pays à vouloir donner à la gérontologie des lettres de noblesse scientifiques, à la hisser au niveau des sciences majeures et ainsi à l'isoler de la vie et à la couper de l'apport de tout ce qui n'est pas quantifiable. C'est l'état d'esprit de trop de chercheurs qui, hautement motivés par un strict esprit de compétition et peu sensibilisés aux problèmes sociaux et aux gens ordinaires cherchent, dans l'accumulation objective des faits, à découvrir des lois qui, à leurs yeux, régiront l'ensemble de la problématique du vieillissement.

Ainsi, il s'agit, pour la recherche en gérontologie, autant de modifier un état d'esprit, de se situer soi-même comme sujet vieillissant, que de modifier le champ d'action traditionnel de la gérontologie sociale.

Ce qui complique un peu les choses en terme de recherche, c'est que cette toute jeune discipline (Birren, Tibbits et Donahue en ont été, au début des années 50, les pionniers aux U.S.A.) a été accaparée

très vite par les psychologues d'un côté et les sociologues de l'autre et, très vite également, a été identifiée, par contraste, avec la gérontologie tout court, chasse plus ou moins gardée des médecins.

Des écoles sont nées, les unes insistant sur l'aspect individuel du vieillissement, les autres sur son aspect collectif, social, voire politique. Les uns arrivent aux conclusions que le vieillissement aboutit en soi à une diminution des facultés d'adaptation de l'individu, les autres concluent au contraire à la regénération permanente des dynamismes compensatoires.

La recherche au Québec

Tous ces courants d'interprétation de la discipline gérontologique fleurissent au Québec et, au premier abord, on peut y discerner, un décalage entre la recherche et l'action, pour des raisons déjà mentionnées: une préoccupation presque exclusive pour des problèmes à court terme et un rétrécissement excessif du champ d'action de la gérontologie.

Il est assez clair que nous pouvons reconnaître ici une situation que beaucoup déplorent: il n'y a pas chez nous de politique globale du vieillissement, mais plutôt une politique de services aux personnes âgées, ces dernières étant, comme on l'a déjà mentionné, identifiées à l'ensemble de la problématique du vieillissement.

Je n'insisterai pas sur une description que d'autres ont faite ou feront de l'état de la recherche québécoise, des problèmes méthodologiques qui s'y rat-

tachent, de l'absence de toute recherche fondamentale en matière de gérontologie sociale et du problème de la marginalisation des personnes âgées. Ce sont là les éléments d'un diagnostic qui finit par être connu. Je voudrais identifier seulement quelques points essentiels, ce qui m'amènera à préciser comment pourrait être menée la recherche québécoise en gérontologie.

Premier point

La recherche appliquée est reliée en grande partie au Ministère des affaires sociales qui, par le biais du comité de la recherche socio-économique créé en 1971, subventionne des projets de recherche socio-économique.

Or, de l'avis de beaucoup de gens, le Ministère des affaires sociales ne peut plus aujourd'hui rendre compte de toutes les facettes du vieillissement comme c'était traditionnellement sa mission. On reconnaît de plus en plus que les services aux personnes âgées, qu'il s'efforce de mettre sur pied, sont dans le meilleur des cas un pré-requis, un ensemble d'instruments au bien-être physique et social de la population âgée qu'ils connaissent. Or, on admet qu'environ 5 à 6% des personnes âgées sont institutionnalisées, tandis qu'un autre 7 à 8% reçoit à la maison des soins ou des services ou participe à un centre de jour. Il reste donc un peu plus de 85% des retraités qui sont censés ne pas avoir de besoins et ne sont pas sur les listes du Ministère, et heureusement dans ce sens, car ce dernier serait alors complètement bloqué. Or, il m'apparaît urgent que la recherche gérontologique porte

autant sur ces 85% de gens réputés sans besoin que sur les 15% de "dépendants". En d'autres termes, les vrais besoins n'en sont pas seulement de survie mais de participation à la vie du milieu, d'adaptation à de nouveaux types de logement, d'accession à un nouveau statut de retraité, d'acceptation de ce statut, d'identification de potentialités souvent occultées par la vie professionnelle et aussi de prise de conscience d'une appartenance à un nouveau groupe socio-économique.

Il apparaît qu'un seul ministère voué à la solution de problèmes bien concrets et précis ne peut plus faire face à ces nouvelles dimensions, où l'éducation, les affaires culturelles, les loisirs, le travail, doivent, en tant que ministères, jouer un rôle grandissant.

De même, il ne m'apparaît pas souhaitable que le Ministère des affaires sociales étende sa juridiction à tous les aspects du vieillissement qui dépassent le cadre d'une approche ministérielle. Le Québec dit se doter des instruments d'une politique d'ensemble du vieillissement, à l'instar des Etats-Unis, des autres provinces ou des pays occidentaux. Il faut cependant noter que les instruments consultatifs créés par ces pays concernent beaucoup plus les problèmes spécifiques des gens âgés que la problématique d'ensemble préventive et curative du vieillissement.

L'idée d'un conseil québécois du vieillissement a déjà fait son chemin, a soulevé autant d'intérêt que d'opposition. Le gouvernement s'est vu reprocher de vouloir gérer une fois de plus les intérêts des retraités par-dessus leur tête. Je vois cependant ce conseil

comme un instrument privilégié, situé au confluent des différents ministères qui sont concernés par le vieillissement et également au confluent de ceux qui vivent le vieillissement et de ceux qui sont chargés d'apporter des solutions aux problèmes qu'il génère.

Pour cela, il faudrait que ce conseil:

1) Soit reconnu officiellement comme l'agent de développement et de coordination d'une politique du vieillissement;

2) Soit ainsi conçu qu'il développe des liens permanents avec représentants des intervenants et des gens âgés et pré-retraités;

3) Se situe au carrefour des différents ministères, n'empiète d'aucune façon sur leurs initiatives, mais leur propose un contenu gérontologique sans cesse renouvelé au contact du milieu et aussi au contact des institutions éducatives.

4) Se situe au confluent des différentes initiatives de la recherche au Québec. Ces initiatives n'ont, à l'heure actuelle, aucun lien structurel entre elles:

- Parce qu'elles ne sont pas conçues en référence à une vision globale du vieillissement;
- Parce qu'elles se situent à des niveaux différents entre lesquels il n'y a pas grande communication. Et cela, pour plusieurs raisons:

. Le chercheur vit souvent en vase clos. Que de recherches ne sont guère utilisables par l'intervenant qui ne reconnaît pas là son milieu de travail quotidien et pourtant on reproche parfois à l'intervenant d'être loin des gens ordinaires! Et, de plus, à quoi bon prévoir des mécanismes de concertation entre les chercheurs

si ces derniers demeurent coupés du terrain?

. Les différentes facettes du vieillissement sur lesquelles travaillent les chercheurs ne sont pas reliées entre elles et sont abordées sans aucun ordre, sans hiérarchie de priorité;

. Le gouvernement n'a, jusqu'à date, manifesté aucune volonté politique de mener une politique globale du vieillissement. Il est aiguillonné par les solutions à court terme électoralement prioritaires. Les forces de pression appuient très fort sur ce court terme. Un conseil du vieillissement dynamique pourrait sans doute rééquilibrer cette vision des choses et susciter des solutions d'autant plus efficaces qu'elles auraient été recherchées avec la participation du milieu.

Ce tableau n'est cependant pas entièrement sombre, car il y a des exemples de coordination. Ainsi, un projet de recherche, émanant du Laboratoire de gérontologie sociale de l'Université Laval et portant sur les motivations, poussant les travailleurs âgés à quitter le marché du travail ou à y rester, a été financé conjointement par le Ministère des affaires sociales et le Ministère du travail et de la main-d'oeuvre, chose qui se voit rarement, chaque ministère hésitant à se départir de son individualisme.

Un conseil du vieillissement qui aboutirait à élaborer un discours sur le vieillissement accepté de tous ne se substituerait aucunement, je l'ai déjà précisé, aux organismes déjà en place, para-publics, publics ou privés. Mais il aurait le mérite d'acquérir, de développer et d'entretenir une expertise du

vieillissement. Dans le domaine de la recherche, il ne s'agirait nullement, pour le conseil, de prendre en charge les initiatives publiques et para-publiques, ni de chapeauter l'université, mais, par exemple:

1) De proposer des thèmes de recherche en accord avec une dynamique continue du vieillissement;

2) De faire pression auprès des gouvernements dans le domaine notamment du financement de la recherche gérontologique. On l'a vu, ce financement québécois tient de l'artisanat et repose sur l'opiniâtreté et le dynamisme d'individus isolés;

3) De faire valoir auprès du secteur para-public, le réseau des affaires sociales entre autres, l'importance des situations reléguées dans l'ombre jusqu'à maintenant, par exemple, l'existence d'un réel milieu de vie, sans lequel le maintien à domicile est un leurre.

Un conseil du vieillissement dynamique pourrait jouer un rôle important en terme de recherche et, par exemple, piloter un Conseil québécois de la recherche gérontologique qui serait en liaison

- Avec le gouvernement par l'entremise du conseil du vieillissement;

- Avec les universités auxquelles il ferait valoir l'urgence d'être davantage en relation avec les milieux de vie;

- Avec les praticiens qui connaissent, en principe, le pouls du milieu mais ne possèdent que rarement les outils nécessaires à une recherche tant soit peu productive.

Ce conseil constitue une hypothèse de restructuration de la recherche gérontologique au Québec. Il

pourrait jouer le rôle que remplit l'actuel comité de la recherche socio-économique du M.A.S., mais dépasserait ce rôle en ce sens qu'il évaluerait et recommanderait des projets s'inscrivant dans le domaine de la recherche dite socio-économique, non pas au M.A.S. seulement, mais à tous les ministères ayant à voir avec la problématique du vieillissement. De plus, son association au conseil du vieillissement lui permettrait davantage d'initiatives et de dynamisme.

Voilà donc une nouvelle structure présentée. Il y aura certainement d'autres projets de restructuration de la recherche gérontologique. Quoiqu'il en soit, ils n'auront d'intérêt que s'ils passent par une authentique participation des pré-retraités et retraités, c'est-à-dire les premiers intéressés aux sujets de recherche qui les concernent. De plus, tout projet de réforme devra prévoir l'instauration de rapports permanents entre les chercheurs et les intervenants, entre ces derniers et les représentants des regroupements de personnes âgées. Ces derniers se méfient de structures chargées de gérer leur bien-être. Ils se méfient encore plus de recherches menées sans leur participation. Au-delà des structures nouvelles, au-delà des problèmes bien identifiés de la recherche québécoise, ce qui importe essentiellement, c'est une vision plus nette des besoins à combler et des objectifs à poursuivre dans le domaine de la gérontologie.

Bibliographie

MURRAY, R., 1979. La recherche en gérontologie, ses orientations, suggestion de priorité. Québec: Ministère des Affaires sociales.

PHILIBERT, M., 1974. Où va la gérontologie? Gérontologie, (17), 8-16.

ZAY, N., 1977. La gérontologie sociale: son présent, son avenir. Service social, 26, (2-3), 7-27.

LA RECHERCHE GERONTOLOGIQUE AU QUEBEC

Roger Murray, Ministère des affaires sociales du Québec

Avant d'entreprendre l'exposé, je voudrais formuler quelques remarques qui précisent la portée et les limites de la communication qui va suivre.

En premier lieu, ce texte ne peut prétendre constituer un panorama exhaustif de la recherche gérontologique au Québec. Il reflète plutôt les perceptions et préoccupations de personnes à l'emploi d'un Ministère - celui des Affaires sociales - dont le rôle et les responsabilités vis-à-vis les personnes âgées demeurent primordiaux et privilégient les travaux issus des habituels mécanismes de subvention à la recherche. Les communications qui vont suivre portant sur les recherches en cours de même que la troisième partie de ce colloque, consacrée aux apports des diverses disciplines académiques à l'endroit de la gérontologie, permettra sans doute d'en tracer un portrait plus global.

En second lieu, il convient de souligner ici la distinction, toujours délicate, entre la recherche d'une part et la littérature et l'information d'autre part. Les personnes âgées constituent un sujet largement traité dans les revues, journaux, colloques et à

l'occasion, livres, émissions de télévision, etc. Cette effervescence reflète les préoccupations croissantes de la société québécoise envers le troisième âge, joue un rôle bénéfique de sensibilisation aux problèmes réels de ces personnes et constitue en soi un savoir de première force. On peut difficilement affirmer qu'à ces préoccupations croissantes, correspond un développement équivalent de la recherche gérontologique en tant que telle.

Notons enfin que nous traiterons ici de la gérontologie sociale et ne toucherons pas en conséquence les travaux de gériatrie.

L'exposé se divise en quatre parties. La première est consacrée à la recherche gérontologique interne du ministère des Affaires sociales, la seconde s'attarde au rôle du Comité de la recherche socio-économique dans le secteur, la troisième traite du laboratoire de gérontologie sociale tandis que la quatrième s'efforce d'identifier les priorités de recherche dans le domaine.

Introduction

Si on la considère dans son aspect spécifiquement recherche, la gérontologie au Québec est relativement sous-développée, à l'instar des autres secteurs de recherche regroupés sous le vocable nébuleux de sciences humaines. Les raisons sont multiples qui vont de l'absence de traditions à la rareté des chercheurs, des mouvements cahotiques des bailleurs de fonds aux carences organisationnelles de l'activité recherche en général au Québec. Qui plus est, la gérontologie ne peut

s'appuyer sur ce support institutionnel non négligeable qu'est une faculté. Surgie de nulle part, la gérontologie québécoise lorsqu'elle s'est implantée dans l'organisation universitaire, a dû compter sur les dons d'hospitalité, variables avouons-le, des facultés universitaires avec lesquelles elles semblaient avoir quelques affinités vagues. Bref, une situation difficile.

Dans ces circonstances, il n'est guère étonnant que la gérontologie québécoise se soit développée dans l'indifférence générale, grâce à l'apostolat admirable de quelques personnes à la fois chercheurs, administrateurs et animateurs. Peu à peu s'est constitué un corpus de recherches gérontologiques de facture spécifiquement québécoise. La diversité des méthodes et des sujets traités ne permet pas cependant de parler de cumul de savoir. Afin d'illustrer la situation de la gérontologie au Québec nous nous arrêterons quelque peu sur trois types de production concernant directement ou indirectement le ministère des Affaires sociales soit la recherche interne en gérontologie, celle qui est subventionnée via le Comité de la recherche socio-économique et l'expérience du Laboratoire de gérontologie de l'Université Laval.

A. La recherche interne en gérontologie

Par définition, la recherche vient appuyer les travaux de planification, voire de programmation d'un ministère. Elle est constituée habituellement de travaux descriptifs, de création de système de données, à l'occasion d'études spécifiques, de recherches évalua-

tives ou de sondages.

La production interne en recherche gérontologique du MAS suit grosso modo ce modèle. En premier lieu, on retrouve dans un document intitulé: Le ministère des Affaires sociales et les personnes âgées (1977), l'exposé de la politique du Ministère pour le troisième âge.

Viennent s'ajouter à ce document des études plus spécifiques (Carrier, 1977) ou encore de vastes projections concernant le développement de services (Carrier et Michaud, 1978). Ces travaux, de facture solide, répondent strictement aux exigences du processus de planification. Ils sont complétés par une recherche, allouée par contrat et s'inscrivant dans le cadre du projet DORIS. Cette initiative s'est traduite par la production de trois volumes consacrés à la confection d'indicateurs sociaux pour personnes âgées. Le premier propose une problématique globale et critique de la situation du troisième âge au Québec (Villeneuve, Gouin, Kirouac, Perrotte et Potvin, 1978). Le second est un atlas de la population âgée du Québec (Villeneuve, 1977). Le troisième enfin (Villeneuve, Gouin, Kirouac, Perrotte et Potvin, 1978) présente les indicateurs touchant les éléments suivants: indicateurs empiriques (indice de vieillesse, proportion de ruraux, secteur occupationnel, revenu, scolarité, sexe, état civil) et analyse des traits caractéristiques des groupes d'âge étudiés (45 à 54 ans, 55 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus). Ces trois derniers volumes répondent à un besoin pressant de données, besoin signalé par tous ceux que nous avons interrogés

dans le cadre de ce travail.

Les personnes âgées n'avaient pas fait l'objet, jusqu'à présent, de sondages exclusifs encore que quelques-unes d'entre elles soient comprises dans des échantillonnages interrogés sur diverses facettes des services sociaux et de santé émanant du Ministère (Villeneuve, 1977). Cette carence sera partiellement comblée par la réalisation prochaine de deux sondages auprès des personnes âgées vivant en institution et à domicile. Enfin, on a entrepris, via le service d'Evaluation des services sociaux, l'évaluation de certaines politiques à l'endroit du troisième âge, opération qui pourrait s'avérer riche en renseignements, voire en surprises!

B. Le rôle du CRSE en gérontologie

Pour sensibiliser les milieux de recherche au vaste monde des Affaires sociales et combler quelques-uns de ses besoins en nouvelles connaissances dans ces secteurs, le Ministère s'est doté en 1971 d'un Comité de la recherche socio-économique, chargé de recevoir, d'évaluer et de recommander au MAS des projets s'inscrivant dans le domaine de la recherche dite socio-économique. Muni de ces informations précises, le CRSE a oeuvré au fil des ans, son action étant principalement inspirée par la sensibilité des membres qui en faisaient partie à un moment ou l'autre de son histoire et par le type de projets que voulaient bien lui présenter les chercheurs. Dans ces conditions, nul ne s'étonnera de la diversité des intérêts du CRSE

et, évidemment, parmi ceux-ci, on retrouve la gérontologie. A ce jour (septembre 1979), 21 projets s'inscrivant dans ce domaine furent présentés à l'organisme qui recommanda le financement de 11 d'entre eux (deux, parmi ceux-ci, furent par la suite interrompus). Ces projets abordent à des degrés divers les questions d'hébergement des personnes âgées, de leur entrée en H.L.M., des familles d'accueil, des services sociaux en milieu hospitalier et des problèmes psychiatriques.

Comment apprécier les efforts du Comité dans le développement de la gérontologie? En fait, le rôle du Comité, compte tenu des limites du mandat de l'organisme, de son mode de fonctionnement variable dans le temps, et ses restrictions budgétaires vaut la peine d'être souligné. Mais si le Comité a bien joué jusqu'ici son rôle d'évaluation, il n'a pas eu à l'instar des autres organismes subventionnaires, la possibilité d'orienter la recherche socio-économique. Il est tributaire des milieux de recherche qui veulent bien lui soumettre des projets. Son action ne fut que ponctuelle, les résultats épars. Les projets recommandés sont, dans l'ensemble, solides, l'expertise ainsi fournie est réelle mais fragmentée. En bref, le CRSE qui joue un rôle non-négligeable de soutien en recherche socio-économique en général n'a pu jusqu'à présent être un instrument adéquat pour développer un domaine prioritaire de recherche.

C. Le Laboratoire de Gérontologie sociale de l'Université Laval

Le laboratoire de gérontologie sociale de l'Univer-

sité Laval a d'abord un grand mérite, celui d'exister. Aucune autorité concernée ne peut cependant se glorifier de cette existence.

La survie de l'organisme a reposé jusqu'à maintenant sur deux facteurs: le premier est la décharge, par l'Ecole de service social de l'Université Laval, de l'un de ses professeurs monsieur Nicolas Zay, afin d'assumer la responsabilité de l'organisme; le second est le succès remporté par la poignée de jeunes chercheurs rattachés au laboratoire auprès des bailleurs de fonds, ces chercheurs se devant de financer leur projet et du même coup assurer leur moyen de subsistance.

Malgré cette situation souvent précaire, le laboratoire dispose d'un centre de documentation en gérontologie unique au Québec, dirige des thèses, a entrepris et mené à terme des travaux de longue haleine ("Dictionnaire de gérontologie sociale") tandis que ses chercheurs se débrouillent plutôt bien sur le marché des subventions (Conseil des Arts, Santé nationale et bien-être social à Ottawa CRSE, contrat donné par le MAS). En dehors de ces activités, le laboratoire se permet un rôle de sensibilisation et d'animation des divers milieux concernés par la gérontologie, à preuve le rôle actif de ses membres au dernier congrès de l'Association québécoise de gérontologie. Toute perspective de développement de cette discipline devrait décemment impliquer cet organisme qui a su mesurer l'importance de la recherche gérontologique au Québec alors que celle-ci était ignorée chez-nous.

D. Orientations prioritaires de recherche en gérontologie

Il convient, à titre de conclusion, d'avancer des suggestions relatives à des priorités dans le développement de la recherche en gérontologie. On doit noter ici qu'il n'existe malheureusement pas de méthode rigoureuse permettant l'identification mécanique et infaillible de priorités de développement dans un domaine de recherche quelconque. La gérontologie n'échappe pas à cet état de fait.

Malgré tout, tant la revue de la littérature que les consultations d'experts et de praticiens auprès du troisième âge a souligné la nécessité de travaux d'envergure dans trois vastes secteurs d'importance égale en gérontologie.

1- Connaissance des personnes âgées

L'enfance et le troisième âge forment des segments sociaux dont les besoins et aspirations sont censés être universellement connus. En ce qui concerne les personnes âgées, s'est imposée cette image d'Epinal du vieillard idéal, c'est-à-dire celui qui, dans un décor calme, paisible et familial participe, selon son rythme propre, à une vie sociale plus ou moins définie, cette intégration lui étant assurée par une gamme variée de services dits complémentaires. L'expérience de chacun en témoigne, ce type de vieillard est une espèce plutôt rare. Tout effort prioritaire de recherche devrait d'abord s'attaquer à la définition des problèmes réels affectant le troisième âge. Soulignons entre autres:

- Les problèmes économiques: les personnes âgées vivent, pour une bonne majorité d'entre elles, dans une situation économique difficile. Il importe de savoir en quoi cet état de fait restreint les autres aspects de la vie, quelle en est l'influence sur l'utilisation des services offerts (services sociaux, de santé, centres d'accueil, etc.) et finalement quels devraient être les correctifs financiers nécessaires à la réalisation d'objectifs communément admis tel, par exemple, le maintien à domicile. Il s'agit, en fait, d'établir un lien cohérent entre la situation économique des personnes âgées et l'efficacité des politiques qui leur sont consacrées.

- La participation sociale des personnes âgées: Il serait, dit-on, nécessaire et bénéfique, tant pour l'ensemble de la société que pour les personnes âgées, que les compétences et habiletés de celles-ci soient mises à contribution au-delà de l'âge de la retraite. Exception faite d'activités plutôt vagues réalisées dans le cadre d'organismes bénévoles, ce principe n'a guère connu d'application jusqu'à présent. Les conditions et modalités d'une participation du troisième âge au secteur travail restent à définir. On doit rattacher à cet item les questions relatives à la retraite, à la formation et au perfectionnement.

- La vie sociale des personnes âgées: Solitude et isolement sont le lot d'une bonne majorité des personnes âgées. Les débuts de solutions envisagées jusqu'à maintenant vont de l'utilisation de ressources existantes (par exemple les centres de jour) à l'établissement de parrainage (prévoyant visites et accompagnement dans

certains déplacements) en passant par des projets de loisirs. Ce secteur devrait constituer le champ privilégié pour des projets-pilotes.

2- L'évaluation des programmes existants

En regard des stricts besoins du MAS, premier dispensateur des services auprès du troisième âge, l'évaluation des programmes constitue le domaine prioritaire de recherche en gérontologie. Cet impératif touche tous les moyens d'intervention, que ce soit les activités de promotion et de prévention, de soutien et de protection. La politique du Ministère implique, dans son application et ce, à des degrés divers, l'ensemble du réseau des affaires sociales. Comment est réalisée cette politique dans les faits, dans quelle mesure elle comble le ou les besoins identifiés, quel est le degré d'harmonisation et de complémentarité de ces programmes, quelles en sont les distorsions, quels correctifs doivent être apportés à cette situation, demeurent des questions qui n'ont que peu ou pas trouvé de réponse jusqu'ici. Les renseignements fournis au Ministère en ces matières en provenance du réseau sont souvent aléatoires, en raison de la multiplicité des sources et de la non-uniformité des données qu'entraîne forcément la situation. La recherche évaluative est capitale pour tout appareil gouvernemental cependant que les projets de recherche abordant directement ce secteur demeurent, à ce jour, rarissimes.

3- L'évolution prévisible du groupe personnes âgées

Les changements prévus dans le segment social des personnes âgées commencent à être pris en considération: mentionnons un accroissement quantitatif continu, des transformations socio-culturelles (degré de scolarisation, antécédents au niveau de l'emploi, etc.), la fragmentation même du troisième âge en sous-groupes selon l'âge et entraînant la diversification des besoins et des demandes.

A ce jour, seul le premier facteur (augmentation démographique) fut sérieusement considéré de sorte qu'on peut prévoir avec une certitude relative ses effets sur les perspectives de réorganisation, de réajustement et d'accroissement des services existants. Les deux autres facteurs soulèvent moins le besoin de réorganisation que la nécessité d'innovation. Aux besoins actuels des personnes âgées viendront graduellement s'ajouter d'autres demandes, d'autres exigences et, facteur capital, de nouveaux modes de revendications. Jusqu'à tout récemment, le troisième âge fut surtout un groupe sans voix, "pris en charge" par la société. Mais on ne peut ignorer la difficile mais réelle structuration des personnes âgées en un groupe organisé dont le poids ne tardera pas à se faire sentir bientôt. Découle de cette situation un besoin urgent d'études prospectives permettant de cerner à tout le moins les grandes lignes de cette évolution prochaine.

La recherche est une démarche aux résultats imprévisibles, son utilité est discutée, l'utilisation du "nouveau savoir" aléatoire. La gérontologie n'échappe

pas à ces restrictions. Elle ne constitue pas en soi le remède-miracle aux problèmes réels, souvent douloureux, qu'affrontent les personnes âgées. Elle vise plus honnêtement à mieux connaître ou à simplement identifier ces problèmes, à proposer et à évaluer leurs solutions, à énoncer les remises en cause et les innovations nécessaires.

Bibliographie

CARRIER, D., 1977. Le Centre de Jour - Bilan d'un service pour personnes âgées. Québec, Ministère des Affaires sociales, Conception des programmes de services sociaux.

CARRIER, D. et G. MICHAUD, 1978. Plan de développement de services pour personnes âgées 1978-1983. Québec, Ministère des Affaires sociales, Planification des services sociaux.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, 1977. Le Ministère des Affaires sociales et les personnes âgées. Québec, Direction de la planification.

VILLENEUVE, C., 1977. Etude sur les services sociaux et les services de santé; analyse spécifique des opinions concernant les personnes âgées. Québec.

VILLENEUVE, P.Y. et al., 1978. Atlas de la population âgée du Québec. Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, Service de la statistique.

VILLENEUVE, P.Y., G. GOUIN, R. KIROUAC, R. PERROTTE et D. POTVIN, 1978. Indicateurs sociaux pour la population âgée du Québec: étude empirique. Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, Service de la statistique.

VILLENEUVE, P.Y., G. GOUIN, R. KIROUAC, R. PERROTTE et D. POTVIN, 1978. Indicateurs sociaux pour la population âgée du Québec: schéma conceptuel. Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification, Service de la statistique.

COMMENTAIRES ET SYNTHESE

Nicolas Zay, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval

Faire la synthèse de ce premier colloque sur l'état de la recherche en gérontologie au Québec n'est pas chose facile. Toutes les communications mériteraient une analyse détaillée étant donné que chacune d'elles débouche sur une vision originale de tel ou tel aspect d'une problématique complexe: l'objet, la place, le rôle, l'organisation et la méthodologie de la recherche gérontologique. Il n'y a guère de congrès où l'on ne fasse pas état de la nécessité d'approfondir le savoir dans ce domaine non seulement pour mieux comprendre l'état de vieillesse et le processus du vieillissement, mais aussi pour soutenir l'action. Le consensus sur le comment y arriver est cependant loin d'être atteint.

Recherches en cours

Quatre recherches projetées ou en voie d'exécution ont été présentées au cours du colloque. Tout en ne constituant pas un échantillon représentatif des quelque vingt à trente travaux qu'on poursuit actuellement au Québec, elles illustrent éloquemment la diversité des préoccupations du chercheur.

Dans son étude, Richard Savaria se propose d'examiner la façon dont l'individu fait face aux événements traumatisants de l'existence, de même que l'effet du soutien du milieu sur le processus de son adaptation. L'auteur part de l'hypothèse que les sujets exposés à des changements majeurs et disposant d'un appui social sont moins vulnérables à la détresse psychologique que ceux qui ne peuvent compter que sur eux-mêmes, l'existence de ressources matérielles ou personnelles n'étant pas suffisantes pour compenser l'absence d'un tel appui. Pour vérifier cette hypothèse, Savaria a l'intention de prélever un échantillon stratifié de 200 personnes se répartissant en quatre catégories, selon le nombre des changements (beaucoup ou peu) et selon l'appui social (fort ou faible) que reçoivent les sujets. Il entend construire des instruments pour mesurer aussi bien le nombre des changements que l'appui social et se propose d'utiliser une version abrégée du questionnaire général de Golberg pour évaluer la détresse psychologique. Au-delà de l'intérêt que présente cette étude du point de vue théorique, elle rejoint une préoccupation de la communauté gérontologique, désireuse de mieux comprendre et d'encourager l'entraide au niveau du réseau des échanges sociaux de l'individu vieillissant. Abordée dans une perspective d'adaptation, elle complète, on ne peut mieux, les études qui utilisent le concept d'intégration sociale pour les mêmes fins.

Dans sa communication, Judith Stryckman présente les premiers résultats de son étude sur le veuvage et les mariages tardifs. Partant de la nécessité de main-

tenir des relations interpersonnelles toute la vie durant, y compris la vieillesse, l'auteur trace un profil de la personne qui cherche à se remarier ou à se marier tardivement, pour évaluer ensuite l'influence d'un certain nombre de caractéristiques associées au succès du mariage. De plus, elle traite de la constitution de ménages au cours du vieil âge, le terme ménage ayant ici le sens que lui attribue le recensement. Utilisant un échantillonnage stratifié en fonction de l'âge (55-64, 65-74 et 75 et plus), le milieu de vie (urbain et rural) et les conditions de vie (vivant seul, remarié, cohabitant avec des pairs), elle a interviewé environ 500 personnes. Unique en son genre au Québec, cette étude rejoint les quelques rares travaux qu'a inspirés dans le monde la restructuration des groupes domestiques au cours du vieil âge. Point n'est besoin d'en souligner l'importance pratique, étant donné que l'isolement figure parmi les principaux problèmes sociaux du vieil âge et que la constitution d'un ménage nouveau pour remplacer celui qui a disparu est l'une des solutions possibles à l'isolement. Le remariage ou le mariage tardif ne sont qu'un aspect de ce vaste problème si l'on pense à la mortalité différentielle des sexes. C'est probablement la raison pour laquelle l'auteur a étendu son étude au phénomène de la cohabitation des pairs, bien que ce groupe pose des problèmes méthodologiques d'envergure. La problématique de Stryckman est assez proche de celle de Savaria, à cette différence près que pour elle la relation interpersonnelle est la variable dépendante, alors que le soutien du milieu est une variable

indépendante pour Savaria.

La communication de Marc-André Delisle et de Lucie Bélanger introduit une dimension nouvelle, celle de l'influence du milieu physique sur la vie sociale et le sentiment de bien-être de l'individu vieillissant. On y expose les premiers résultats de l'impact du relogement en HLM sur un échantillon de personnes ayant sollicité et obtenu son admission en logement protégé. Utilisant le design "avant-après", avec groupe témoin (personnes dont la demande d'admission n'a pas été retenue), ils ont interviewé une centaine de personnes avant et un an après leur établissement en HLM.

Dans la première partie, Delisle essaie d'analyser le problème du relogement en HLM dans la perspective globale des mesures sociales visant à améliorer les conditions de vie de la population âgée, et cela sous l'influence du changement social au Québec. L'industrialisation et l'urbanisation ont obligé l'Etat d'intervenir massivement au niveau du bien-être, les HLM n'étant qu'un moyen parmi beaucoup d'autres.

Dans la deuxième partie, Lucie Bélanger analyse les effets psychologiques et sociaux du relogement en montrant que, d'après les résultats obtenus, celui-ci a eu une certaine influence sur différents aspects de la vie des relogés, une influence qui est plutôt bénéfique si on compare leurs conditions à celles des individus dont la demande d'admission dans ces habitations a été rejetée. Les auteurs arrivent aux mêmes conclusions que les travaux poursuivis dans d'autres milieux, c'est-à-dire qu'un changement de logement, s'il

est désiré et apte à assurer un cadre de vie plus confortable, a des effets positifs, mais qu'il ne faut pas en attendre des miracles, le relogement n'ayant pas d'emprise sur les antécédents socio-démographiques des intéressés. Le principal mérite de cette étude, c'est d'avoir introduit le modèle d'évaluation dans la recherche gérontologique au Québec. A une époque où le résultat des programmes et des services prend de plus en plus d'importance dans la pensée des planificateurs, des gestionnaires et des intervenants, les recherches évaluatives brillent par leur absence. La tentative que nous venons d'esquisser devrait pouvoir fournir aux chercheurs un premier instrument, quitte à le perfectionner et à l'appliquer à d'autres domaines d'évaluation par la suite.

La quatrième communication, celle de Louise Lévesque et de ses collaboratrices, s'inscrit dans un autre domaine de préoccupation: l'amélioration de la qualité des services offerts à la population âgée par l'utilisation de nouvelles stratégies d'intervention. Il s'agit de modèles visant à promouvoir l'adaptation des malades âgés dans les établissements de long séjour et qui devront être testés dans un proche avenir. L'augmentation de la population âgée oblige, en effet, les professionnels oeuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux de prévoir des modes d'intervention nouveaux et mieux adaptés au troisième âge. L'originalité du modèle proposé réside dans l'intention des auteurs d'étudier l'influence de certains stimuli sur les comportements de l'individu, une systématisation

de ces stimuli, une stratégie d'intervention tenant compte des effets observés et une évaluation de l'efficacité de l'intervention. On déterminera si les stimuli introduits par les infirmières ont eu ou non les effets qu'on en attendait sur l'adaptation des sujets et, notamment, si le comportement non adaptatif est devenu adaptatif, si le comportement adaptatif s'est maintenu, etc. Il s'agit donc d'une recherche de type expérimental, avec contrôle des méthodes d'intervention et analyse des changements obtenus.

Problématique de recherche

Les communications que nous venons de citer traitent soit des résultats de recherches en cours, soit de projets de recherche. Celles qui suivent sont consacrées à des problématiques tenues pour être particulièrement significatives et devant faire l'objet de recherches approfondies.

La communication de Louise Dulude sur la condition de la femme âgée au Québec insiste sur l'absence d'études systématiques dans ce domaine. L'auteur attribue les divergences observées entre les conditions de vie des hommes âgés et des femmes âgées, à leur situation familiale particulière. En faisant la somme des différents problèmes qui accompagnent l'avance en âge (manque de ressources financières, isolement, etc.), on obtient une image caractéristique de la vieillesse qui n'est pas celle d'un vieux couple se berçant au soleil, mais bien celle "d'une femme seule, courbée sous le poids de lourds sacs d'épicerie, marchant lentement le long des rues d'un quartier pauvre de la grande ville où elle

survit". Cette image dramatique est étayée de nombreuses données statistiques. Ce que nous ignorons encore, faute de recherches, c'est la façon dont les différents facteurs se combinent pour y aboutir. S'il est prouvé que le régime actuel des pensions publiques et privées désavantage la femme, on ne sait pas dans quelle mesure ses conditions de vie contribuent à l'accroissement de sa pauvreté relative. A revenu égal, une personne seule est relativement plus pauvre qu'un couple. Comme la femme vit, en moyenne, six années de plus que l'homme, il y a de fortes chances qu'elle soit plus défavorisée que lui. Dans cette perspective, le message de Dulude rejoint les préoccupations de Stryckman: la première insiste sur l'analyse de la situation actuelle, alors que la seconde fait le point de la qualité des solutions qui y ont été apportées jusqu'à présent.

Gilles et Louis Plamondon traitent de la problématique de la crise de la retraite: c'est un sujet d'actualité, étant donné la vogue que connaissent les cours de préparation à la retraite depuis quelques années au Québec. Le but de ceux-ci reste souvent vague, leur objet varie d'un programme à l'autre et on ne les a pas évalués sérieusement jusqu'à présent. Les auteurs ont profité des sessions dont ils étaient responsables pour explorer avec les participants des événements anticipés ou vécus que ceux-ci considéraient importants après la prise de la retraite. Le but étant avant tout de reformuler l'intervention durant les cours de préparation à la retraite, tant en ce qui concerne leur objectif que leur contenu, les auteurs ont construit un modèle à partir de l'hypothèse que le travail rémunéré revêt

une telle importance dans la vie de l'individu que la fin de la vie active bouleverse de fond en comble tout ce qui touche au domaine relationnel. Ils en ont cerné trois dimensions: la modification du réseau social, de la perception de soi et du réseau familial. C'est autour de ces trois pôles qu'ils voudraient organiser la formation. Le grand mérite de cette approche est de dépasser le stade de l'information pour déboucher sur un véritable programme de formation, d'éducation, au sens pleinier du terme. Même si une proportion considérable de la population âgée ne passe pas par cette phase de la vie qu'on appelle la retraite, il n'en reste pas moins que l'amélioration de cette période de transition est essentielle si l'on veut prévenir sa marginalisation. La seule critique qu'on peut adresser à ce type de recherche, c'est qu'il part du présent sans tenir compte des changements prévisibles dans les attitudes et les comportements des cohortes qui vont entrer dans la vieillesse au cours des années à venir.

Contribution des disciplines

Cette diversité de thèmes et de problèmes nous incite à rechercher une méthode par laquelle la gérontologie pourrait profiter de l'apport des autres disciplines qui, prises séparément, ne peuvent couvrir qu'un secteur circonscrit de la problématique du vieillissement.

Pour ce qui est de la psychologie, René L'Ecuyer examine les deux plans sur lesquels le psychologue peut jouer un rôle important: ce sont l'intervention professionnelle et l'extension du savoir. Citant le problème

d'adaptation dans la vie de tous les jours, il montre que, au-delà du domaine de la psychopathologie, l'intervention du clinicien se justifie à certaines phases du vieillissement normal et, notamment, au cours de périodes de crises chargées d'intensité émotionnelle où la personne âgée fait face aux changements qui marquent l'avance en âge. Le spécialiste de la compréhension de la dynamique psychologique peut lui être particulièrement utile à ce stade. Mais la préoccupation d'intervention doit être fondée sur la connaissance de la vieillesse et du vieillissement psychologique. L'auteur compare les méthodes utilisées à l'heure actuelle (dynamique ou positive, déficitaire ou négative, développementale ou statique, longitudinale ou transversale) et s'interroge s'il faut aborder la problématique par une approche interne ou par une approche externe. Il souligne que la question des méthodes relève de la logique des étapes franchies ou à franchir dans l'évolution même de la recherche et non dans la supériorité d'une méthode sur les autres. Enfin, René L'Ecuyer fait une recension des principaux secteurs de recherche: il insiste sur la nécessité d'étudier toutes les étapes des 40 dernières années de la vie et propose la révision de certains concepts clés de la psychologie, tels que l'adaptation. L'auteur s'étonne que les universités québécoises n'ont pas encore été en mesure d'élaborer un programme de baccalauréat ou de maîtrise. Il serait temps car, malgré les progrès accomplis, la recherche en cours reste assez pauvre.

Ellen Corin examine la contribution de l'anthropologie culturelle à la gérontologie. Après un tour d'hori-

zon de l'objet d'étude de cette discipline et des grands courants de la pensée anthropologique, elle montre la nécessité de relativiser la perception du vieillissement, tout en soulignant la complexité des facteurs qui interviennent et contribuent à en modeler les manifestations particulières. En soulignant l'importance de la perspective holistique, en même temps que l'intérêt de s'en dégager pour saisir le caractère relatif de toute description de la réalité au sein d'une culture ou d'une sous-culture, l'auteur rejoint la pensée de tous ceux qui commencent à faire une distinction entre la macro- et la micro-gérontologie. Opposant la recherche dite "idéale", qui apparaît au niveau des structures, à celle qui se situe au niveau comportemental et qui peut se révéler plus ambiguë que l'autre, elle fournit un cadre méthodologique pour cerner la réalité du vieillissement. Mais, contrairement à la recherche psychologique qui vise à la fois le cumul du savoir et le soutien de l'action, la recherche anthropologique est axée surtout sur la compréhension et l'explication. En d'autres mots, sa contribution à la gérontologie est plus importante au niveau de la recherche fondamentale qu'à celui de la recherche appliquée ce qui n'enlève d'ailleurs rien à son mérite. Dans sa conclusion, l'auteur nous invite à aborder la recherche gérontologique à la fois de manière plus analytique et plus globale, en la considérant comme une matrice de base dans laquelle se trouvent à la fois distinguées et intégrées différentes sous-cultures représentant différentes façons d'appréhender le monde et la signification de l'exis-

tence, en même temps qu'organiser les rapports sociaux. Elle souligne l'intérêt qu'aurait la gérontologie d'utiliser les acquis de l'anthropologie médicale: ceux-ci montrent que santé et maladie sont dépendantes d'un donné biologique de base, mais que celui-ci est toujours repris dans le cadre d'une expérience psychologique et sociale particulière.

Verena Bernardin voit l'originalité de la contribution de la sociologie dans les notions et concepts qu'elle propose pour l'étude de la vieillesse et du vieillissement à trois niveaux d'analyse: l'individu, le groupe et la société globale. De même que la psychologie a essayé d'expliquer l'effet du temps sur la personne vieillissante en termes de déficits et de régressions, la sociologie l'interprète souvent en termes de pertes, de rôles et de statuts. On y retrouve le caractère négatif du processus du vieillissement comme dans la plupart des sciences qui voient dans l'avance en âge un phénomène involutif. L'auteur souligne que les nombreuses analyses partielles, tant en ce qui concerne les groupes d'âge avancé que les processus du vieillissement, ont un pouvoir explicatif parfois remarquable, mais il n'existe pratiquement pas de théories systématiques, à l'exception de la théorie du désengagement qui a fait l'objet de vives critiques sans qu'on ait pour autant réussi à nous proposer une théorie de niveau équivalent. L'auteur inclut dans son examen la psychologie sociale et discute de quelques-unes des théories les plus en vogue, en insistant sur le concept de ressources comme variable indépendante pour expliquer certains phénomènes observés

par les sociologues. Au niveau des groupes, la sociologie s'intéresse tout particulièrement au degré d'intégration sociale de l'individu qui peut s'étudier à différents paliers et conduire à une intégration des pairs. Au niveau de la sociologie globale, c'est la stratification sociale qui sert de concept de base principal. Comme les recherches en anthropologie culturelle, les recherches sociologiques alimentent davantage la gérontologie fondamentale que la gérontologie appliquée. Dans sa conclusion, l'auteur propose comme tâche principale pour l'avenir d'analyser dans quelle mesure les problèmes de la vieillesse actuelle sont inhérents à l'organisation sociale, puisqu'on ne peut les régler qu'à l'intérieur de celle-ci; il serait bon d'analyser aussi la marge de manoeuvre que l'organisation sociale laisse à l'individu et les mécanismes qui permettront de transformer cette organisation au profit de la personne âgée.

Traitant de la contribution de la démographie, André Lux souligne que l'apport de celle-ci réside dans sa capacité à imaginer des scénarios d'évolution à partir de la situation du proche passé et du présent à l'aide d'hypothèses relatives aux tendances futures de la fécondité, de la mortalité et des migrations. Il reprend ainsi la préoccupation de Murray pour qui la planification du futur devrait se faire à partir de données socio-démographiques appelées à changer. L'auteur insiste sur la nécessité de dépasser l'interprétation quantitative pour faire appel à des données psychologiques et sociologiques. Si la démographie rend,

d'ores et déjà, d'excellents services à la macro-gérontologie par l'interprétation des données globales, elle peut en rendre également, dans la mesure où elle fait intervenir l'explication des phénomènes quantitatifs d'autres disciplines, à la micro-gérontologie qui, elle, s'intéresse principalement au vieillissement individuel mais aussi à l'impact des faits globaux sur l'évolution de l'être humain.

Rôle de la recherche

Deux communications traitent du rôle de la recherche gérontologique.

Lise Bélanger traite de l'importance de la recherche pour l'intervenant dans le secteur gérontologique. Elle rejoint en cela, dans une certaine mesure, la préoccupation de Louise Lévesque.

L'auteur souligne d'abord la nécessité d'engager ou de poursuivre le dialogue entre producteurs et usagers des travaux de recherche. Essentiel pour la définition de la problématique, le dialogue s'impose sur deux plans: le plan de l'intervention (diagnostic et traitement) et de l'évaluation. Pour que la recherche alimente l'action, il faut que les questions explorées soient posées de telle sorte que les réponses obtenues puissent être utilisées par le praticien. En même temps, il faut éviter de créer de fausses attentes chez ce dernier car il y a des questions - et non des moindres - dont le praticien aurait besoin mais pour lesquelles, au stade actuel de nos connaissances, il n'y a pas de réponse. C'est à l'intervenant de préciser les problèmes auxquels il cherche une solution et aux chercheurs de les trans-

poser en questions de recherche. L'auteur soulève un autre problème controversé, celui de l'écart entre la perception du besoin par le client et par l'intervenant. Il importe de se mettre à l'écoute de la personne âgée et, dans ce sens, elle se rallie au point de vue d'Ellen Corin qui cherche à cerner la réalité dans sa perspective relativiste. D'un autre côté, il s'agit là d'une stratégie d'intervention et non de recherche, les investigations se situant au niveau de l'évaluation et de l'efficacité des deux approches.

L'exposé d'André Beaudoin, centré principalement sur les problèmes de formation, abonde dans le sens du sujet du colloque, puisque la formation influence non seulement l'orientation de la recherche mais aussi sa sophistication méthodologique. En ce qui concerne l'enseignement de la gérontologie dans le cadre des structures éducatives existantes, l'auteur opte pour un enseignement disciplinaire, dispensé dans les facultés et écoles qui s'intéressent directement ou indirectement à la gérontologie. On peut en déduire que ses préférences vont à la recherche multidisciplinaire plutôt que transdisciplinaire. Fort répandue, cette position se défend, surtout si l'on songe à l'état actuel du savoir gérontologique et à l'absence d'une méthodologie particulière. Elle se justifie aussi si l'on veut utiliser au maximum les ressources humaines disponibles. Si l'on se place, par contre, dans une perspective d'évolution où une problématique, telle que le vieillissement, ne peut être abordée de façon sectorielle ni fragmentaire, on aura tendance à opter

pour la formule de transdisciplinarité. La multiplication des programmes de formation dont parle le conférencier n'a pas beaucoup d'emprise sur la recherche étant donné que ceux-ci sont axés, pour la plupart, sur la transmission des connaissances et non sur la méthodologie du développement du savoir. En d'autres mots, l'éducation, la recherche et la structure de formation, tout en étant liées, ne constituent pas un tout intégré.

Problèmes organisationnels

Pour terminer, voici quelques-uns des aspects organisationnels qui ont été abordés au cours du colloque.

Hubert de Ravinel a traité de l'épineux problème que pose le leadership à l'orientation et au développement de la recherche. Il ne s'agit pas tant de savoir qui fait la recherche mais plutôt qui en détermine les priorités. Un relevé des recherches faites au cours des dernières années montre que ce sont les organismes du secteur gérontologique, les universités et les ministères qui en sont les servomoteurs, chacun avec ses points forts et ses points faibles. Après un tour d'horizon de l'objet de la recherche en gérontologie, l'auteur prend position pour la recherche d'action. Cela l'amène à suggérer la création d'un conseil de recherche québécoise en gérontologie, une sorte de trait d'union entre les chercheurs, le gouvernement, les universités et les praticiens. Ce conseil pourrait avoir un rôle semblable à celui du comité de la recherche socio-économique du MAS, à cette différence près qu'il le dépasserait pour subventionner des projets dont

l'objet déborde la compétence du MAS. C'est d'autant plus justifié que de nombreux problèmes en rapport avec la population âgée, tels que le travail, le logement, les loisirs, relèvent d'autres organismes gouvernementaux. Cette suggestion s'insère dans un schéma où il y aurait un conseil du vieillissement en mesure de tenir un discours acceptable sans chercher à se substituer aux organismes déjà en place.

Roger Murray aborde la problématique de la recherche en gérontologie au sens le plus global. Il met l'accent sur la nécessité du cumul des connaissances et oppose à cette exigence théorique la réalité du développement de la gérontologie au Québec, en l'illustrant par les activités de trois structures de recherche: la recherche intra-muros du MAS, celle qui se fait sous les auspices de son Conseil socio-économique (restructuré depuis lors) et celle du Laboratoire de Gérontologie sociale de l'Université Laval. Tout en reconnaissant qu'on voit se développer une recherche gérontologique spécifiquement québécoise, il rappelle sa route tortueuse où la progression se fait clopin-clopant au gré des initiatives individuelles. L'auteur propose un modèle intégré, axé sur trois orientations: la connaissance des personnes âgées, l'évaluation des programmes existants et l'évolution du groupe des personnes âgées. La dernière orientation est d'un intérêt tout particulier car il est évident que les résultats des travaux sur la condition et les besoins du troisième âge (quelle que soit la façon dont on la définit) ne peuvent être projetés dans le futur sans faire intervenir des variables hypothétiques quant aux changements

qu'il y aura entre les cohortes tant du point de vue de leurs profils socio-démographiques que de leurs aspirations. Le mérite de Murray est d'avoir essayé d'intégrer dans une perspective globale des approches méthodologiques différentes et, en particulier, des opinions divergentes pour ce qui est de l'importance relative de la conjoncture et de la prospective. Même si sa conception globaliste paraît irréalisable à courte échéance, il n'en reste pas moins que son modèle se rapproche de celui vers lequel nous nous acheminons: il correspond à l'évolution de la pensée scientifique en même temps qu'au besoin de l'action sociologique. La question n'est pas tellement de savoir si son modèle est réalisable ou non mais plutôt quand pourra-t-il le devenir.

Conclusion

En guise de conclusion à ce bref compte rendu du premier colloque sur l'état de la recherche en gérontologie au Québec, disons que celle-ci est en train de prendre un deuxième départ. Au cours des dix dernières années, l'accent avait été mis, avec raison, sur la description des besoins et la sensibilisation du milieu aux problèmes du troisième âge. Cette période paraît tirer à sa fin. Bien que des études répétitives soient utiles pour évaluer les changements et mesurer les progrès accomplis, les recensements de besoins que tout le monde connaît bien deviennent de plus en plus superflus.

Il y a tout lieu de croire que la préoccupation de demain sera le cumul des connaissances tant sur le plan

fondamental qu'appliqué et devra satisfaire différents types d'usagers. Le colloque a mis en relief la diversité des préoccupations des chercheurs, de même que le progrès accompli en matière de méthodologie. Même s'il n'y a pas eu d'exposé sur l'évolution des méthodologies de recherche en gérontologie, il se dégage des communications une tendance à utiliser des techniques quantitatives et qualitatives de plus en plus raffinées. Il n'est pas facile de prévoir par quelle stratégie sera systématisée l'expansion du savoir, car il n'y a pas encore consensus sur la voie à suivre. Ce qui paraît certain, c'est que l'approche partielle et fragmentaire, adoptée jusqu'ici, sera remise de plus en plus en question, et cela d'autant plus que l'avancement de la gérontologie, en tant que corpus cohérent des connaissances relatives au processus du vieillissement au cours de la deuxième moitié du cycle de vie et à la condition faite à la population âgée, est conditionnée par la concertation et par la mise en commun des efforts de tous ceux qui travaillent dans ce secteur, quelles que soient leur formation et leur fonction.

C'est dans cet esprit que se poursuit la préparation du prochain colloque qui doit se tenir à Sherbrooke en 1981.

BNQ
000 355 559