46

Recherches
en gérontologie

Les Cahiers scientifiques
Association québécoise
de gérontologie
1986

Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée



09714
f

Les Cahiers scientifiques No 46

Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée

Rédaction: L'Association québécoise de gérontologie

Édition: L'Association canadienne-française
pour l'avancement des sciences
2730, chemin de la Côte-Ste-Catherine
Montréal, Québec
H3T 1B7

Distribution: • L'Association québécoise de gérontologie
C.P. 158, Succ. C
Montréal, Qué.
H2L 4K1
Tél.: (514) 598-7785

• L'ACFAS
2730, Côte Ste-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1B7
Tél.: (514) 342-1411

D8602537

© 1986 ACFAS
Dépôt légal, 2ième trimestre 1986
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN: 2-89245-055-1 (ACFAS)

Bibliothèque Nationale du Québec

Sous la direction de Marc-André Delisle, Ph.D.

LE FONCTIONNEMENT INDIVIDUEL ET SOCIAL DE LA PERSONNE AGEE

Actes du sixième colloque de l'Association québécoise de gérontologie qui a eu lieu dans le cadre du cinquante-troisième Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (Chicoutimi, mai 1985).

TABLE DES MATIERES

page

TABLE DES MATIERES ii

LES COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS v

PRESENTATION

Un colloque réussi; des actes intéressants
Marc-André Delisle, Ph.D. 1

REMERCIEMENTS 12

PREMIERE PARTIE

Capacité et fonctionnement de la personne âgée 13

Etude longitudinale de la maladie d'Alzheimer
Dolly P. Dastoor, M.A., Martin G. Cole, M.D. 14

L'observance d'un régime médicamenteux chez les aînés fréquentant un centre de jour.
Jean Guimond, Gilles Barbeau 32

Etude rétrospective de la consommation de médicaments dans trois centres hospitaliers de soins de longue durée.
André Montcalm, Gilles Barbeau, Jacques Dumas, Jean-Yves Julien, Alain Lévesque 45

Profil d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées hébergées en institution.
Réjean Hébert, M.D., Angèle Bilodeau, Bsc. 66

Etude de besoins et identification des ressources pour l'implantation d'un centre de jour dans la M.R.C. Bellechasse.
Angèle Bilodeau, Claire Laprise, Damien Laliberté .. 80

HQ
1064
C3A88
1986

DEUXIEME PARTIE

Fonctionnement psychologique de la personne âgée 97

La place du futur dans la vie consciente des personnes âgées.
Léandre Bouffard, Ph.D. 98

Déterminants socio-économiques de l'actualisation de soi des personnes âgées.
Gilbert Leclerc, Ph.D., Norman Poulin, M.Ps 119

Profil d'actualisation de soi des personnes âgées "participantes".
Norman Poulin, M.Ps., Gilbert Leclerc, Ph.D. 135

Déstructuration des praxies chez le sujet âgé normal
Bernadette Ska, Jean-Luc Nespoulos 173

TROISIEME PARTIE

Institutionnalisation et maintien à domicile 200

Une expérience de collaboration entre bénéficiaires et intervenants pour l'amélioration de la qualité de vie en milieu de soins prolongés.
Lise Darveau-Fournier 201

Une expérience d'apprentissage pas comme les autres avec des intervenants et des personnes âgées en équipe de travail interdisciplinaire.
Hélène Dallaire, Ph.D. 214

Stratégies de maintien à domicile: l'apport des aidants naturels.
Judith Stryckman, Line Paré-Morin 228

L'habitation partagée, une alternative à l'hébergement collectif. Etude de faisabilité à Chicoutimi, 1985.
Francine Major et Antonio Almeida en collaboration avec Marc-André Delisle, Ph.D. 288

QUATRIEME PARTIE
Retraite, tourisme et activité physique 320

Etude sur l'élargissement du processus de déqualification de la population active de plus de 55 ans au Québec pour la période de 1951 à 1981.
Louis Plamondon 321

L'effet de la retraite sur les départs en vacances de la cohorte des 66-71 ans.
Marcel Samson et Jean Stafford avec la collaboration de Daniel Bibeau 338

Mouvement créatif et vieillissement: analyse des patrons de mouvement chez les personnes du troisième âge.
Rose-Marie Lèbe-Néron 364

Caractéristiques d'un programme d'activité physique pour des populations âgées rurales.
Jean-Claude Pageot, Ph.D., Léo Deschênes, Ph.D. et Guy Métivier, Ph.D. 372

CINQUIEME PARTIE

Outils de travail pour les chercheurs en gérontologie: histoire de vie, observation participante et microthésaurus 389

L'histoire de vie comme instrument de recherche et technique d'animation sociale auprès des personnes âgées.
Renaud Santerre 390

Vieillir dans les chemins de fer.
Claire Laliberté 414

Vieillir dans le Mail St-Roch.
Carole Duval 429

"Où donc ai-je lu?" Microthésaurus de gérontologie sociale.
Yvan Goulet 438

LES COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS

ALMEIDA, Antonio, agent de recherche.

BARBEAU, Gilles, professeur agrégé, Ecole de pharmacie, Université Laval; pharmacien au Sanatorium Bégin, Lac-Etchemin, Québec.

BIBEAU, Daniel, stagiaire de recherche, INRS-Urbanisation.

BILODEAU, Angèle, B.sc., conseillère en recherche, Département de santé communautaire, Hôtel-Dieu de Lévis.

BOUFFARD, Léandre, Ph.D., Collège de Sherbrooke.

COLE, Martin G., M.D., director, Division of Psychogeriatrics, St-Mary's Hospital.

DALLAIRE, Hélène, Ph.D., Université d'Ottawa.

DARVEAU-FOURNIER, Lise, professeure, Ecole de service social, Université Laval.

DASTOOR, Dolly P., M.A., Clinical Psychologist, Douglas Hospital.

DELISLE, Marc-André, Ph.D., chargé d'enseignement dans différentes universités.

DESCHENES, Léo, Ph.D., Université d'Ottawa.

DUMAS, Jacques, pharmacien, Ecole de pharmacie, Université Laval.

DUVAL, Carole, Département d'anthropologie, Université Laval.

GUIMOND, Jean, pharmacien, Hôpital de Mont-Joli.

GOULET, Yvan, Programme de recherche en gérontologie de l'Université de Sherbrooke (PREGUS).

HEBERT, Réjean, M.D., Département de médecine familiale, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

JULIEN, Jean-Yves, pharmacien, Ecole de pharmacie, Université Laval.

LALIBERTE, Claire, Département d'anthropologie, Université Laval.

LALIBERTE, Damien, psychologue, conseiller en programmation, CLSC Bellechasse.

LAPRISE, Claire, ergothérapeute, coordonnatrice, Centre de jour de Bellechasse.

LEBE-NERON, Rose-Marie, Département d'éducation physique, Université de Montréal.

LECLERC, Gilbert, Ph.D., andragogue, Université de Sherbrooke.

LEVESQUE, André, pharmacien, Ecole de pharmacie, Université Laval.

MAJOR, Francine, coordonnatrice, Centre de jour Mgr Victor Tremblay, Chicoutimi.

METIVIER, Guy, Ph.D., Université d'Ottawa.

MONTCALM, André, pharmacien, Université Laval; chef du Département de pharmacie, Centre hospitalier des Bois-Francs, Victoriaville, Qc.

NESPOULOS, Jean-Luc, Laboratoire Théophile-Alajouanine, Centre hospitalier Côte-des-Neiges, Montréal, Qc.

PAGEOT, Jean-Claude, Ph.D., Université d'Ottawa.

PARE-MORIN, Line, Département de santé communautaire, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.

PLAMONDON, Louis, coordonnateur des activités troisième âge, Faculté d'éducation permanente, Université de Montréal.

POULIN, Norman, M. Ps., Université de Sherbrooke.

SAMSON, Marcel, professeur, INRS-Urbanisation, Montréal, Québec.

SANTERRE, Renaud, directeur, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval.

SKA, Bernadette, Département de linguistique et philologie, Université de Montréal.

STAFFORD, Jean, professeur, Département d'études urbaines, UQAM.

STRYCKMAN, Judith, Département de santé communautaire, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.

PRESENTATION

Un colloque réussi; des actes intéressants

Marc-André Delisle, Ph.D.

Le cinquante-troisième Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS) a eu lieu du 20 au 24 mai 1985 à Chicoutimi. Dans le cadre de ce congrès se tenait, les 22 et 23 mai, le sixième colloque de l'Association québécoise de gérontologie (AQG). Ces événements ont remporté un grand succès. Plus de 4500 personnes se sont rendues à Chicoutimi et 1745 communications ont été présentées (1). Le colloque de gérontologie a réuni à lui seul plus de 300 individus qui ont écouté 24 communications. Il a débuté par des conférences sur les expériences novatrices en matière de soins et services aux personnes âgées qui étaient en cours au Saguenay-Lac-St-Jean à ce moment-là (2). Puis se sont succédés les chercheurs en gérontologie. Il y a eu également des activités sociales qui ont permis aux gens de mieux se connaître.

Le succès remporté par ce congrès de l'ACFAS par le colloque de gérontologie qui s'y est tenu se reflète dans le présent document. Celui-ci comprend vingt et une communications qui ont été regroupées sous cinq rubriques: 1) capacité et fonctionnement de la personne âgée; 2) fonctionnement psychologique de la personne âgée; 3) institutionnalisation et maintien à domicile; 4) retraite, tourisme et activité physique; 5) outils de travail pour les chercheurs en gérontologie (3).

I. Capacité et fonctionnement de la personne âgée.

Dans cette section ont été rassemblés les textes portant sur les aspects psychophysiologiques du vieillissement. Cinq communications constituent cette partie des actes. Il y a tout d'abord celle de DOLLY, P. DASTOOR ET MARTIN G. COLE. Ces auteurs livrent les résultats d'une étude longitudinale qu'ils ont effectuée sur la maladie d'Alzheimer. Ils ont constaté que les sujets présentant la forme précoce et la forme tardive de cette maladie diffèrent significativement. Or, cette constatation a des implications heuristiques importantes que dégagent les chercheurs.

Les deux documents qui suivent ont été produits par des pharmaciens. D'une part, JEAN GUIMOND et GILLES BARBEAU ont exploré la problématique de l'observance d'un régime médicamenteux par les bénéficiaires d'un centre de jour. Les résultats de leur recherche montrent que l'information reçue par un bénéficiaire sur le régime médicamenteux qu'il doit suivre n'améliore pas significativement l'observance dudit régime. L'éducation seule ne suffirait donc pas à modifier le comportement du bénéficiaire. D'autre part, ANDRE MONTCALM, GILLES BARBEAU, JACQUES DUMAS, JEAN-YVES JULIEN et ALAIN LEVESQUE ont tenté d'évaluer l'influence de l'intervention du pharmacien sur la prescription de médicaments pour les personnes hébergées en centre hospitalier de soins de longue durée. Ils en sont arrivés à la conclusion que "l'intervention spécifique du pharmacien semble un moyen efficace pour diminuer le nombre de médicaments prescrits". Ces professionnels ont donc un rôle capital à jouer en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de la vie des gens âgés.

Vient ensuite le texte de REJEAN HEBERT et ANGELE BILODEAU. Ces chercheurs et leurs collaborateurs ont élaboré un "système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)". Ils ont utilisé cet instrument pour évaluer le degré d'autonomie des bénéficiaires de trois types d'institutions destinées aux personnes âgées: les pavillons, les centres d'accueil d'hébergement et un centre hospitalier de soins prolongés. Il y aurait effectivement des différences entre les résidents des divers types d'institutions, mais cela dépendrait des dimensions de l'autonomie fonctionnelle qui sont envisagées. Dans le document qui est présenté tout de suite après, ANGELE BILODEAU, CLAIRE LAPRISE et DAMIEN LALIBERTE font le compte rendu d'une étude qu'ils ont réalisée en prévision de l'implantation d'un centre de jour dans le comté de Bellechasse. Cette étude comprenait quatre étapes: l'identification des clientèles, l'examen des besoins, l'élaboration de la programmation et la définition des ressources. Le SMAF s'est avéré fort utile, particulièrement dans la seconde étape.

II. Fonctionnement psychologique de la personne âgée.

Dans la section des actes qui est consacrée au fonctionnement psychologique de la personne âgée, il y a quatre communications. Apparaît tout d'abord le document de LEANDRE BOUFFARD. Cet auteur s'intéresse depuis plusieurs années à l'importance du futur pour les personnes âgées. Son étude comprend une analyse critique de la littérature pertinente et un compte rendu des recherches empiriques qu'il a effectuées sur le sujet. Il ressort de ses travaux que le futur constitue une dimension importante de la vie consciente des gens âgés et que cette dimension est associée à leur santé mentale. L'auteur termine sa communication en invitant ceux qui oeuvrent auprès des personnes âgées

à prendre en considération les résultats de ses recherches.

Cette communication est suivie de deux textes de GILBERT LECLERC et NORMAN POULIN qui portent sur l'actualisation de soi chez les gens âgés. La première étude est centrée sur les déterminants socio-économiques de ce phénomène. Les résultats de cette étude laissent croire que les "facteurs socio-économiques exercent effectivement une certaine influence sur le niveau d'actualisation de soi des personnes âgées", mais que cette influence n'est pas aussi grande que celle de facteurs psychosociologiques tels que "l'ouverture à son expérience, l'aptitude à vivre dans le présent et la capacité de faire confiance à son organisme". Le second texte de ces auteurs est relatif au profil d'actualisation de soi des gens âgés. Il semble que l'aspect le plus problématique de ce profil soit le manque d'autonomie des individus concernés. Les chercheurs terminent leur exposé en souhaitant que les intervenants qui évoluent dans le champ de la gérontologie développent des techniques visant à pallier à cette lacune.

Le dernier texte de cette section a pour objet la déstructuration des praxies chez le sujet âgé normal et il a été rédigé par BERNADETTE SKA et JEAN-LUC NESPOULOS. Les praxies sont des comportements moteurs volontaires, finalisés et acquis. Les auteurs ont essayé de voir comment évoluaient les praxies chez les personnes âgées en les comparant à des adultes plus jeunes. Ils sont arrivés à la conclusion qu'il ne "semble pas pertinent de parler de désintégration des praxies gestuelles chez les sujets âgés normaux". Ils ajoutent cependant qu'il "faut souligner une modification certaine des praxies situées dans l'espace corporel alors que l'espace objectif extérieur est

maintenu identique".

III. Institutionnalisation et maintien à domicile.

Quatre communications se retrouvent dans cette partie des actes. En premier lieu, il y a celle de LISE DARVEAU-FOURNIER qui rend compte d'une expérience de collaboration entre bénéficiaires et intervenants à l'intérieur d'un centre hospitalier de soins prolongés. Le projet "visait à stimuler le développement d'attitudes qui favorisent une approche globale du bénéficiaire" et à faire en sorte que l'action des diverses catégories d'intervenants contribue davantage à l'amélioration de la qualité de la vie en milieu institutionnel. La plupart des objectifs poursuivis semblent avoir été atteints. De plus, le projet aurait ouvert la voie à de nouvelles formes de collaboration entre les bénéficiaires et les gens qui s'occupent d'eux.

Le désir de voir ces deux groupes se rapprocher apparaît également dans le texte d'HELENE DALLAIRE qui vient en second lieu dans cette section. Les étudiants inscrits au séminaire de gérontologie dont elle était responsable sont allés interroger les résidents d'un centre d'accueil sur leurs attentes envers les intervenants qu'ils côtoient quotidiennement. Il ressort de cette enquête "que les besoins des personnes âgées reçoivent des réponses de sources très variées", mais que l'institution peut satisfaire en grande partie ces besoins à partir des moyens dont elle dispose.

La troisième communication de cette section a trait à l'apport des aidants naturels dans les stratégies de maintien à domicile et elle a été rédigée par JUDITH STRYCKMAN et LINE

PARE-MORIN. Ces deux chercheuses ont rencontré vingt-cinq personnes âgées qui s'étaient présentées à la salle d'urgence de l'hôpital du Saint-Sacrement à Québec durant l'été ou l'automne 1984 ainsi que les vingt-cinq individus qui s'occupaient régulièrement de ces gens âgés. Bien qu'exploratoire, cette étude est systématique et fournit des informations de première main sur les relations entre donneurs et receveurs de soins. Les principaux aspects examinés sont la situation résidentielle; la santé; le contact avec l'Hôpital et le retour à domicile; le maintien à domicile ainsi que le bilan global que les uns et les autres font de leur situation. Les résultats de cette investigation montrent à quel point sont complexes les rapports entre les institutions (et les divers intervenants qui y évoluent), les personnes âgées et les individus qui composent leur entourage. Or, le maintien à domicile des gens âgés dépend de l'issue de ces rapports.

Cette section se termine par une étude de FRANCINE MAJOR et ANTONIO ALMEIDA qui a été entreprise pour savoir si l'habitation partagée peut devenir une alternative valable à l'hébergement collectif. Les chercheurs ont interviewé tour à tour des personnes âgées et des étudiants demeurant à Chicoutimi. Cette étude laisse croire que l'habitation partagée conviendrait à une proportion appréciable de l'un et l'autre groupe. Les caractéristiques des gens intéressés à la cohabitation indiquent aussi que de tels projets sont réalisables.

IV. <u>Retraite, tourisme et activité physique.</u>

Dans cette partie des actes ont été réunis des textes relatifs à la retraite et à l'occupation du temps des personnes âgées. Tout d'abord, LOUIS PLAMONDON retrace le "processus

d'expulsion" des travailleurs âgés de la population active depuis la Seconde Guerre mondiale. L'étude de l'évolution des taux d'activité des gens de 55 ans et plus confirmerait, selon cet auteur, l'existence d'un tel processus. De plus, il y aurait progression d'une "tendance à la dévalorisation de la force de travail avec l'avance en âge", tendance attestée par le fait que "l'inactivité rejoint des personnes de plus en plus jeunes".

Puis MARCEL SAMSON, JEAN STAFFORD et DANIEL BIBEAU présentent les résultats d'une des premières études à avoir été effectuées au Québec sur les départs en vacances des gens ayant entre 66 et 71 ans. Les chercheurs considèrent les effets que la retraite peut avoir sur les comportements relatifs aux départs en vacances, soit la continuité de cette pratique, son abandon, son adoption (néo-vacanciers) et la "continuité négative", i.e. le fait de continuer à ne pas partir en vacances. Il semble qu'une minorité seulement de retraités aient tendance à modifier leurs habitudes de vie dans ce domaine d'activité malgré les changements de divers ordres que la retraite amène.

Les deux autres textes qui ont été inclus dans cette partie portent sur l'activité physique au troisième âge. D'une part, ROSE-MARIE LEBE-NERON a étudié les "patrons de mouvement propres aux personnes âgées qui pourraient être reliés aux modifications biologiques, psychologiques et sociologiques accompagnant le vieillissement". A cette occasion, des personnes âgées participant à une séance hebdomadaire de mouvement créatif ont été filmées sur vidéo et leurs gestes ont été analysés à partir d'un instrument de mesure élaboré aux fins de la recherche entreprise. Les résultats de cette analyse montrent que les modifications de la motricité ne dépendent pas uniquement de

l'âge, mais aussi de facteurs comme, par exemple, l'hérédité, la santé et la personnalité.

D'autre part, JEAN-CLAUDE PAGEOT, LEO DESCHENES et GUY METIVIER ont étudié les facteurs susceptibles de contribuer au succès d'un programme d'activité physique destiné aux populations âgées rurales. Ces facteurs seraient: les caractéristiques des sujets; leur motivation; le modèle d'organisation et le style de leadership. Il semble "que les personnes âgées sont parfaitement capables de se prendre en charge avec un minimum de préparation et de supervision". Les auteurs ont également conçu un modèle d'organisation tenant compte de facteurs sociaux, psychologiques et physiques. Ce modèle pourrait aider les gens âgés à "développer un style de vie où l'activité physique pratiquée en vue du maintien de la santé est partie intégrante".

V. Outils de travail pour les chercheurs en gérontologie: histoire de vie, observation participante et microthésaurus.

Cette dernière section des actes réunit deux textes relatifs à l'histoire de vie, un qui a trait à l'observation participante et un autre où est proposé un microthésaurus utilisable en gérontologie. L'histoire de vie est une méthode qualitative qui consiste à étudier un milieu à travers la biographie de certains individus qui en font partie. Cette méthode fournit ainsi de précieuses informations, ce dont parle RENAUD SANTERRE dans sa communication. Il discute également des applications de cette technique en gérontologie sociale. Une de ses élèves, CLAIRE LALIBERTE, a employé l'histoire de vie pour recueillir le matériel nécessaire à la rédaction de sa thèse de maîtrise. Elle est alors entrée dans l'univers des anciens che-

d'expulsion" des travailleurs âgés de la population active depuis la Seconde Guerre mondiale. L'étude de l'évolution des taux d'activité des gens de 55 ans et plus confirmerait, selon cet auteur, l'existence d'un tel processus. De plus, il y aurait progression d'une "tendance à la dévalorisation de la force de travail avec l'avance en âge", tendance attestée par le fait que "l'inactivité rejoint des personnes de plus en plus jeunes".

Puis MARCEL SAMSON, JEAN STAFFORD et DANIEL BIBEAU présentent les résultats d'une des premières études à avoir été effectuées au Québec sur les départs en vacances des gens ayant entre 66 et 71 ans. Les chercheurs considèrent les effets que la retraite peut avoir sur les comportements relatifs aux départs en vacances, soit la continuité de cette pratique, son abandon, son adoption (néo-vacanciers) et la "continuité négative", i.e. le fait de continuer à ne pas partir en vacances. Il semble qu'une minorité seulement de retraités aient tendance à modifier leurs habitudes de vie dans ce domaine d'activité malgré les changements de divers ordres que la retraite amène.

Les deux autres textes qui ont été inclus dans cette partie portent sur l'activité physique au troisième âge. D'une part, ROSE-MARIE LEBE-NERON a étudié les "patrons de mouvement propres aux personnes âgées qui pourraient être reliés aux modifications biologiques, psychologiques et sociologiques accompagnant le vieillissement". A cette occasion, des personnes âgées participant à une séance hebdomadaire de mouvement créatif ont été filmées sur vidéo et leurs gestes ont été analysés à partir d'un instrument de mesure élaboré aux fins de la recherche entreprise. Les résultats de cette analyse montrent que les modifications de la motricité ne dépendent pas uniquement de

l'âge, mais aussi de facteurs comme, par exemple, l'hérédité, la santé et la personnalité.

D'autre part, JEAN-CLAUDE PAGEOT, LEO DESCHENES et GUY METIVIER ont étudié les facteurs susceptibles de contribuer au succès d'un programme d'activité physique destiné aux populations âgées rurales. Ces facteurs seraient: les caractéristiques des sujets; leur motivation; le modèle d'organisation et le style de leadership. Il semble "que les personnes âgées sont parfaitement capables de se prendre en charge avec un minimum de préparation et de supervision". Les auteurs ont également conçu un modèle d'organisation tenant compte de facteurs sociaux, psychologiques et physiques. Ce modèle pourrait aider les gens âgés à "développer un style de vie où l'activité physique pratiquée en vue du maintien de la santé est partie intégrante".

V. Outils de travail pour les chercheurs en gérontologie: histoire de vie, observation participante et microthésaurus.

Cette dernière section des actes réunit deux textes relatifs à l'histoire de vie, un qui a trait à l'observation participante et un autre où est proposé un microthésaurus utilisable en gérontologie. L'histoire de vie est une méthode qualitative qui consiste à étudier un milieu à travers la biographie de certains individus qui en font partie. Cette méthode fournit ainsi de précieuses informations, ce dont parle RENAUD SANTERRE dans sa communication. Il discute également des applications de cette technique en gérontologie sociale. Une de ses élèves, CLAIRE LALIBERTE, a employé l'histoire de vie pour recueillir le matériel nécessaire à la rédaction de sa thèse de maîtrise. Elle est alors entrée dans l'univers des anciens che-

minots de la ville de Charny, située à proximité de Québec, sur la rive sud du Saint-Laurent. Elle a tenté d'identifier les différentes formes de vieillissement qui existent dans cette communauté en tenant compte de la dichotomie sexuelle et du travail antérieur des individus. Elle a réalisé que les gens âgés de cette municipalité vieillissent "dans un milieu qu'ils ont toujours connu" et que "la proximité physique de nombreux membres de la parentèle s'ajoute comme élément de continuité et agit efficacement comme support naturel en cas de besoin".

De son côté, CAROLE DUVAL, s'est servie de l'observation participante pour étudier les personnes âgées qui évoluent dans le Mail St-Roch à Québec. Son intention initiale était "de saisir la signification de ce lieu pour les individus qui s'y rencontrent". Elle a constaté qu'il y avait plusieurs modèles de sociabilité et que ces modèles variaient notamment en fonction du sexe. Elle a remarqué également que le Mail St-Roch était le principal milieu de vie de la plupart des gens âgés qui le fréquentent. Elle se trouve ainsi à poser le problème des fonctions sociales des centres commerciaux.

Le dernier texte qui figure dans ces actes de colloque est celui de YVAN GOULET. Monsieur Goulet a élaboré un thésaurus destiné aux chercheurs en gérontologie sociale qui ont accès à un micro-ordinateur. C'est ce thésaurus qu'il décrit dans sa communication ainsi que son mode d'emploi.

Conclusion

Tel est en substance le contenu de ce volume. Ce contenu est riche et varié et les communications publiées comportent beaucoup de références. Il s'agit donc d'un bon "reader" en gérontologie qui devrait être utile aux chercheurs et intervenants qui oeuvrent dans ce champ d'activité.

La qualité de ces actes de colloque est le reflet du succès de l'événement dont il rend compte et de l'importance grandissante que prend la gérontologie au Québec. En effet, de plus en plus de gens s'intéressent au sort des personnes âgées et veulent poser des gestes significatifs en leur faveur. Les rencontres organisées par l'AQG dans le cadre des congrès de l'ACFAS permettent aux chercheurs de faire connaître leurs travaux. Il est à espérer que ces rencontres se poursuivent et qu'elles soient à l'origine d'études susceptibles de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des aînés de la société.

Notes

1. Cf. Interface 6, 5 (septembre-octobre 1985), p. 44.

2. Les résumés de ces conférences ont été publiées dans Le Gérontophile vol. 7, no 2 (été 1985). Les textes de ces causeries (à part celui de la communication de F. MAJOR et A. ALMEIDA) n'apparaîssent donc pas dans le présent document.

3. Ce regroupement a été effectué après la lecture des textes soumis. Il ne respecte donc pas fidèlement l'ordre de présentation des communications. De plus, deux textes sont publiés dans les actes de ce colloque même s'ils ont été présentés dans d'autres sections de l'ACFAS. Ces textes sont ceux de M. SAMSON et al et de A. BILODEAU et al.

REMERCIEMENTS

Il aurait été impossible de produire ces actes de colloque sans le support de plusieurs organismes et institutions et sans le travail, souvent acharné, de ceux qui oeuvrent en leur sein. Les principaux organismes et institutions sont: l'Université du Québec à Chicoutimi et en particulier, le Module des affaires sociales du Département des sciences humaines; l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences; les diverses instances de l'Association québécoise de gérontologie dont le comité de recherche et le conseil d'administration ainsi que la direction et le personnel du centre d'accueil Mgr Victor Tremblay à Chicoutimi.

Il y a tellement d'individus qui ont contribué au succès du colloque dont ce document rend compte qu'en essayant de les nommer, nous risquerions d'oublier des gens ayant joué un rôle de premier plan. Même si nous ne les nommons pas, nous voulons les remercier et leur dire, ou leur redire une fois de plus, que leur aide a été grandement appréciée.

MARC-ANDRE DELISLE

PREMIERE PARTIE

Capacité et fonctionnement de la personne âgée

ETUDE LONGITUDINALE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Dolly P. Dastoor, M.A.
Martin G. Cole, M.D.

Introduction

La maladie d'Alzheimer est sans conteste le trouble psychique le plus grave qui affecte les personnes âgées. Caractérisée par des pertes de mémoire, une détérioration des facultés intellectuelles et des troubles de comportement, la maladie d'Alzheimer aboutit presque toujours à une perte progressive d'autonomie personnelle et à une moindre espérance de vie (1,2). De cinq à dix pour cent des personnes de plus de 65 ans sont touchées par cette maladie et sur ce nombre, la moitié présente des symptômes assez sérieux (3). Par ailleurs, les tendances démographiques et la proportion des malades par âge laissent entendre que le problème de la maladie d'Alzheimer ne cessera de prendre de l'ampleur jusqu'à la fin du vingtième siècle (4).

A ce jour, on manque de données sur l'histoire naturelle de la maladie, ce qui est dû en partie à la pénurie d'études longitudinales et également à l'absence d'un instrument de mesure capable de mesurer d'une manière précise et sensible les changements qui se produisent dans la fonction cognitive (5). Plusieurs chercheurs ont décrit l'évolution clinique de la maladie (6-10), les taux de mortalité (11) et les caractéristiques cliniques des sous-catégories de la maladie (12), mais aucun n'a dressé de profil psychométrique détaillé du déclin des fonctions psychiques avec le temps.

Ce genre d'études n'est pas facile à entreprendre, mais est indispensable pour décrire l'histoire naturelle de la maladie d'Alzheimer, pour déterminer les facteurs de pronostic, identifier les "fonctions cibles" qu'il serait possible de traiter et permettre de comparer l'efficacité des diverses démarches thérapeutiques.

Plusieurs rapports (13) ayant posé comme hypothèse que l'âge d'apparition de la maladie, que ce soit avant ou après 65 ans, affecte son évolution, nous avons décidé dans la présente étude d'examiner l'effet de l'âge d'apparition de la maladie sur son évolution et sur le déclin des fonctions, en utilisant l'échelle de démence hiérarchique (14), nouvel instrument de mesure de la gravité de la démence. L'échelle hiérarchique de la démence est un instrument qui vise à évaluer la gravité de la démence chez les personnes âgées. Un diagnostic précis facilitera en effet le traitement de la maladie et la planification de l'avenir. On a donc établi la nécessité de mettre au point un instrument susceptible de cerner avec précision les étapes de la désorganisation cognitive du malade.

A mesure qu'évolue la démence, il semble qu'on assiste à un déclin hiérarchique relativement suivi des fonctions mentales. De Ajuriaguerra et coll. (15) ont prouvé que le déclin fonctionnel qui accompagne la démence suit de près, mais en sens inverse, les étapes du développement de Piaget: on assiste en effet à une progression inverse des résultats obtenus au test à chaque étape de développement. Il semble également que le déclin des fonctions neuropsychologiques et neurologiques suivent un schéma hiérarchique analogue: dans le déclin des fonctions linguistiques par exemple, l'aphasie nominale précède généralement l'apparition

de la paraphrasie qui elle-même précède l'apparition de la substitution des mots laquelle précède l'apparition des mots déformés (9).

La nature apparemment hiérarchique du déclin des fonctions a servi à la construction de cette échelle d'évaluation de la démence. Cette échelle se compose des vingt sous-échelles suivantes classées par ordre hiérarchique (voir talbeau 1 à la fin du texte):

1. Orientation	2. Signes préfrontaux
3. Praxie idéomotrice	4. Regard
5. Praxie relative à la formation des idées	6. Dénomination
7. Compréhension	8. Enregistrement
9. Gnosie	10. Lecture
11. Orientation	12. Construction
13. Concentration	14. Calcul
15. Dessin	16. Système moteur
17. Mémoire des faits anciens	18. Ecriture
19. Ressemblances	20. Mémoire des faits récents

Chaque sous-échelle comporte de cinq à dix rubriques dont le niveau de difficulté va croissant. Chaque rubrique est assortie d'un score de deux ou d'un points, selon le nombre de rubriques. Le score maximum que l'on peut obtenir dans une hiérarchie donnée est de dix et le score maximum de l'ensemble des hiérarchies est de 200. Grâce à ces hiérarchies, on peut rapidement déterminer ou cerner le niveau de rendement le plus élevé pour chaque fonction mentale.

Fiabilité et validité de l'échelle.

Cette échelle a été normalisée sur cinquante sujets hospitalisés consécutivement, atteints de démence sénile du type d'Alzheimer, ou de démence liée à plusieurs infarctus (ICD-9 290.0, 290.4) (16). Nous avons validé notre échantillon par rapport à l'échelle de la démence de Blessed et coll. ($r = 0.72$; $p > 0.001$). Trente-quatre patients ont subi un EEG au moment de l'évaluation de leur démence et le coefficient de corrélation entre les résultats obtenus à l'HDS et la fréquence alpha était de $r = 0.57$ ($p > 0.01$). La fiabilité entre évaluateurs était de $r = 0.89$ ($p > 0.001$) et la fiabilité-test-retest était de $r = 0.84$ ($p > 0.001$).

Les écarts moyens et normalisés des sous-échelles sont présentés au tableau 1.

Etude longitudinale:

Sujets:

La population de malades se composait de 13 sujets (6 hommes, 7 femmes; tableau 2) chez qui l'on avait diagnostiqué une démence dégénérative primaire du type de la maladie d'Alzeimer, dont les noms nous ont été donnés par des médecins de la communauté. L'âge des sujets s'étalait entre 47 et 88 ans, la moyenne étant de 66,2 ans. Tous avaient fait l'objet d'une évaluation neurologique et physique et nous avions décidé d'exclure de notre étude les sujets ayant des antécédents de maladie psychiatrique ou de troubles médicaux ou neurologiques connexes. Au moment du premier contact, tous les sujets vivaient de manière

autonome au sein de la collectivité, aucun ne souffrait d'un handicap linguistique ou praxique, mais tous souffraient d'une déficience légère au niveau de la mémoire des faits récents.

Méthode:

Dans un premier temps, on a évalué les sujets selon l'échelle de démence hiérarchique; cette évaluation a été répétée tous les six mois après l'examen initial pendant une période de 48 mois par un des auteurs (D.D.), les sujets étant évalués chez eux ou à leur bureau. Chaque évaluation selon l'échelle de démence hiérarchique a été effectuée sans que l'examinateur n'ait connaissance des résultats de l'examen antérieur et l'on a ainsi obtenu vingt mesures de fonctions mentales.

Résultats:

Les 13 sujets ont été répartis en deux groupes:

a) groupe présentant une atteinte précoce (n = 7) dont l'âge moyen lors du premier contact était de 56,1 ans, écart 47-64 ans;

b) groupe présentant une atteinte tardive (n = 6) dont l'âge moyen lors du premier contact était de 78,0 ans, l'écart se situant entre 69 et 88 ans.

Le schème de déclin des vingt fonctions mentales mesurées par l'échelle de démence hiérarchique a été soumis à une analyse de variance d'un modèle de mesures répétées pour les groupes et dans le temps. Les effets dans le temps ont été décomposés en

tendances orthogonales, la seule tendance linéaire étant celle de l'intérêt afin d'évaluer la diminution de la fonction dans le temps chez les deux groupes.

Les résultats, en termes de valeurs de probabilité des hypothèses nulles respectives, sont présentés au tableau 3 et le déclin des fonctions des sous-échelles de la HDS dans les deux groupes d'âge sont tracés sur des graphiques, de la figure 1 à la figure 20. Comme nous nous attendions à observer un déclin plus rapide des fonctions chez le groupe ayant présenté une atteinte précoce, nous avons jugé une probabilité unilatérale appropriée pour la tendance linéaire. (Le F test à tendance linéaire a été conceptuellement remplacé par le t-test unilatéral équivalent).

Le tableau 3 et la figure 1 montrent que, pour l'ensemble des résultats de la HDS, le groupe ayant présenté une atteinte précoce diffère d'une manière significative dans le temps ainsi que dans le taux de détérioration. Le groupe atteint plus jeune semble fonctionner à un niveau plus élevé lors de la première visite, sur l'ensemble des résultats mesurés par la HDS que le groupe présentant une atteinte tardive; au cours de la période de 48 mois, cependant, le déclin de leurs fonctions, tel que mesuré par le HDS est nettement plus accentué ($t11 = 2,07$), la démence étant plus prononcée 4 ans après la première évaluation.

Si l'on examine les aspects cliniques individuels mesurés par les sous-échelles, nous remarquerons que les fonctions linguistiques (tableau 3, figures 2, 3, et 4) ne présentent aucune différence significative entre les groupes à l'exception de la dénomination, où l'on note des différences singulières ($t11 = 1,97$).

Pour ce qui est des fonctions praxiques, nous avons remarqué que bien qu'il n'y avait pas de différences entre les groupes dans le temps, le déclin des fonctions présentait des différences significatives au niveau de la catégorie de la construction graphique (t11 = 1,94) et de la praxie de la construction (t11 = 1,75; figures 5 à 9). Les deux groupes présentaient des différences significatives dans le temps pour ce qui est des fonctions gnostiques qui déclinaient par ailleurs d'une manière significative (t11 = 1,77). Ceci, malgré le fait qu'un fonctionnement praxique équivalent sinon meilleur était préservé chez le groupe le plus jeune.

Au tableau 3, on remarque que les résultats obtenus pour le fonctionnement cognitif ont tendance à être significatifs entre les deux groupes pour les cinq périodes de temps, mais que le taux de déclin (figures 10 à 12) diffère singulièrement au niveau des similitudes (t11 = 2,21). Les malades chez qui la démence apparaît plus tôt ont des niveaux de fonctionnement mieux préservés tels que le mesure l'HDS, mais accusent une baisse marquée au bout de 24 mois. A 48 mois, ils sont atteints d'une démence plus grave selon l'évaluation.

Au chapitre du fonctionnement amnésique (tableau 3), les deux groupes ne présentent aucune différence significative sur le plan de la mémoire récente, quoique les différences soient statistiquement importantes au niveau de l'enregistrement. Par contre, les deux groupes accusaient des différences marquées au niveau de la mémoire des faits anciens (F4,44 = 10,30) et au cours de la même période de 48 mois, le déclin est plus prononcé au sein du groupe présentant une atteinte précoce que parmi les personnes du groupe présentant une atteinte tardive (t11 = 4,77).

Discussion:

Le présent article examine un groupe de malades chez qui on a posé un diagnostic de maladie d'Alzheimer; les auteurs tentent d'isoler, à l'aide de résultats cliniques et psychométriques, deux groupes présentant des antécédents naturels différents. Il importe de souligner que les diverses caractéristiques cliniques différenciées dont nous faisons état ne doivent pas être considérées comme étant des critères de valeur diagnostique absolue chez des malades pris isolément; on doit plutôt y voir des caractéristiques de groupe qui semblent permettre de distinguer entre les malades présentant la forme précoce et la forme tardive de la maladie d'Alzheimer. Dans chaque groupe, on a retrouvé des cas dont l'anamnèse était atypique.

Les résultats de la présente étude indiquent qu'il existe un certain degré d'hétérogénéité au sein d'une catégorie assez large de maladies de dégénérescence primaire du type Alzheimer, avec une prépondérance d'anomalies et un déclin rapide des fonctions chez le groupe de sujets présentant la forme la plus précoce de démence. En 1969, McDonald a écrit dans le British Journal of Psychiatry: "Le groupe le plus jeune a un tissu cérébral qui réagit plus vigoureusement au processus pathologique de la démence sénile, tout comme le caractère malin du carcinome s'atténue avec l'âge" (13).

Cette étude suggère de nouvelles directions de recherche: la maladie d'Alzheimer représente-t-elle une seule entité pathologique ou recouvre-t-elle différents sites et modifications neuropathologiques chez les groupes présentant la forme précoce et la forme tardive? Les troubles de la mémoire dans la forme tar-

dive sont-ils dus à des modifications au niveau de l'hippocampe et ceux de la forme précoce sont-ils le reflet d'une atteinte du tronc cérébral? La mémoire des faits anciens, dans les deux groupes, est-elle quantitativement différente ou due à des modifications neuropathologiques intéressant des structures différentes? Les résultats de ces études pourraient ouvrir de nouvelles dimensions aux pronostics, aux soins et au traitement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. D'autres études longitudinales du même ordre pourraient contribuer à l'élaboration de profils de démence permettant d'identifier des sous-catégories de démence.

TABLEAU 1

Moyennes et écarts-type des sous-échelles.

		Moyenne	Ecart-type
1.	Orientation	9,06	1,64
2.	Signes préfrontaux	8,00	1,56
3.	Praxie idéomotrice	7,29	2,86
4.	Regard	6,72	3,27
5.	Praxie relative à la formation des idées	6,41	3,22
6.	Dénomination	6,25	2,97
7.	Compréhension	5,67	3,08
8.	Enregistrement	5,44	3,34
9.	Gnosie	5,43	2,97
10.	Lecture	5,37	3,23
11.	Orientation	5,31	2,01
12.	Construction	4,75	3,48
13.	Concentration	4,67	2,96
14.	Calcul	4,41	3,13
15.	Dessin	4,40	3,02
16.	Système moteur	4,38	2,24
17.	Mémoire des faits anciens	4,16	2,60
18.	Ecriture	3,67	3,25
19.	Ressemblances	2,94	3,17
20.	Mémoire des faits récents	2,04	2,37

TABLEAU 2

Age et sexe des deux groupes étudiés

	Forme précoce	Forme tardive
N	7	6
Sexe	M = 4 F = 3	M = 2 F = 4
Age lors de la première rencontre	56,1	78,0
Ecart des âges	47-64 ans	69-88 ans

TABLEAU 3

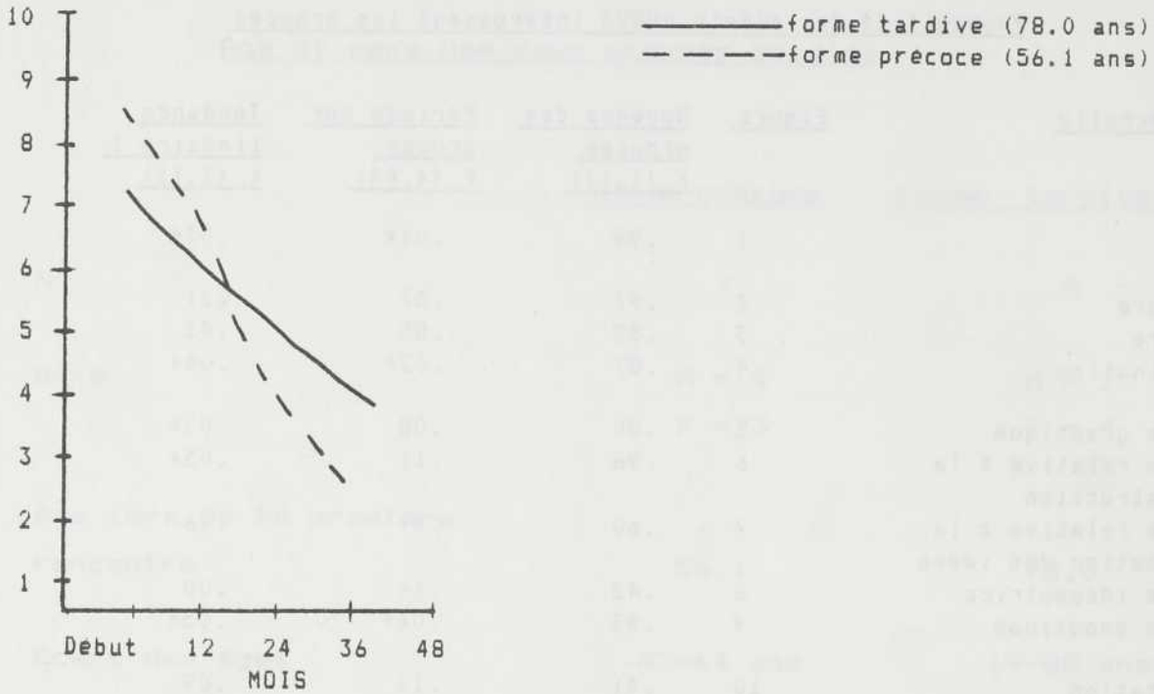
Probabilité des effets ANOVA interessant les groupes

Sous-échelle	Figure	Moyenne des groupes F (1,11)	Période par groupe F (4,44)	Tendance linéaire 1 t (1,11)
Total	1	.99	.01*	.03*
Ecriture	2	.97	.57	.21
Lecture	3	.58	.85	.43
Dénomination	4	.87	.02*	.04*
Praxie graphique	5	.80	.08	.03*
Praxie relative a la construction	6	.96	.11	.05*
Praxie relative à la formation des idées	7	.60	.39	.16
Praxie idéomotrice	8	.42	.14	.08
Praxie gnostique	9	.43	.04*	.05*
Orientation	10	.41	.13	.09
Ressemblances	11	.56	.06	.12*
Calcul	12	.77	.39	.07
Mémoire des faits anciens	13	.23	.00**	.0006**
Mémoire des faits récents	14	.50	.66	.24
Enregistrement	15	.50	.06	.065
Réflexe d'orientation	16	.18	.05*	.06
Système moteur	17	.62	.06	.05*
Signes préfrontaux	18	.54	.16	.09
Concentration	19	.90	.06	.02*
Comportement visuel	20	.90	.90	.40

1. probabilité unilatérale pour la tendance linéaire avec courbe plus négative chez les groupes plus jeunes

* $p < .05$
** $p < .001$

Figure 1 / TOTAL HDS



FONCTIONS LINGUISTIQUES

Figure 2
Ecriture

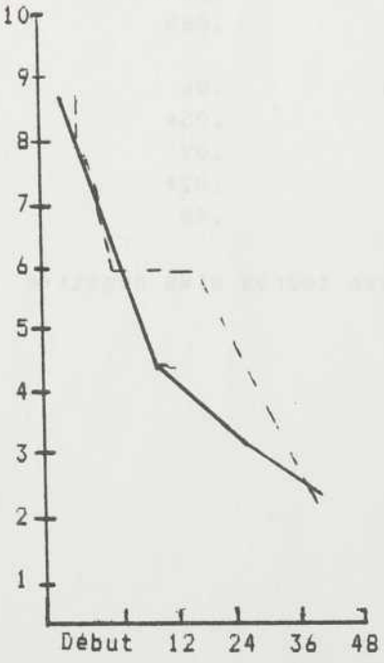


Figure 3
Lecture

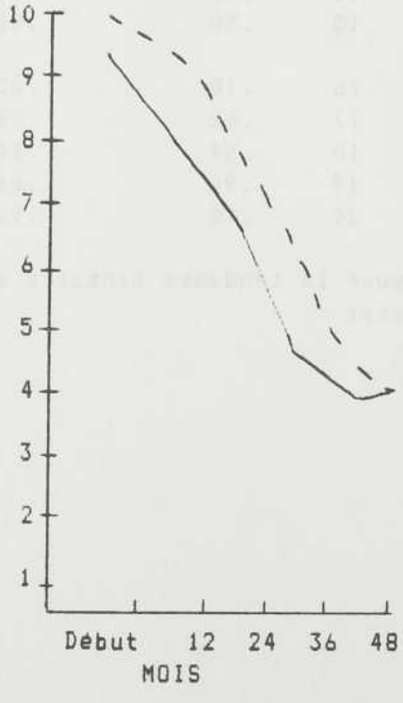


Figure 4
Dénomination

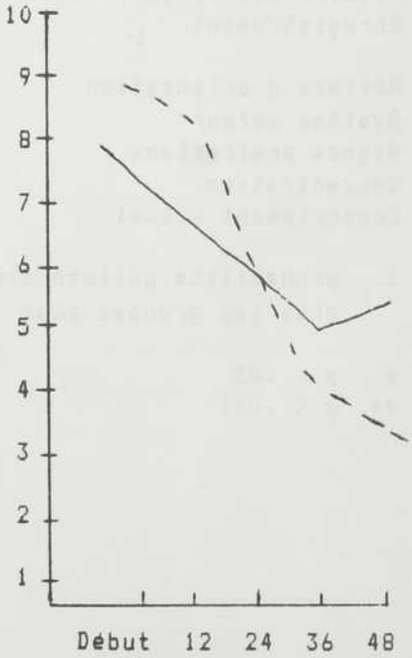


Figure 5
Praxie graphique

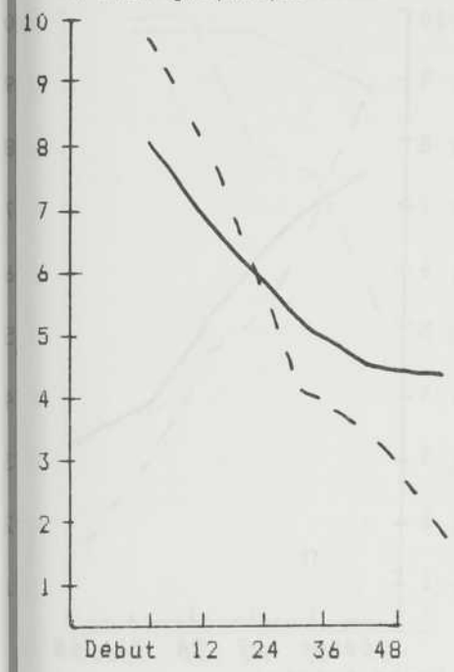


Figure 6 - Praxie relative à la construction

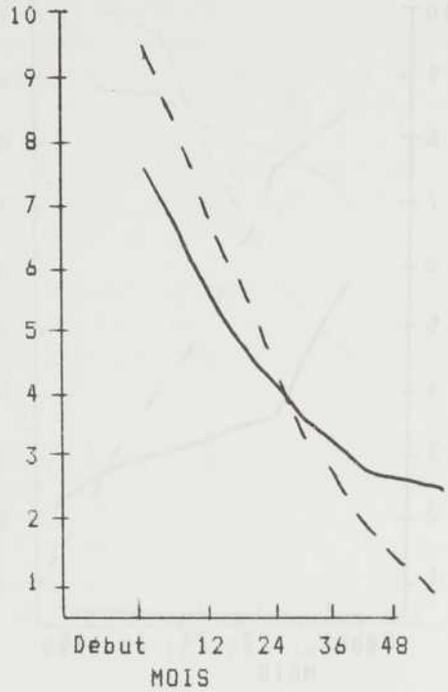
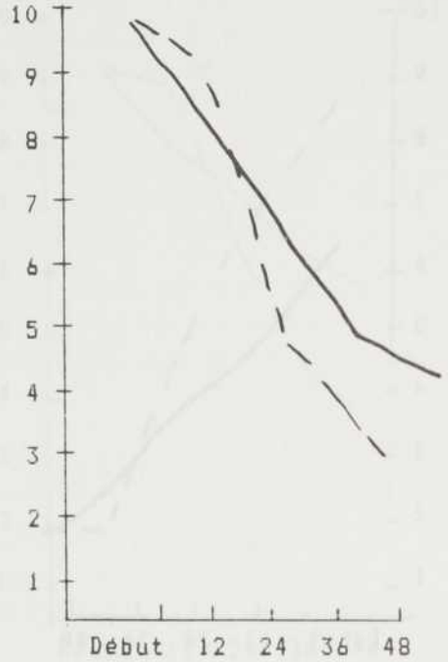


Figure 7 - Praxie relativ à la formation des idées



FONCTIONS PRAXIQUES

Figure 8
Praxie idéomotrice

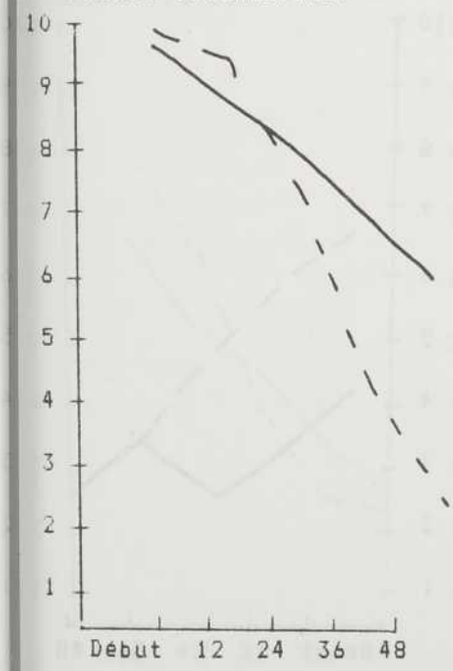
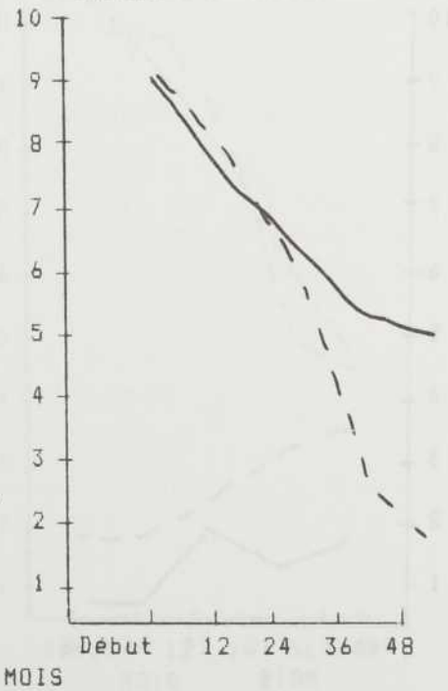


Figure 9
Gnosie



——— forme tarive (78.0 ans)
— — — forme précoce (56.1 ans)

Figure 10
Orientation

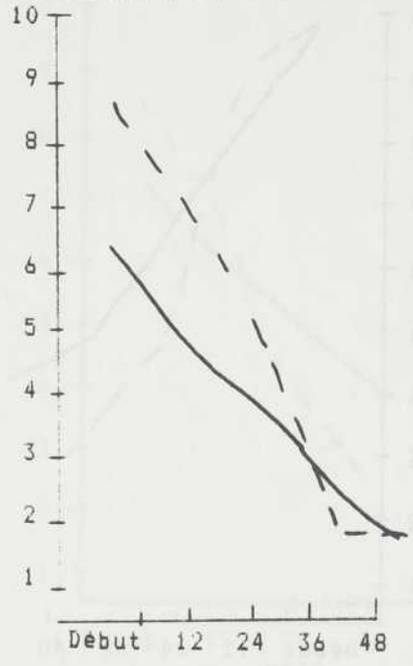


Figure 11
Ressemblances

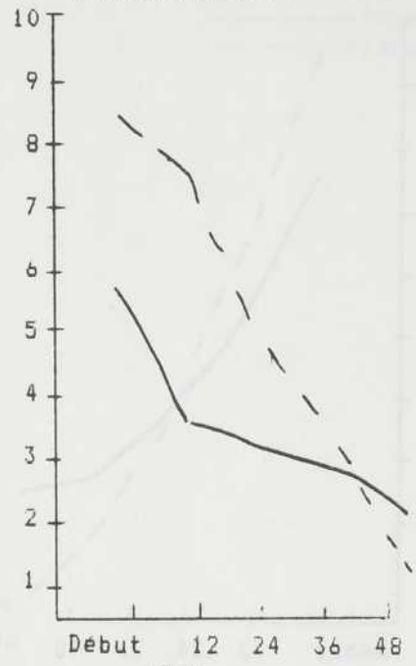
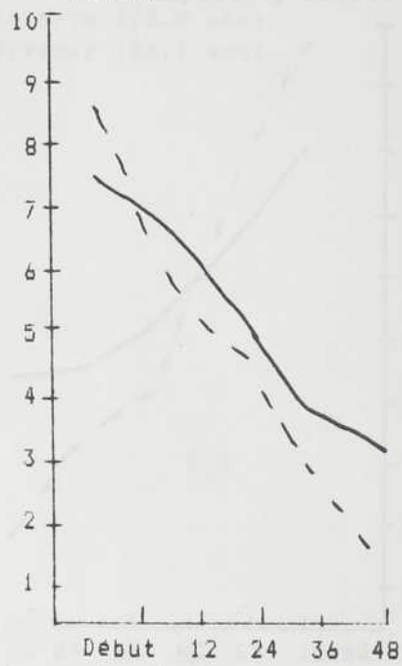


Figure 12
Calcul



MEMOIRE

Figure 13
Mémoire des faits anciens

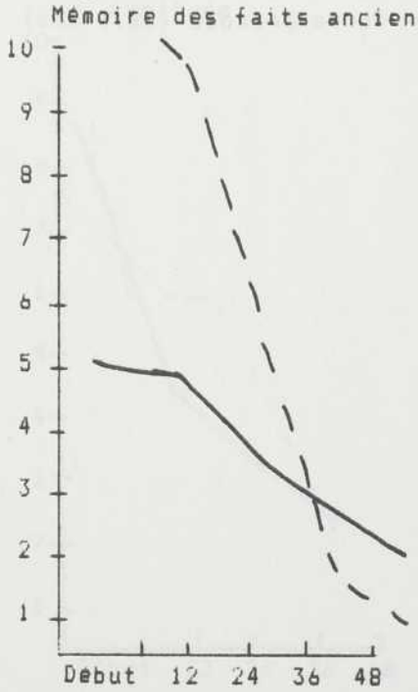


Figure 14
Mémoire des faits récents

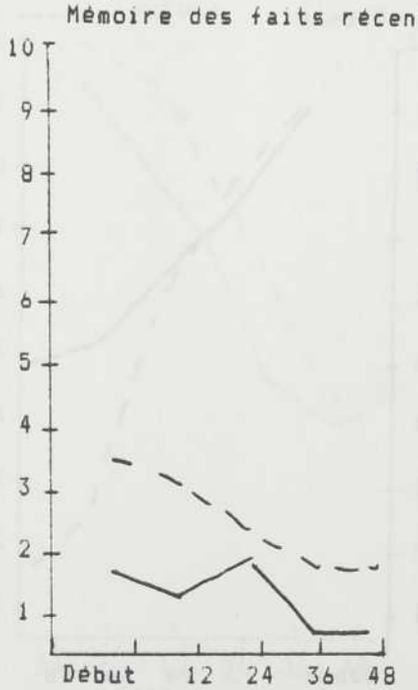


Figure 15
Enregistrement

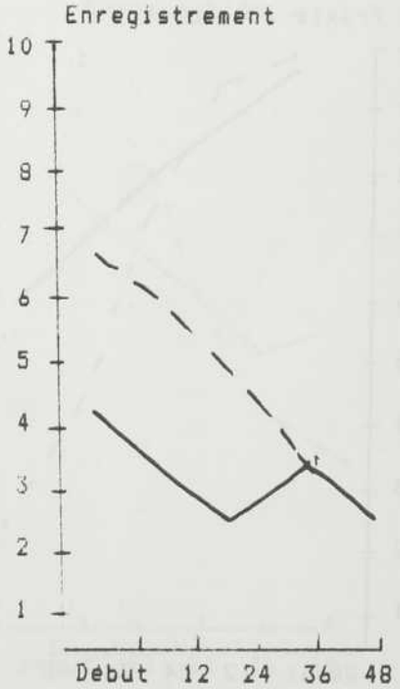


Figure 16
Réflexe d'orientation

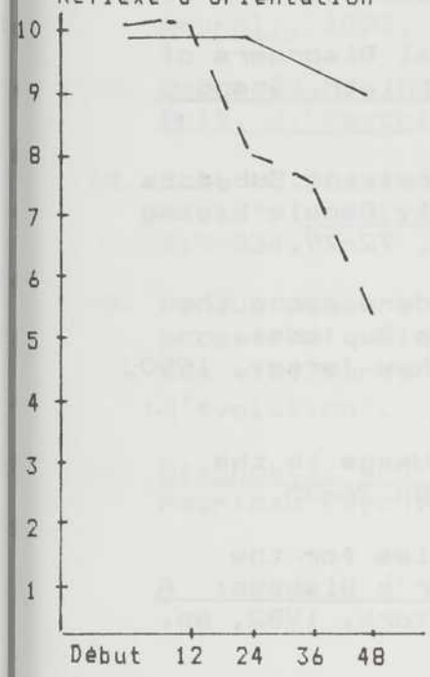


Figure 17
Système moteur

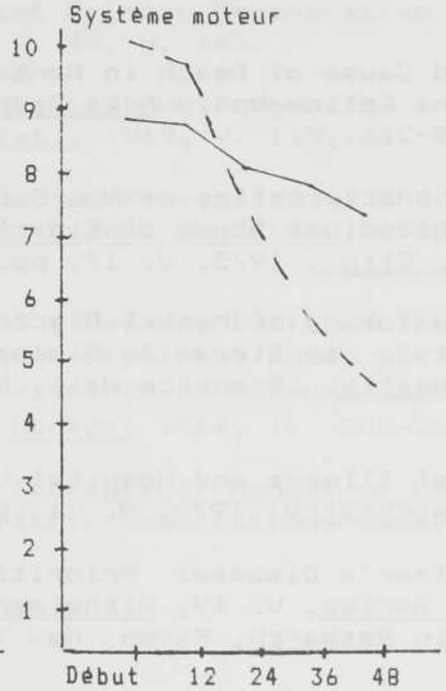


Figure 18
Signes préfrontaux

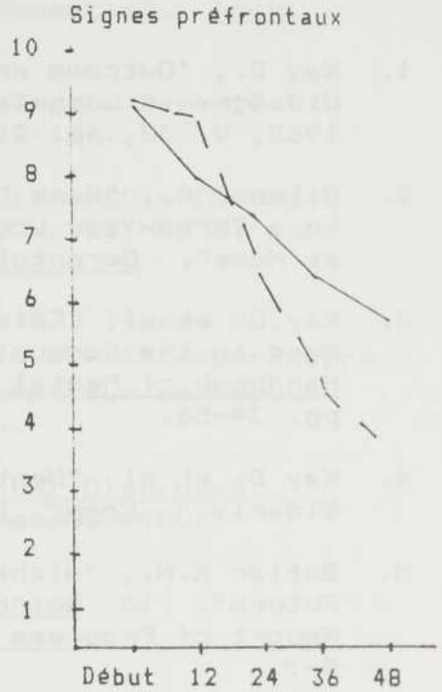


Figure 19
Concentration

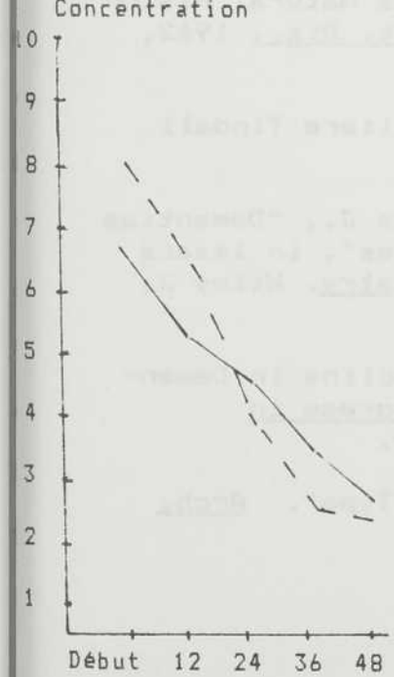
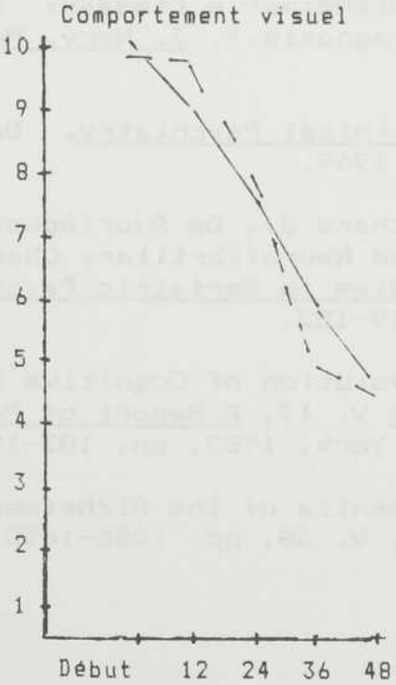


Figure 20
Comportement visuel



BIBLIOGRAPHIE

1. Kay D., "Outcome and Cause of Death in Mental Disorders of Old Age: a Long-Term Follow-Up". Acta Psychiatr. Scand., 1962, V. 38, pp. 249-276.

2. Gilmore A., "Some Characteristics of Non-Surviving Subjects in a Three-Year Longitudinal Study of Elderly People Living at Home". Gerontol. Clin., 1975, V. 17, pp. 72-79.

3. Kay D. et al, "Epidemiology of Mental Disorders among the Aged in the Community". in Birren J, Sloane R. (eds): Handbook of Mental Health. Prentice-Hall, New Jersey, 1980, pp. 34-56.

4. Kay D. et al, "Mental Illness and Hospital Usage in the Elderly." Compr. Psychiatry, 1970, V. 11, pp 26-35.

5. Butler R.N., "Alzheimer's Disease: Priorities for the Future". In Aging Series, V. 19, Alzheimer's Disease: A Report of Progress in Research, Raven, New York, 1982, pp. 5-7.

6. Sjogren H. et al., "Morbus Alzheimer and Morbus Pick: Genetic Clinical and Patho-Anatomical Study". Acta Psychaitr. and Neurol. Scand. (Suppl.) 82, 1952, pp. 1-152.

7. Sim M., Sussman I., "Alzheimer's Disease: its Natural History and Differential Diagnosis." J. Nerv. Ment. Dis., 1962, V. 135, pp. 489-499.

8. Slater E., Roth M., Clinical Psychiatry. Balliere Tindall and Cassell. London, 1969.

9. Constantinidis J., Richard J., De Ajuriaguerra J., "Dementias with Senile Plaques and Neurofibrillary Changes", in Isaacs A., Post F. (eds), Sudies in Geriatric Psychiatry. Wiley J, New York, 1978, pp. 119-152.

10. Rosen W., Mohs R., "Evolution of Cognitive Decline in Dementia". In Aging Series V. 19, A Report of Progress in Research. Raven, New York, 1982, pp. 183-188.

11. Heston L. et al., "Dementia of the Alzheimer Type". Arch. Gen. Psychiatry, 1981, V. 38, pp. 1085-1090.

12. Settzer B. et al., "A Comparison of Clinical Features in Early and Late Onset Primary Degenerative Dementia". Arch. Neurol., 1983, V. 40, p. 143.

13. McDonald C., "Clinical Heterogeneity in Senile Dementia". Brit. J. Psychiat., 1969, V. 115, pp. 167-171.

14. Cole M., Dastoor D., Koszycki D., "The Hierarchic Dementia Scale". J. Clin. Exper. Gerontol., 1983, V. 5, No. 3, pp. 219-234.

15. DeAjuriaguerra J., Rey M., Bellet-Muller M., Tissot R., "A propos de quelques problèmes posés par le déficit opératoire des vieillards atteints de démence dégénérative en début d'évolution". Cortex, 1964, I: 232-256.

16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, 1980.

L'OBSERVANCE DU REGIME MEDICAMENTEUX CHEZ LES AINES FREQUENTANT UN CENTRE DE JOUR

Jean Guimond
Gilles Barbeau

La présente étude explore la problématique de l'observance du régime médicamenteux chez les bénéficiaires âgés des centres de jour. Le centre de jour est un service de santé réservé au 3e âge. Il se situe à mi-chemin entre le milieu naturel et l'hébergement en centre d'accueil et (ou) en centre hospitalier de soins de longue durée. Le but du centre de jour est le maintient à domicile de sa clientèle (1).

L'intervention privilégiée dans le cadre de la présente étude est l'éducation du bénéficiaire par l'information verbale et écrite (2, 3, 4) sur les maladies du système cardio-vasculaire et sur l'hypertension (5) ainsi que sur les médicaments utilisés dans le traitement et le contrôle de ces maladies. Une insistance particulière est accordée à la motivation (6) et aux bénéfices du traitement (7,8).

Notre rôle se limite à l'éducation, présumant de la justesse du diagnostic et d'un régime médicamenteux adéquat. Aucune intervention pour modifier le régime médicamenteux n'est donc tentée.

Deux centres de jour situés en zone semi-urbaine participent à l'étude. Après l'étude de 64 dossiers bénéficiaires, 15 bénéficiaires composent le groupe expérimental et 16 bénéficiaires sont retenus dans le groupe témoin.

Définitions: observance - inobservance.

Les définitions sont élaborées à partir des renseignements contenus sur l'étiquette de la prescription. Nous présumons que les renseignements verbaux fournis, s'il y a lieu, correspondent aux renseignements écrits. Cette limitation exclut ce que nous considérons comme un usage inapproprié des médicaments causé par le manque de spécificité de l'ordonnance. Les mauvais horaires de la prise des médicaments sont un exemple typique de ce genre de situations.

Observance du régime médicamenteux.

Respect des directives verbales et écrites d'un régime médicamenteux en terme de quantité.

Inobservance du régime médicamenteux.

Déviation négative ou positive à un régime médicamenteux en terme de quantité.

Hypothèse de travail.

Notre hypothèse de travail apporte des précisions importantes quant à la présente recherche. Elle délimite clairement le lieu de la recherche, les participants, la nature de la maladie, les médicaments impliqués et le mode d'intervention privilégié pour modifier l'observance du régime médicamenteux.

L'hypothèse est la suivante:

Les bénéficiaires âgés fréquentant un centre de jour recevant de l'information verbale et écrite sur les maladies du système cardio-vasculaire, l'hypertension et sur les médicaments cardio-vasculaires seront plus fidèles à leur régime médicamenteux que les bénéficiaires âgés ne recevant aucune information.

Méthodologie.

1) Critères d'admissibilité et d'exclusion.

Les critères d'admissibilité et d'exclusion retenus pour la présente étude sont les suivants:

Critères d'admissibilité:

- Homme - femme.
- 65 ans et plus.
- Auto-administration des médicaments.
- Médication requise: diurétiques et (ou) cardio-vasculaires.
- Capacité visuelle et auditive acceptable.
- Répondre au questionnaire.
- Fréquentation assidue du centre de jour.
- Signer l'autorisation de consulter le dossier pharmaceutique.

Critères d'exclusion:

- Arrêt de la médication.
- Hospitalisation.
- Décès.
- Manquement à un critère d'admissibilité.

2) Etapes d'intervention.

a) Comparaison des groupes expérimental et témoin et première lecture de l'observance.

La première rencontre à domicile sert à la récolte des données établissant la comparaison des groupes par rapport aux principales données démographiques, à la consommation des médicaments et à l'observance initiale.

Seule la médication cardio-vasculaire en comprimés prescrite régulièrement est considérée. La médication P.R.N. et les onguents de nitroglycérine représentent trop d'erreurs d'évaluation et ne sont pas retenus. La méthode des doses restantes est utilisée (9, 10, 11). Le dossier pharmaceutique sert de double contrôle aux données recueillies à domicile pour tous les bénéficiaires.

Tableau 1:
Caractéristiques du groupe expérimental et du groupe témoin.

	AGE		SEXE		DOMICILE	
	MOYEN	ECART	F	H	SEUL	ACCOMPAGNE
EXPERIMENTAL	75.5	65-90	15	1	9	7
TEMOIN	74.6	67-83	14	1	6	9

Chi carré: $p > 0.05$

Tableau II:
Nombre de prescriptions reçues en fonction du groupe et de la classe thérapeutique.

	N	Rx TOTAL		CARDIO-VASCULAIRE DIURETIQUE		CARDIO-DIURETIQUE "PRN"		DOSES QUOTIDIENNES CARDIO DIURETIQUES	
		AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES	AVANT	APRES
EXPERIMENTAL	16	76	80	27	26	6	6	39	40
TEMOIN	15	64	65	28	27	8	9	50	47

Chi carré: $p > 0.05$

Les données recueillies avant l'intervention chez le groupe expérimental démontrent aussi une nette similitude en ce qui a trait à l'observance du régime médicamenteux (voir tableau IVa et Va).

b) Information -éducation: groupe expérimental.

Les rencontres d'information et d'éducation se déroulent sur une période de trois semaines, à raison d'une rencontre par

semaine. La durée maximale de chaque rencontre est d'une heure. Les deux premières sessions d'information ont lieu en groupe. La troisième session est réservée aux rencontres individuelles (12). Le contenu général de l'information est présenté au tableau III. Un exemple-type de l'information écrite remise aux bénéficiaires est annexé.

Tableau III:
Contenu de l'information transmise au groupe expérimental.

INFORMATION - EDUCATION	
SEMAINE 1	
	INFORMATION GENERALE: MEDICAMENTS
	VIDEO SANTE A VIE
	QUESTIONS
	INFORMATION ECRITE
SEMAINE 2	
	INFORMATION GENERALE
	HYPERTENSION
	MALADIES CARDIAQUES
	ANGINE
	ROLE DES MEDICAMENTS
	QUESTIONS
SEMAINE 3	
	INFORMATION INDIVIDUELLE
	INFORMATION ECRITE (annexée)
	QUESTIONS

c) Seconde lecture de l'observance.

La seconde lecture de l'observance s'effectue au moins 15 jours après la dernière session individuelle avec les bénéficiaires. Les groupes expérimental et témoin sont visités simultanément.

3) Evaluation de l'observance.

L'observance du régime médicamenteux est évaluée sous deux aspects:

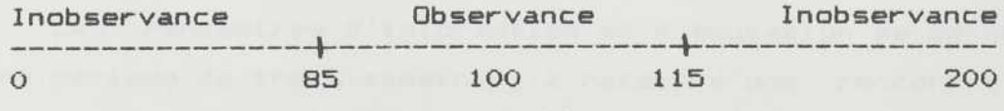
a) Prescription.
b) Bénéficiaire.

a) Prescription.

Une déviation de 15% par rapport aux instructions consignées sur l'étiquette délimite l'inobservance. Le mode de calcul utilisé pour déterminer l'observance de la prescription est le suivant:

$$\frac{\text{Quantité prise}}{\text{Quantité prescrite}} \times 100\% = \text{Observance}$$

L'inobservance est déterminée par la différence entre 100% et l'observance calculée.



Cette méthode présume que les comprimés manquants sont effectivement pris par le bénéficiaire.

b) Bénéficiaire.

Le principe retenu pour déterminer l'observance du bénéficiaire est le suivant:

"La somme des écarts des prescriptions du bénéficiaire plus petit que écart multiplié par nombre de prescriptions".

Nous respectons donc toujours le même écart, que ce soit pour la prescription ou pour le bénéficiaire, tout en tenant compte du nombre d'ordonnances impliquées dans le régime médicamenteux du bénéficiaire. Cette méthode de calcul évite l'utilisation des moyennes particulières faussées en présence de surobservance (13, 14).

Résultats.

La méthode de chi-carré (degré de signification à 5%) est utilisée pour mesurer l'effet de l'information verbale et écrite sur l'observance des ordonnances et des bénéficiaires. Les résultats obtenus démontrent que l'information verbale et écrite reçue en groupe et en privé, chez les bénéficiaires des centres de jour, n'améliore pas significativement l'observance du régime médicamenteux. Notre hypothèse de travail est donc rejetée.

Tableau IV (a et b)

Prescriptions

	OBSERVANT	INOBSERVANT	TOTAL
EXPERIMENTAL	13	14	27
TEMOIN	13	15	28
TOTAL	26	29	55

$p > 0.05$

	OBSERVANT	INOBSERVANT	TOTAL
EXPERIMENTAL	15	11	26
TEMOIN	10	17	27
TOTAL	25	28	53

$p > 0.05$

Tableau V (a et b)

Benéficiaires

	OBSERVANT	INOBSERVANT	TOTAL
EXPERIMENTAL	7	9	16
TEMOIN	8	7	15
TOTAL	15	16	31

$p > 0.05$

	OBSERVANT	INOBSERVANT	TOTAL
EXPERIMENTAL	8	8	16
TEMOIN	5	10	15
TOTAL	13	18	31

$p > 0.05$

Discussion

- Malgré l'éducation de base fournie par les professionnels des centres de jour, l'observance du régime médicamenteux n'est pas supérieure aux taux rapportés dans d'autres études. Nos taux d'inobservance se situent à environ 50%, tant pour les ordonnances que pour les bénéficiaires (15, 16).

- Notre étude rapporte aussi des taux de sous-observance équivalents à ceux rapportés dans l'étude de Cooper (15), soit 90%.

- Le nombre de participants ne permet pas la subdivision des groupes en fonction de l'âge et du nombre d'ordonnances et d'obtenir des statistiques valables. Nous notons, par contre, une stabilité supérieure chez le groupe expérimental particulièrement avec l'âge (17, 18). Quant au nombre d'ordonnances, l'observance se maintient chez les deux groupes lorsque quatre ordonnances et moins sont utilisées, et se détériore avec la présence de cinq ordonnances et plus. Ces deux facteurs mériteraient d'être étudiés.

- Sur les 108 ordonnances observées, près de 27% ont des taux d'observance inférieurs à 50%. De tels résultats sont inquiétants. La pertinence du traitement devrait être réévaluée. La confirmation d'un diagnostic de maladies du sytème cardiovasculaire et d'hypertension laisse présager des risques potentiels de complications pouvant conduire à une perte d'autonomie importante et à l'institutionnalisation.

Conclusion

L'observance du régime médicamenteux demeure un problème important particulièrement en centre de jour puisque les bénéficiaires sont déjà en perte d'autonomie. Leur maintien à domicile est problématique.

L'éducation seule ne suffit pas à modifier le comportement inobservant des bénéficiaires en centre de jour. Des recherches supplémentaires devront être entreprises incluant d'autres déterminants et d'autres caractéristiques liés à l'observance du régime médicamenteux.

Références

1. Politique du M.A.S. à l'égard des personnes âgées. Québec, Avril 1985.

2. Wandless I., Davie J.W. "Can Drug Complicance in the Elderly be Improved?" Br. Med. J. 1977 (Fév.): 359-361.

3. Malahy B. "The Effect of Instruction and Labeling on the Medication Errors Made by Patients at Home." Am. J. Hosp. Pharm. 1966; 23(Juin): 283-292.

4. Morris L.A., Halperin J.A. "Effects of Written Drug Information on Patient Knowledge and Compliance: a Literature Review." AJHP 1979; vol. 69(1): 47-52.

5. Hemmenki ... "Elderly People's Compliance with Prescription and Quality of Medication." Scand. J. Soc. Med. 1975; 3: 87-92.

6. Anderson R.J., Reed C., Kirk L.M. "Compliance in Elderly Hypertensives." Clin. Ther. 1982; vol. 5 - special issue: 13-24.

7. Givens C.W., Givens G.A. et al. "The Association of Knowledge and Perception of Medications with Compliance and Health States among Hypertension Patients: a Prospective Study." Research in Nursing and Health 1978; vol. 1(2): 76-84.

8. Nelson E.C., Stason W.B. et al. "Impact of Patient Perceptions on Compliance with Treatment for Hypertension." Med. Care 1978; vol. XVI(II): 893-906.

9. Spriet A., Simon P. "L'adhérence au traitement ou observance." La Revue de Médecine 1978 (Avril); 15: 885-888.

10. Fletcher S., Pappius E.M. et al. "Measurement of Medication Compliance in a Clinical Setting". Arch. Intern. Med. (Juin); 139: 635-638.

11. Rehder T.L., McCoy L.K. et al. "Improving Medication Compliance by Counseling and Special Prescription Container." Am. J. Hosp. Pharm. 1980; 37: 379-385.

12. Bearsdly R.S., Johnson C.A. et al. "Privacy as a Factor in Patient Counseling." J. Am. Pharm. Ass. 1977; vol. NS 17(6): 366-368.

13. Chrissidis E., Frewin T.A. et al. "Drug compliance in the Elderly." Aust. J. Hosp. Pharm. 1982; 12(1): 8-10.

14. Parkin D.M., Henney C.R. et al. "Deviation from Prescribed Drug Treatment after Discharge From Hospital." Br. Med. J. 1976; 2: 686-688.

15. Cooper J.K., Love D.W. et al. "International Prescription Non-Adherence (Non Compliance) by the Elderly." Am. Geriatrics Soc. 1982 (May); 30(5): 329-333.

16. Hulka B.S., Cassel J.C. et al. "Communication, Compliance and Concordance between Physicians and Patients with Prescribed Medications." 1976; vol. 66(9): 847-853.

17. Fedder D.O. "Managing Medication and Compliance-Physician Pharmacist Patient interactions". Am. Geriatrics Soc. 1982; vol. 30(11): 113-117.

18. Greene J.Y., Weinberger M. et al. "Compliance with Medication Regimens among Chronically Ill, Inner City Patients." J. Com. Health 1982; vol. 7(3): 183-193.

ETUDE RETROSPECTIVE SUR LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS DANS TROIS CENTRES HOSPITALIERS DE SOINS DE LONGUE DUREE

André Montcalm
Gilles, Barbeau
Jacques Dumas
Jean-Yves Julien
Alain Lévesque

Introduction

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 10% de la population du Québec et consomment plus de 25% des médicaments prescrits. Le taux d'hospitalisation pour ce groupe de personnes est le double de celui de la population moins âgée, soit 21% pour les patients âgés de 65 ans et plus comparé à 10% pour la population générale.

> Compte tenu de ces statistiques et vu l'importance qu'accordent les médecins en général à la thérapeutique médicamenteuse, il ne faut pas alors se surprendre outre mesure d'assister à une consommation élevée de médicaments chez les personnes âgées qui, comme on le sait, sont particulièrement aux prises avec diverses maladies ou malaises présentant une certaine chronicité. Il est à se demander cependant si cette consommation est rationnelle. (1).

---

1. MOCKLE, J. AUGUSTE "Consommation des médicaments chez les personnes âgées". Les Cahiers des journées de formation annuelle du Sanatorium Bégin, No.3, Les presses lithographiques inc. 1984.

La consommation très élevée de médicaments par les personnes âgées est un fait bien connu. Plusieurs études de fidélité au régime thérapeutique et de consommation de médicaments ont été effectuées auprès de cette clientèle demeurant à domicile. Les bénéficiaires en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) n'échappent cependant pas à ces problèmes.

Bien que les difficultés au niveau de la fidélité au traitement n'entrent pas en ligne de compte en milieu hospitalier à cause d'une distribution assurée par le service infirmier, le problème de surconsommation semble évident. Le client admis en CHSLD présente généralement une polypathologie et est soumis par le fait même à une polypharmacothérapie.

De par sa mission, le pharmacien doit assurer et promouvoir une utilisation optimale des médicaments. Pour y parvenir, il doit intervenir à différents niveaux.

Ainsi, il faut qu'il évalue l'ordonnance pharmaceutique sous plusieurs aspects afin de déterminer si elle répond à des critères de qualité basés sur les connaissances scientifiques propres à la pharmacothérapie. Lorsque l'on déroge à ces critères, il se doit d'intervenir auprès du prescripteur afin de lui signaler son désaccord et lui proposer une solution acceptable.

Notre projet de recherche avait pour but d'évaluer l'influence de l'intervention du pharmacien sur la prescription de médicaments pour les personnes hébergées en centre hospitalier de soins de longue durée. Pour ce faire, il nous fallait une population assez représentative de ce genre de bénéficiaires. Nous avons alors choisi de faire une étude rétrospective à vocation

similaire, soit le centre hospitalier des Bois-Francs-Victoriaville, le centre hospitalier St-Augustin-Beauport, et le centre hospitalier Sanatorium Bégin-Lac-Etchemin.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude rétrospective faite durant l'été 1983 dans trois centres hospitaliers à vocation similaire, soit des centres hospitaliers de longs séjours. Le profil de consommation des médicaments pour une journée fixée à l'avance soit le 15 juin, a été fait pour trente (30) dossiers-patients choisis au hasard dans chacun des centres pour les années suivantes: 1970, 72, 74, 76, 78, 80 et 1982. Les observations ont servi à la compilation des données et à l'analyse des résultats. Toutes les voies d'administration ont été considérées et toute médication valide et active à cette date à été notée. Voici les données qui ont été codées pour chaque observation:

- Nom de l'hôpital.
- L'année étudiée.
- Identification du patient:
  - nom;
  - âge;
  - sexe;
  - médecin traitant.
- Identification des ordonnances:
  - médicament et dosage;
  - classe pharmacologique selon la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, Edition Janvier 1983, #22;

- nombre de principes actifs: les préparations de vitamines sont considérées comme des préparations à principe actif unique;
- vérification des PRN, c'est-à-dire des produits administrés selon le besoin;
- nombre de doses administrées selon les observations des infirmières.

Les pharmaciens dans chacun des trois centres hospitaliers ont complété un questionnaire concernant leurs activités professionnelles pour la période étudiée, c'est-à-dire de 1970 à 1982. Le but de ce questionnaire était de savoir quel genre d'interventions avaient été faites par le pharmacien durant les années de l'étude, et si ces interventions ont influencé le nombre de prescriptions.

Nous avons utilisé l'analyse de la variance comme méthode statistique et .01 comme niveau de signification.

NOTE: PRESCRIPTION = ORDONNANCE = MEDICAMENT PRESCRIT.

Résultats

L'analyse des données nous a permis de constater certaines différences dans la consommation de médicaments prescrits. Il nous semble important d'évaluer les causes qui sont responsables de ces variations. Quel pourcentage de la diminution ou de l'augmentation dans la consommation de médicaments est dû aux interventions du pharmacien ou à des facteurs externes (publicité, influence des pairs, formulaires de la RAMQ) ou internes (projets de recherche, etc...)?

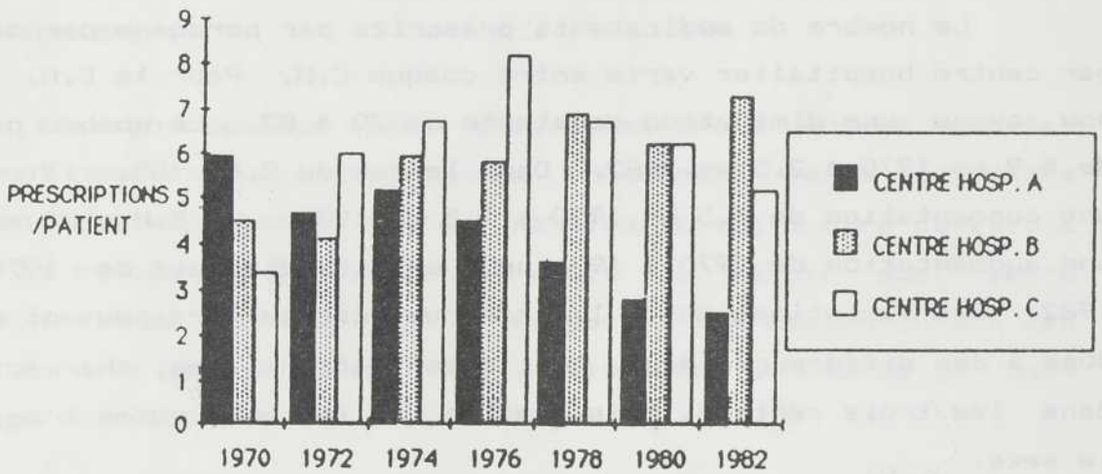
Cette recherche nous a fourni des statistiques concernant les médicaments ou classes de médicaments les plus prescrits, la consommation selon le sexe et l'âge et aussi une comparaison entre les personnes institutionnalisées et celles demeurant à domicile (selon les statistiques de la RAMQ).

Le nombre de médicaments prescrits par personne par année par centre hospitalier varie entre chaque C.H. Pour le C.H. "A" nou avons une diminution constante de 70 à 82. Le nombre passe de 5.9 en 1970 à 2.5 en 1982. Dans le cas du C.H. "B", il y a une augmentation de 4.5 en 1970 à 7.3 en 1982. Le C.H. "C" subit une augmentation de 1970 à 1976 pour ensuite diminuer de 1978 à 1982. Ces variations entre les centres hospitaliers peuvent être dûes à des différences dans les interventions des pharmaciens dans les trois centres, mais aussi à des facteurs comme l'âge et le sexe.

Tableau 1
Le nombre de presciptions/année pour 30 patients selon les années et les centres hospitaliers.

HOPITAL	ANNEE						
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982
A	5.9	4.7	5.2	4.5	3.6	2.8	2.5
B	4.5	4.1	5.9	5.8	6.9	6.2	7.3
C	3.4	6.0	6.7	8.2	6.7	6.2	5.2
MOYENNE	4.6	4.9	5.9	6.2	5.7	5.1	5.0

Figure 1
Nombre de prescriptions/patient selon les années et les centres hospitaliers



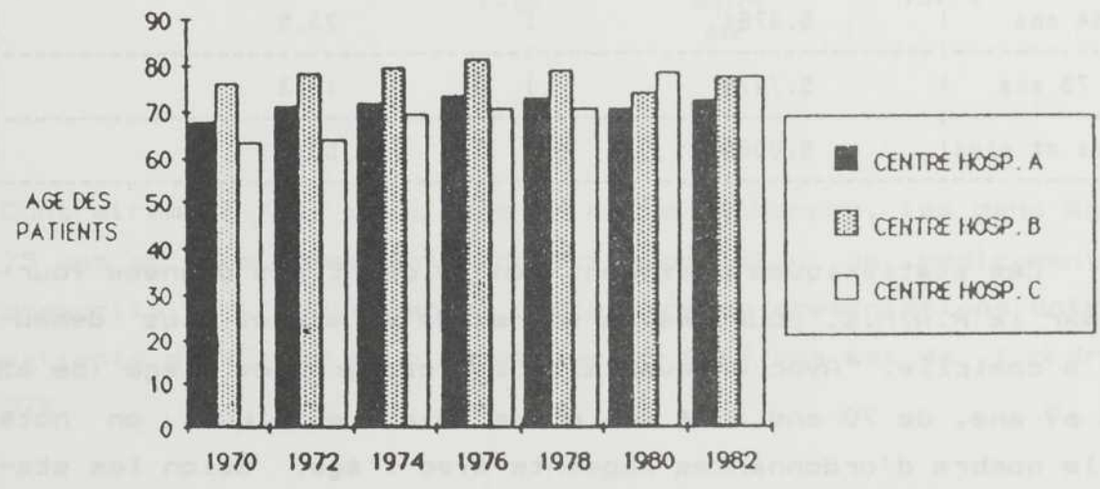
1. CONSOMMATION SELON L'AGE

Un facteur qui peut influencer le nombre de médicaments prescrits est l'âge des patients. Pour le C.H. "A", l'âge moyen passe de 67.7 ans à 72.4 ans de 1970 à 1982. L'âge moyen pour toutes les années au centre hospitalier "A" est 71.4 ans. Dans le centre hospitalier "B" l'âge moyen pour toutes les années est de 77.8 ans passant de 75.9 ans en 1970 à 77.2 ans en 1982. L'âge moyen des patients au C.H. "C" est de 70.4 ans pour toutes les années étudiées. L'âge moyen en 1970 était de 63.0 ans et en 1982 de 77.0 ans, semblable à l'âge moyen au C.H. "B" en 1982.

Tableau II
Age moyen des patients selon l'année et le centre hospitalier.

HOPITAL	ANNEE							AGE MOYEN
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982	
A	67.7	70.9	71.8	73.2	72.9	70.7	72.4	71.4
B	75.9	78.6	79.4	81.1	78.8	73.7	77.2	77.8
C	63.0	63.5	69.6	70.7	70.6	78.3	77.0	70.4

Figure 2
Age des patients selon l'année et le centre hospitalier



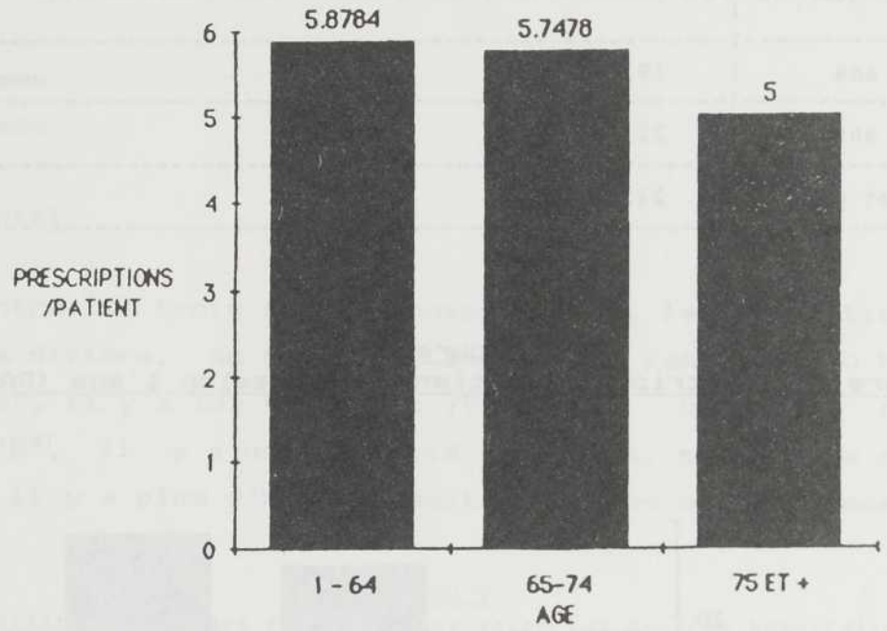
Pour évaluer l'influence de l'âge sur le nombre de médicaments prescrits, nous avons choisi trois groupes d'âge à l'intérieur de notre échantillon, soit les patients de moins de 64 ans, les 65 à 74 ans et les 75 ans et plus. Dans notre échantillon de 630 patients, il y a une différence significative entre le nombre de médicaments prescrits aux patients âgés de 74 ans et moins et à ceux qui sont âgés de 75 ans et plus. Ceci nous permet de dire que les "jeunes vieux" ont plus de médicaments prescrits que les personnes âgées de 75 ans et plus.

Tableau III
Nombre de prescriptions/patient selon l'âge

AGE	NOMBRE DE PRESCRIPTIONS	% DE LA POPULATION DANS LES TROIS CENTRES HOSPITALIERS
1 à 64 ans	5.8784	23.5
65 à 75 ans	5.7478	18.3
75 ans et plus	5.0000	58.2

Ces statistiques diffèrent sensiblement des données fournies par la R.A.M.Q. pour les personnes de 65 ans et plus demeurant à domicile. Avec un éventail de trois groupes d'âge (de 65 ans à 69 ans, de 70 ans à 74 ans et de 75 ans et plus), on note que le nombre d'ordonnances augmente avec l'âge. Selon les statistiques annuelles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (R.A.M.Q.) pour l'année 1980, les personnes de 65 à 69 ont eu 19,1 prescriptions pour l'année; les 70 à 74 ans, 22,7 et les 75 ans et plus, 24,2 prescriptions.

Figure 3
Nombre de prescriptions/patient selon l'âge

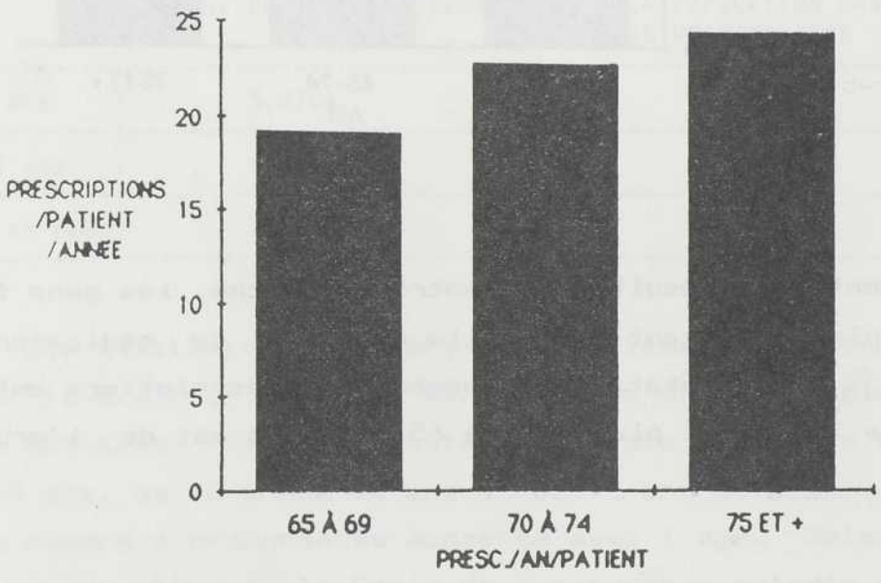


Contrairement aux résultats de notre recherche, les gens âgés de 75 ans et plus demeurant à domicile ont plus de médicaments de prescrits. L'augmentation du nombre de prescriptions entre les patients de 75 ans et plus et les 65 à 69 ans est de l'ordre de 27%.

Tableau IV
Nombre de prescriptions/année selon l'âge (R.A.M.Q.).

AGE	CONSOMMATION (annuelle)
65 à 69 ans	19,1
70 à 74 ans	22,7
75 ans et plus	24,2

Figure 4
nombre de prescriptions/patient/année selon l'âge (RAMQ)



2. CONSOMMATION SELON LE SEXE

Pour notre échantillon de 630 patients (210 dans chaque C.H.), la répartition des femmes et des hommes est la suivante:

- 284 hommes
- 346 femmes.

630: total

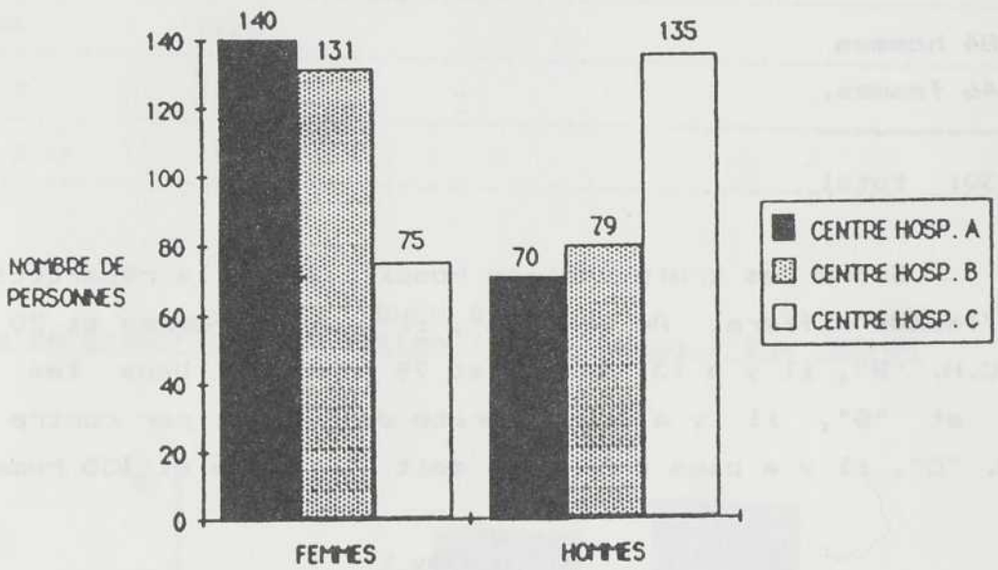
Entre les trois centres hospitaliers, la répartition hommes/femmes diffère. Au C.H. "A", il y a 140 femmes et 70 hommes; au C.H. "B", il y a 131 femmes et 79 hommes. Dans les centres "A" et "B", il y a une majorité de femmes; par contre dans le C.H. "C", il y a plus d'hommes, soit 75 femmes et 135 hommes.

Tableau V
Répartition des femmes et des hommes selon les centres hospitaliers.

HOPITAL	FEMMES	HOMMES
A	140	70
B	131	79
C	75	135

Ces différences de répartition hommes/femmes peuvent expliquer certaines variations dans le nombre de médicaments prescrits. Selon les statistiques de la R.A.M.Q., les femmes âgées de 65 ans et plus demeurant à domicile ont 20.5% de plus de prescriptions que les hommes âgés de 65 ans et plus.

Figure 5
Répartition des femmes et des hommes selon les centres hospitaliers



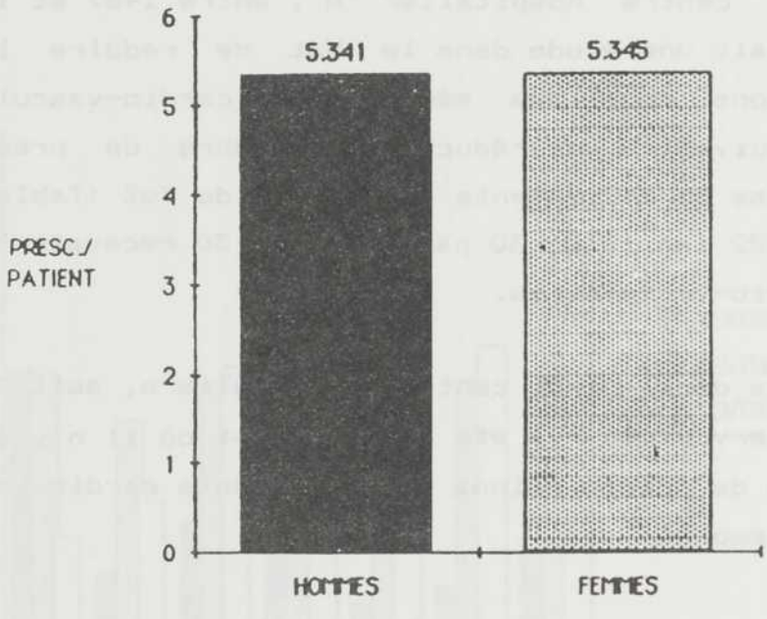
Chez nos 630 patients, selon l'analyse de la variance pour le nombre de prescriptions par patient selon le sexe, il n'y a pas de différence significative entre le nombre de médicaments prescrits pour les hommes et pour les femmes.

Tableau VI
Nombre de prescriptions/patient selon le sexe.

DISTRIBUTION		MOYENNE DE PRESCRIPTIONS
HOMMES	284	5.3410
FEMMES	346	5.3451
TOTAL	630	5.3429

Ces statistiques varient d'une façon très marquée avec les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec où la femme consomme plus que l'homme.

Figure 6
Nombre de prescriptions/patient selon le sexe



Dans le but d'évaluer l'impact de l'intervention du pharmacien, nous avons choisi quatre classes de médicaments pour lesquelles il y eu intervention spécifique de la part du pharmacien, soit:

1) Les médicaments cardio-vasculaires;
2) Les laxatifs;
3) Les diurétiques;
4) Les sédatifs-hypnotiques.

Pour chaque classe de médicaments étudiés, il y a au moins un centre hospitalier où le pharmacien a exercé une intervention et au moins un autre où aucune intervention n'a été pratiquée, le pharmacien servant alors de témoin.

1. Les médicaments cardio-vasculaires

Au centre hospitalier "A", entre 1967 et 1970, le pharmacien a fait une étude dans le but de réduire le nombre de prescriptions pour des médicaments cardio-vasculaires avec le résultat suivant: une réduction du nombre de prescriptions de cette classe de médicaments de l'ordre de 70% (Tableau VII) entre 1972 et 1982 (en 1968, 30 patients sur 30 recevaient des médicaments cardio-vasculaires.

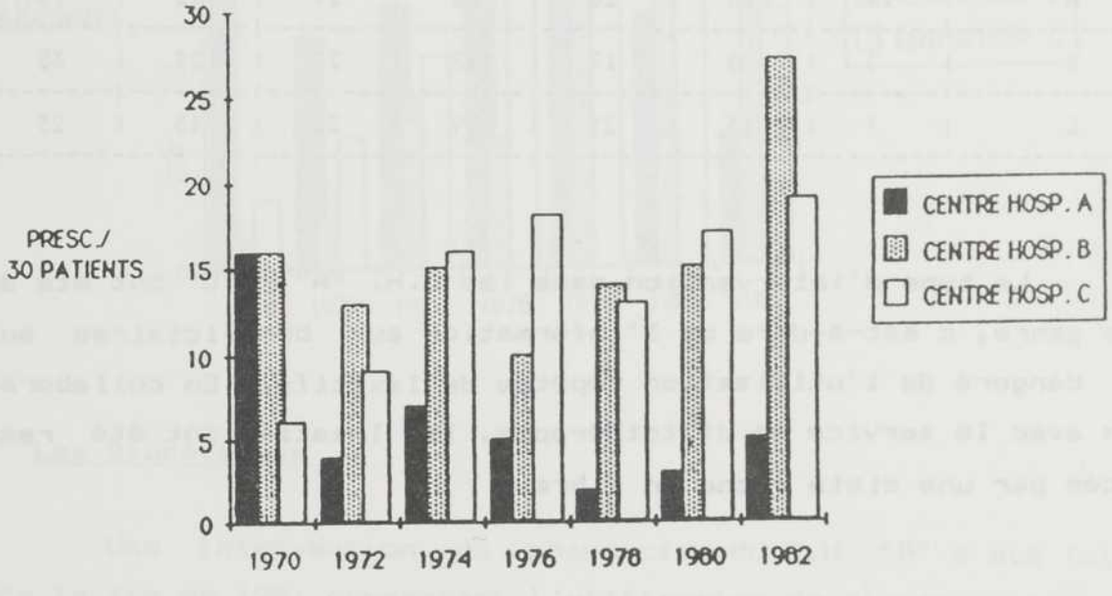
Les deux autres centres hospitaliers, soit "B" et "C", où aucune intervention n'a été pratiquée et où il n'y a pas eu de diminution de prescriptions de médicaments cardio-vasculaires ont servi de témoins.

Tableau VII
Nombre de prescriptions cardio-vasculaires pour 30 patients.

HOPITAL	ANNEE						
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982
A	16	4	7	5	2	3	5
B	16	13	15	10	14	15	27
C	6	9	16	18	13	17	19

Après avoir démontré aux médecins traitants par l'entremise du comité de pharmacologie et la publication de bulletins spécifiques l'inefficacité de certains produits, le pharmacien a retiré ces derniers du formulaire du centre hospitalier.

Figure 7
Nombre de prescriptions de médicaments cardiovasculaires /30 patients



2. Les laxatifs.

Les pharmaciens de deux centres hospitaliers sont intervenus pour l'utilisation de médicaments laxatifs, soit au C.H. "A" de 1979 à 1981 et au C.H. "C" de 1980 à 1982; le C.H. "B" n'a exercé aucune intervention pour cette classe avant 1982 et sert alors de témoin (Tableau VIII).

C.H. "A" : réduction de 48%

C.H. "B" : réduction de 42%

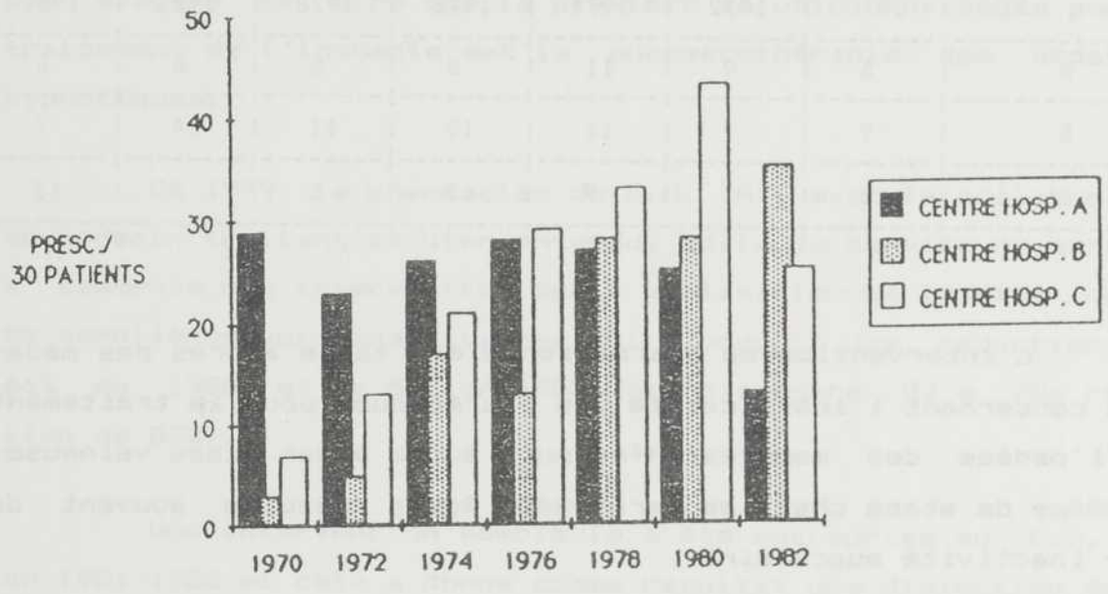
C.H. "C" : aucune réduction; même une augmentation de 25%.

Tableau VIII
Nombre de prescriptions de laxatifs/30 patients.

HOPITAL	ANNEE						
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982
A	29	23	26	28	27	25	13
B	3	5	17	13	28	28	35
C	7	13	21	29	33	43	25

Le type d'intervention dans les C.H. "A" + "C" ont été du même genre, c'est-à-dire de l'information aux bénéficiaires sur les dangers de l'utilisation répétée de laxatifs. En collaboration avec le service de diétothérapie, les laxatifs ont été remplacés par une diète riche en fibres.

Figure 8
Nombre de prescriptions de laxatifs/30 patients



3. Les diurétiques

Une intervention du pharmacien du C.H. "B" a été faite vers la fin de 1981 concernant l'utilisation de diurétiques pour le traitement de l'oedème de stase avec comme résultat une diminution de 50% de la prescription de diurétiques (Tableau IX).

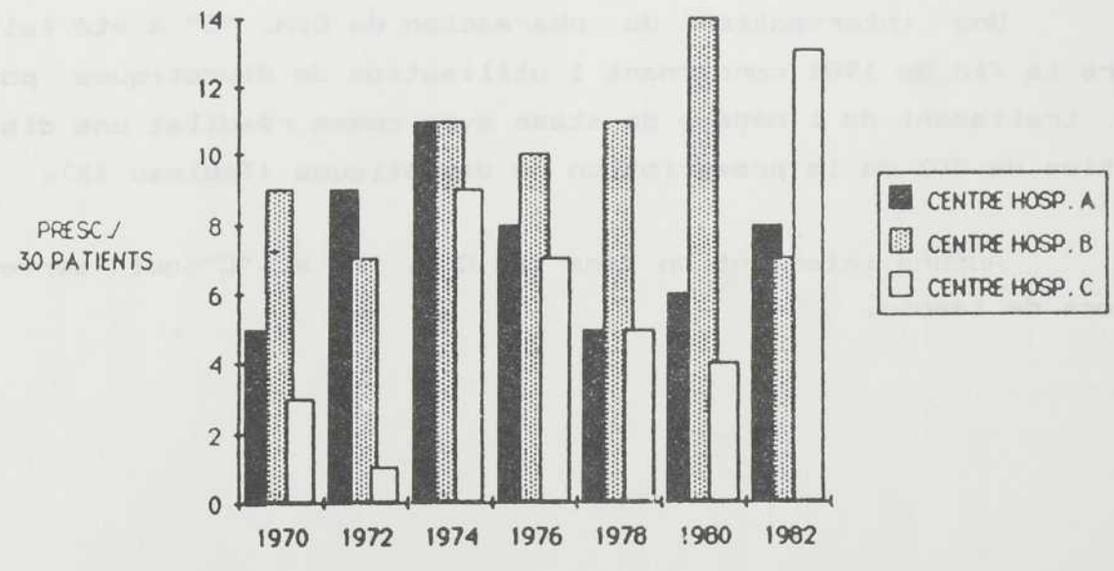
Aucune intervention dans les C.H. "A" et "C" qui servent alors de témoin.

Tableau IX
Nombre de prescriptions de diurétiques/30 patients.

HOPITAL	ANNEE						
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982
A	5	9	11	8	5	6	8
B	9	7	11	10	11	14	7
C	3	1	9	7	5	4	13

L'intervention du pharmacien a été faite auprès des médecins concernant l'inefficacité des diurétiques pour le traitement de l'oedème des membres inférieurs suite à une stase veineuse. L'oedème de stase chez les personnes âgées résulte souvent de leur inactivité musculaire.

Figure 9
Nombre de prescriptions de diurétiques/30 patients



4. Les sédatifs-hypnotiques

Le problème de l'insomnie est un phénomène presqu'aussi important que la constipation chez la personne âgée. Il n'est pas exagéré de dire que la première solution envisagée pour le traitement de l'insomnie est la pharmacothérapie des sédatifs-hypnotiques.

En 1979, le pharmacien du C.H. "A", avec la collaboration du médecin traitant et bien entendu, celle du service du nursing, a commencé une intervention sur l'utilisation et la distribution de somnifères aux bénéficiaires qui a produit des réductions de 66% en 1980 et de 50% en 1982 (si on compare '82 à '78: réduction de 83%).

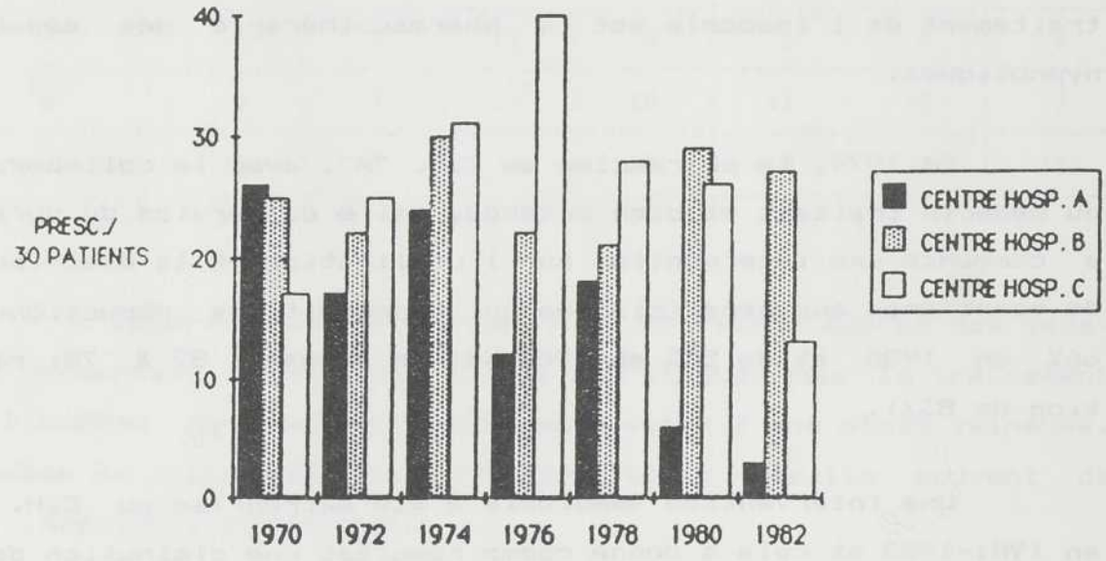
Une intervention semblable a été entreprise au C.H. "C" en 1981-1982 et cela a donné comme résultat une diminution de 50% dans la prescription de médicaments sédatifs-hypnotiques.

Aucune intervention du pharmacien pour cette classe de médicaments au C.H. "B" qui a servi de témoin (Tableau X).

Tableau X
Nombre de prescriptions de sédatifs-hypnotiques/30 patients.

HOPITAL	ANNEE						
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982
A	26	17	24	12	18	6	3
B	25	22	30	22	21	29	27
C	17	25	31	40	28	26	13

Figure 10
Nombre de prescriptions de sédatifs-hypnotiques/ 30 patients



4. Les sédatifs-hypnotiques

Le problème de l'insomnie est un phénomène presqu'aussi important que la constipation chez la personne âgée. Il n'est pas exagéré de dire que la première solution envisagée pour le traitement de l'insomnie est la pharmacothérapie des sédatifs-hypnotiques.

En 1979, le pharmacien du C.H. "A", avec la collaboration du médecin traitant et bien entendu, celle du service du nursing, a commencé une intervention sur l'utilisation et la distribution de somnifères aux bénéficiaires qui a produit des réductions de 66% en 1980 et de 50% en 1982 (si on compare '82 à '78: réduction de 83%).

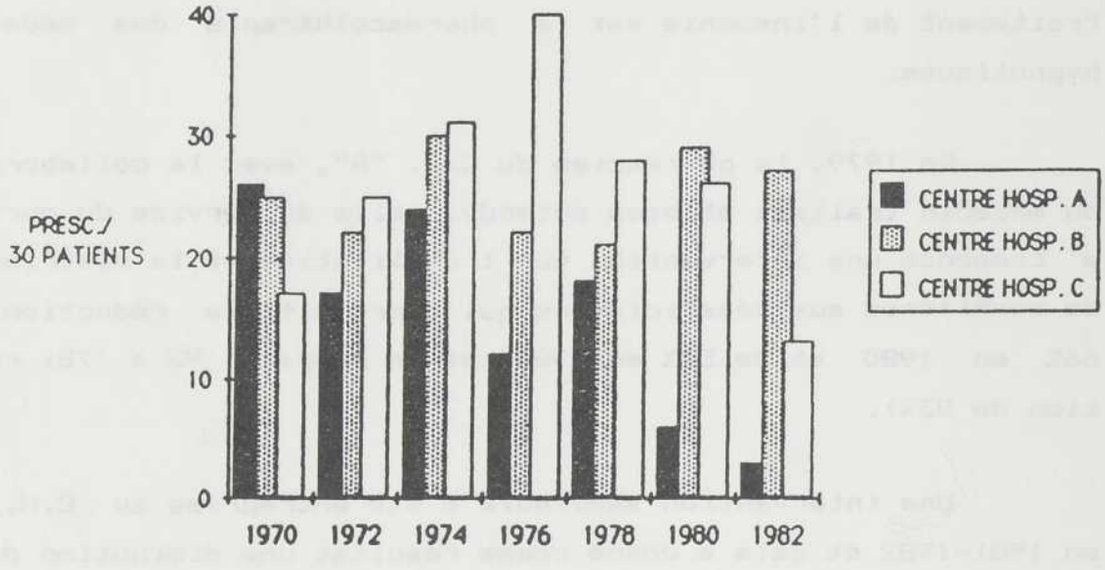
Une intervention semblable a été entreprise au C.H. "C" en 1981-1982 et cela a donné comme résultat une diminution de 50% dans la prescription de médicaments sédatifs-hypnotiques.

Aucune intervention du pharmacien pour cette classe de médicaments au C.H. "B" qui a servi de témoin (Tableau X).

Tableau X
Nombre de prescriptions de sédatifs-hypnotiques/30 patients.

HOPITAL	ANNEE						
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1982
A	26	17	24	12	18	6	3
B	25	22	30	22	21	29	27
C	17	25	31	40	28	26	13

Figure 10
Nombre de prescriptions de sédatifs-hypnotiques/ 30 patients



En conclusion, l'intervention spécifique du pharmacien semble un moyen efficace pour diminuer le nombre de médicaments prescrits. Nous poursuivons cette recherche dans le but d'évaluer si des facteurs externes (publicité, formulaires, etc...) peuvent aussi influencer la consommation de médicaments chez les bénéficiaires en C.H.S.L.D.

Il nous semble que l'arrêt d'une médication est aussi importante que l'instauration de son utilisation. Malheureusement, chez la personne âgée, la polypharmacothérapie est presque synonyme de polypathologie. La cessation d'une thérapie médicamenteuse est rarement envisagée par le médecin traitant qui a tendance à souscrire à la "prescription à vie", c'est-à-dire prescrit un jour, prescrit pour toujours.

PROFIL D'AUTONOMIE FONCTIONNELLE DES PERSONNES AGEES HEBERGEES EN INSTITUTION

Réjean Hébert, M.D., C.M.F.C.
Angèle Bilodeau, Bsc.

Il existe au Québec actuellement trois grands types d'institutions qui se différencient par leur structure administrative, le type de services fournis aux bénéficiaires et le personnel qui s'y retrouve. Les pavillons sont de petits établissements regroupant moins de trente bénéficiaires qui fournissent aux pensionnaires des services surtout hôteliers. Ils sont sous la tutelle administrative d'un centre d'accueil dont une infirmière assure un suivi hebdomadaire des bénéficiaires. Le centre d'accueil d'hébergement (CAH) est un établissement qui regroupe un nombre variable de bénéficiaires pouvant aller jusqu'à quelques centaines. On y retrouve, en plus des services hôteliers, un personnel infirmier qui prodigue à la clientèle des soins de base (hygiène, entretien...) de même que certains soins spécialisés. Les soins prolongés (SP) sont des structures intra-hospitalières que l'on retrouve, soit dans des centres hospitaliers de soins de courte durée ou des centres hospitaliers de soins de longue durée. On retrouve dans ce type de structure les services habituellement fournis par l'hôpital incluant les soins infirmiers spécialisés, ce qui implique ainsi un personnel plus varié et plus nombreux.

Les services offerts par ces trois genres d'institutions étant très différents, nous devrions retrouver à l'intérieur de chacun de ces types d'établissements des clientèles différentes de par leur niveau d'autonomie fonctionnelle.

Le but de cette étude est de déterminer si ces trois types d'institutions se distinguent selon le profil d'autonomie des personnes qui y sont hébergées. L'étude vise également à vérifier si à l'intérieur d'un type d'institution donnée (centre d'accueil), le profil d'autonomie des bénéficiaires est homogène.

Matériel et méthodes:

Pour réaliser cette étude, nous avons evalué les clientèles de trois pavillons pour personnes âgées (N=38), trois centres d'accueil d'hébergement (N=135) et une unité de soins prolongés (N=58) de la région de Lévis sur la rive sud de Québec. Ces établissements n'ont pas été choisis au hasard, mais selon leur disponibilité à collaborer à notre étude. Toutefois, l'unité de soins prolongés de notre échantillon regroupe la grande majorité des bénéficiaires de soins prolongés de la région de Lévis. De plus, les centres d'accueil et pavillons participant à l'étude collaborent à un mécanisme régional d'admission et possèdent les mêmes critères d'admission.

L'évaluation des bénéficiaires a été faite par quatre infirmières qui sont les directrices des soins infirmiers des trois centres d'accueil et de l'unité des soins prolongés. L'évaluation de l'autonomie des bénéficiaires était faite au moyen du "système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)" (1). Cet instrument évalue vingt fonctions regroupées en quatre secteurs:

activités de la vie quotidienne (A.V.Q.), mobilité, communication et fonctions mentales. Pour chacune de ces fonctions, l'évaluateur doit coter le bénéficiaire selon quatre niveaux d'autonomie répondant à des critères précis élaborés d'après le schéma général suivant: 0= autonome, 1= besoin de surveillance ou stimulation, 2= besoin d'aide, 3= dépendant. La fidélité inter-observateur et la validité de cet instrument ont été démontrées (2). Une forte corrélation existe entre le score total obtenu au moyen de cet instrument et la mesure du temps de soins infirmiers requis. L'équation de cette droite de régression est: $y=3.74\ x$, où y est le temps de soins en minutes et x l'indice global SMAF.

Dans cette étude, nous avons appliqué le SMAF à l'analyse de l'autonomie du groupe d'individus d'après la méthodologie développée par Attali dans le système GERONTE (3). Le SMAF-GROUPE établit ainsi pour chacune des fonctions le score moyen du groupe d'individus évalué et l'étalement à plus ou moins un écart-type ($\pm$ 1 D.S.). On peut aussi regrouper les fonctions et obtenir des scores moyens par secteur d'activités et un indice global moyen. Cette méthodologie permet de comparer des groupes d'individus entre eux. L'interprétation statistique des résultats est réalisée au moyen du test non paramétrique de Wilcoxon (4).

Résultats

Le tableau 1 montre la distribution de l'échantillon suivant l'âge, le sexe et le type d'institution. L'échantillon était composé d'une majorité de femmes, bien qu'en soins prolongés cette tendance s'atténue. La population des CAH est significativement plus âgée que celle des soins prolongés ou des pavillons.

Tableau 1

DISTRIBUTION AGE-SEXE DE L'ECHANTILLON

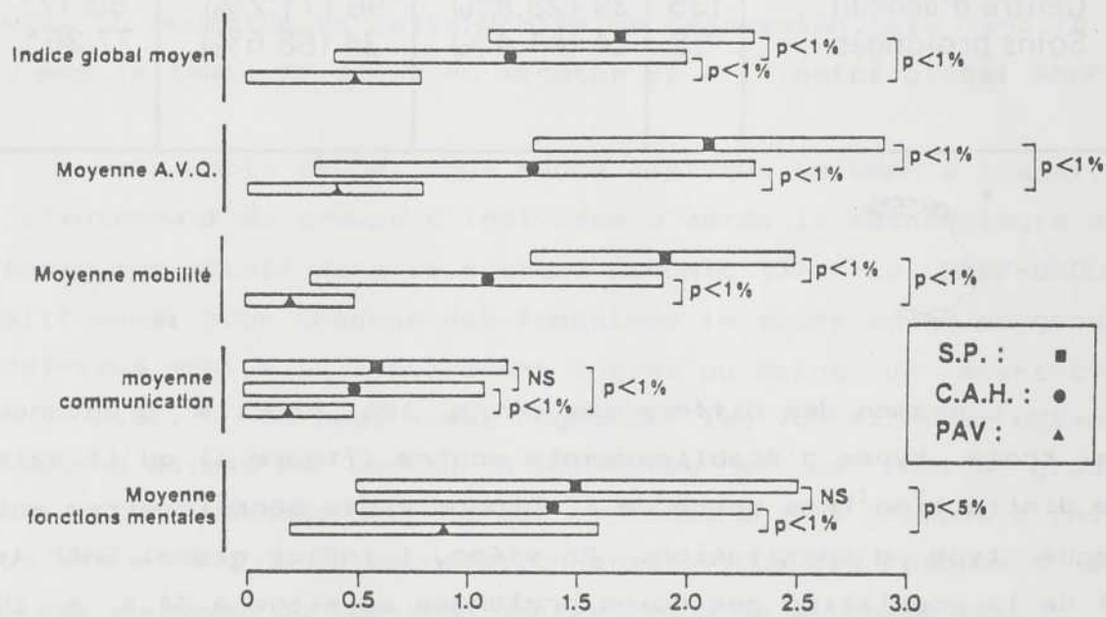
	N	Sexe		Age
		♂	♀	
Pavillon	38	15 (39.5%)	23 (60.5%)	72.95*
Centre d'acceuil	135	39 (28.8%)	96 (71.2%)	82.17*
Soins prolongés	58	24 (41.4%)	34 (58.6%)	77.36*

* $p<5\%$

L'examen des différences entre les profils d'autonomie des trois types d'établissements montre (figure 1) qu'il existe une distinction très nette de l'autonomie des bénéficiaires entre chaque type d'institution. En effet, l'indice global SMAF (sur 60) de la population des soins prolongés se situe à 34.4 ± 12.0 pour un indice moyen de 1.7, alors que celle du centre d'accueil se situe à 23.6 ± 15.4 (indice moyen: 1.2) et celle des pavillons à 9.5 ± 6.1 (indice moyen: 0.5). La différenciation entre établissements est surtout évidente au niveau des activités de la vie quotidienne et de la mobilité. Entre centres d'accueil et soins prolongés les fonctions mentales et les fonctions de communications ne sont toutefois pas significativement différentes.

On constate de plus qu'il existe un chevauchement de l'autonomie des bénéficiaires des centres d'accueil par rapport à celle des bénéficiaires en pavillon et en soins prolongés.

Figure 1



PROFILS D'AUTONOMIE DES BÉNÉFICIAIRES HÉBERGÉS SELON LE TYPE D'INSTITUTION

L'analyse détaillée des profils d'autonomie montre (figure 2a) qu'au niveau des activités de la vie quotidienne, les différences inter-établissements sont très importantes, sauf pour la fonction "se nourrir" où les clientèles des centres d'accueil et des soins prolongés se ressemblent. On observe de plus que la clientèle des pavillons ne présente des incapacités qu'au niveau des fonctions d'entretien et d'hygiène, les autres fonctions étant accomplies de façon relativement autonome.

Les fonctions de mobilité (figure 2b) se différencient très nettement entre les divers types d'établissement, sauf pour la fonction "installer la prothèse ou l'orthèse" qui semble tout à fait indépendante du type de structure d'hébergement. Au niveau des fonctions de communication (figure 2c), seule la parole semble être un facteur différenciant les établissements. Finalement, les fonctions mentales (figure 2d) ne montrent pas de différence entre soins prolongés et centres d'accueil. La clientèle des pavillons se différencie toutefois des deux autres à tous les niveaux, sauf pour le jugement.

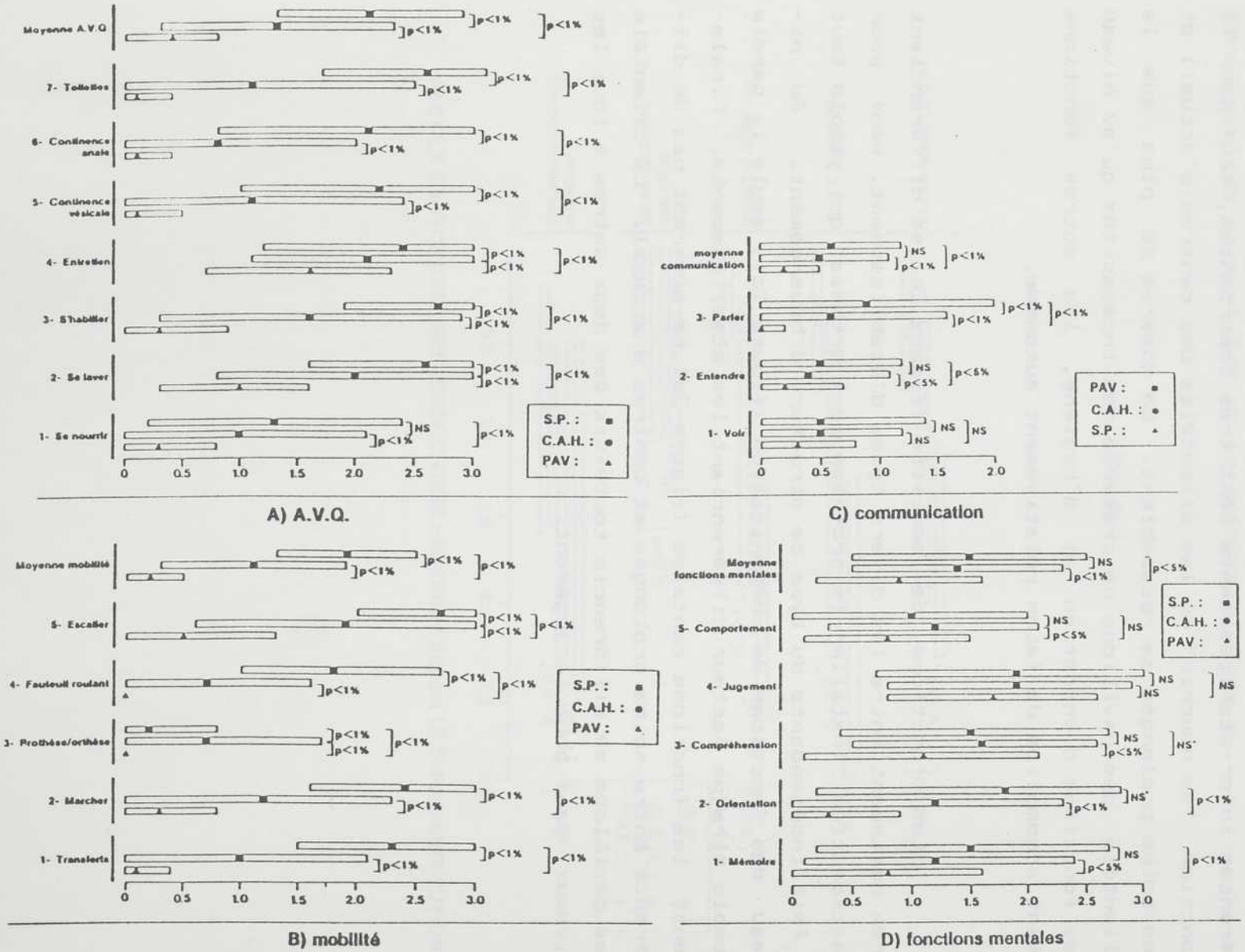
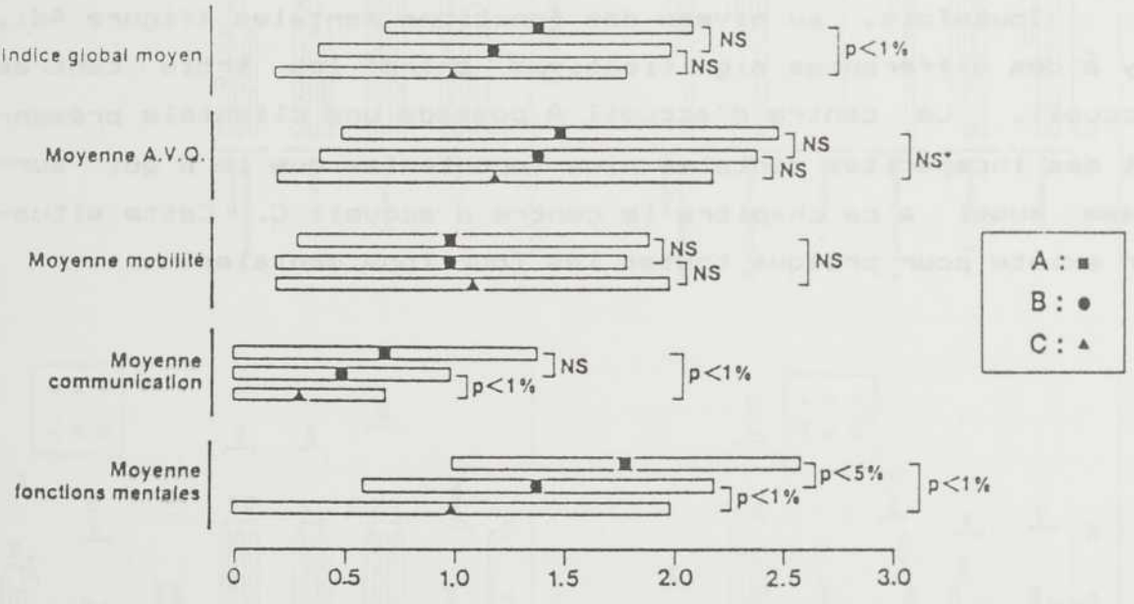


Figure 2

PROFILS D'AUTONOMIE DES BÉNÉFICIAIRES HÉBERGES SELON LE TYPE D'INSTITUTION

L'analyse des profils d'autonomie de la clientèle des trois centres d'accueil (figure 3) montre que ceux-ci sont relativement homogènes, sauf au niveau des fonctions mentales. Globalement toutefois, la différence entre la clientèle du centre d'accueil A et celle du centre d'accueil C est significative à 1%. Cependant cette différence significative s'explique surtout par la différenciation au niveau des fonctions mentales.

Figure 3

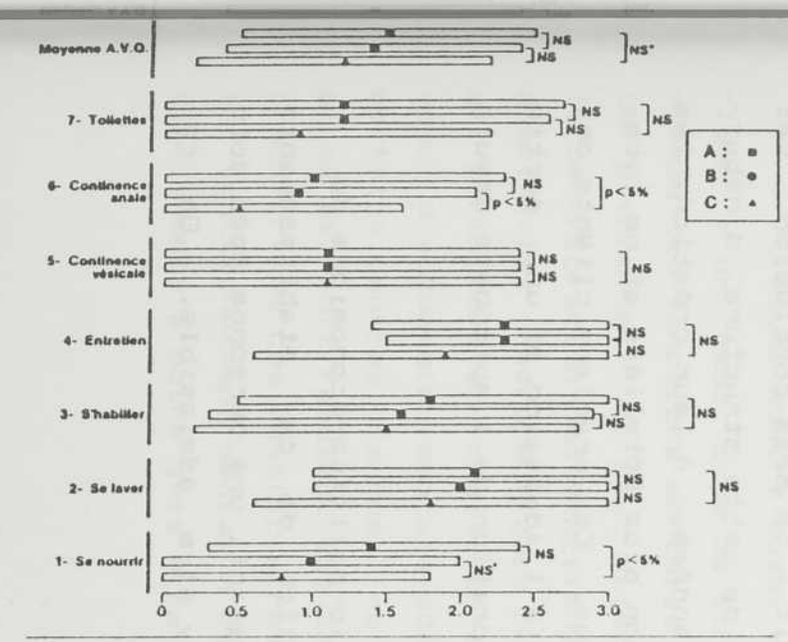


PROFILS D'AUTONOMIE DES BÉNÉFICIAIRES DE TROIS CENTRES D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT

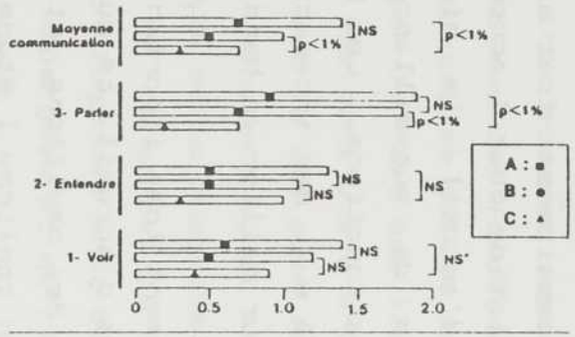
PROFILS D'AUTONOMIE DES BENEFICIAIRES HEBERGES SELON LE TYPE D'INSTITUTION

L'analyse détaillée des profils d'autonomie montre qu'au niveau des activités de la vie quotidienne (figure 4a) les trois centres d'accueil ont des clientèles homogènes, sauf pour la fonction "se nourrir" où des différences significatives existent entre les centres d'accueil A et C. Pour la mobilité (figure 4b), les clientèles sont aussi homogènes, sauf pour l'utilisation des escaliers où il existe des différences significatives entre les centres d'accueil A et C. De même, au niveau des fonctions de communications (figure 4c) où la parole semble être un facteur différentiel.

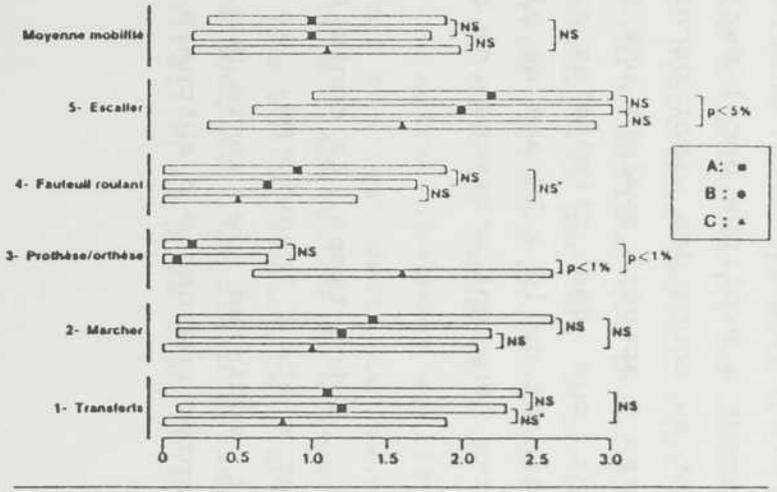
Toutefois, au niveau des fonctions mentales (figure 4d), il y a des différences significatives entre les trois centres d'accueil. Le centre d'accueil A possède une clientèle présentant des incapacités mentales plus importantes que le B qui surclasse aussi à ce chapitre le centre d'accueil C. Cette situation existe pour presque toutes les fonctions mentales.



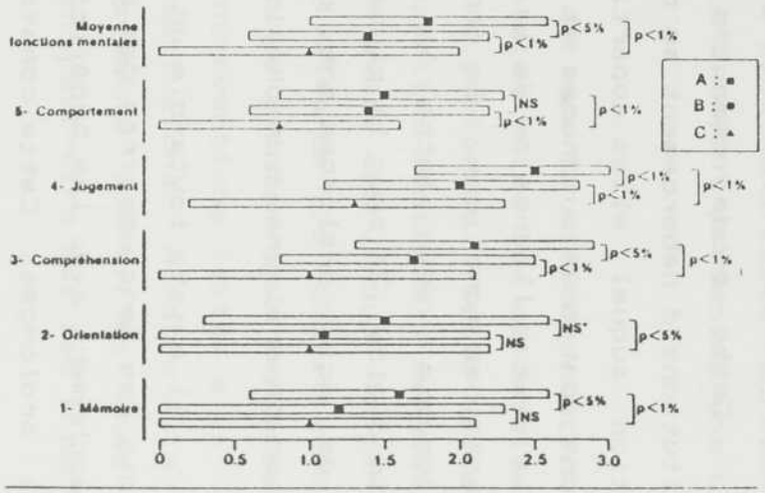
A) A.V.Q.



C) communication



B) mobilité



D) fonctions mentales

Figure 4

PROFILS D'AUTONOMIE DES BÉNÉFICIAIRES DES TROIS CENTRES D'ACCUEIL D'HÉBERGEMENT

Discussion

Cette étude démontre que l'autonomie des clientèles des institutions d'hébergement se différencie d'après le type d'institution auquel elles appartiennent. Les bénéficiaires des pavillons sont très autonomes et ne nécessiteront tout au plus que de la surveilllance ou de la stimulation pour l'accomplissement de certaines fonctions. En centre d'accueil, le niveau moyen d'autonomie varie entre le besoin de surveillance (1) et le besoin d'aide (2) pour la plupart des fonctions. Les bénéficiaires de soins prolongés ont, quant à eux, des incapacités requérant en général une aide physique pour pallier au handicap.

Il existe toutefois un étalement très important de l'autonomie des pensionnaires des centres d'accueil, ce qui induit un chevauchement avec les bénéficiaires des pavillons et ceux des soins prolongés. Cette constatation confirme l'étude de Sicotte (5) qui, en utilisant un instrument de mesure du temps de soins infirmiers requis (CTMSP), en arrivait à la même conclusion. Cet étalement s'explique par l'évolution de cette structure d'hébergement au cours des vingt dernières années. A leur création, les centres d'accueil avaient une vocation plus hôtelière et ne recevaient que des clientèles autonomes. Ces premiers clients ont maintenant de 10 à 20 ans de plus qu'à l'admission et une partie d'entre eux ont présenté une détérioration de l'autonomie depuis lors.

Entre-temps, le contexte socio-politico-économique du Québec s'étant transformé, la vocation de ces établissements s'est modifiée de sorte que maintenant, une personne âgée doit présenter une perte d'autonmie pour y être admissible. On re-

trouve alors deux clientèles dans ces établissements: l'une plus autonome héritée du passé; l'autre plus handicapée représentant les nouvelles admissions et les clients ayant présentés une détérioration.

L'autre élément observé est que la différenciation est absente au niveau des fonctions mentales entre les clientèles des centres d'accueil et celles des soins prolongés. Cette situation s'explique par le fait que les incapacités mentales n'exigent pas de façon obligatoire une charge de travail accrue pour le personnel comme c'est le cas pour les activités de vie quotidienne ou la mobilité. Toutefois, il convient de s'interroger sérieusement sur la qualité et la quantité des interventions faites à ce chapitre par le personnel de ces institutions. A notre avis, les besoins psychologiques sont beaucoup moins identifiés chez les clientèles hébergées et ne reçoivent peut-être pas les interventions appropriées.

L'étude montre aussi une certaine hétérogénéité à l'intérieur d'un même type de structures d'hébergement, notamment au niveau des fonctions mentales. Deux hypothèses peuvent expliquer ce phénomène. Il peut exister certains milieux qui préviennent la détérioration des fonctions mentales, soit par des programmes d'activités thérapeutiques ou d'autres facteurs environnementaux qui permettent aux individus qui y résident de conserver un niveau d'autonomie mentale adéquat. L'autre hypothèse serait que certains centres d'accueil ne tolèrent pas les déficits mentaux et ainsi, soit refusent ces candidats à l'admission ou exigent un transfert de ces bénéficiaires dans une autre ressource lorsque le fonctionnement mental n'est plus adéquat. Ce biais de sélection semble à notre avis être l'explication la plus plausible.

Conclusion

Cette étude démontre que, bien qu'il existe des chevauchements, l'autonomie des clientèles hébergées se différencie selon le type d'établissement auquel elles appartiennent. Toutefois, cette distinction s'estompe au niveau des fonctions mentales entre les clientèles des centres d'accueil et des soins prolongés. De plus, à ce niveau, il existe une certaine hétérogénéité des clientèles d'un centre d'accueil à un autre.

Ces constatations soulignent la nécessité de définir plus précisément les critères d'admission de chaque type d'établissement en regard du fonctionnement mental car les incapacités mentales exigent elles aussi une approche spécifique tant au niveau des équipements que des ressources humaines.

Cette étude démontre enfin l'utilité de la méthodologie qui y est utilisée pour vérifier les résultats d'une intervention. En effet, une étude longitudinale utilisant cette méthodologie permettrait d'observer si une intervention modifie l'autonomie des clientèles. Par exemple, l'instauration d'un système de coordination régionale des admissions devrait améliorer l'homogénéité de chaque type de structures d'hébergement et augmenter la différenciation des divers types d'établissements entre eux. Une étude de ce type menée avant l'opération et après la mise en place d'un tel système devrait vérifier si cette intervention a eu les effets escomptés.

Références

1. HEBERT, R., BILODEAU A., CARRIER R., "Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle: description d'un instrument de mesure des handicaps". In Van Eimeren W., Engelbrecht R., Flagle C.D., Third International Conference or System Science in Health Care. Berlin, Springer Verlag, 1984, p. 241-244.

2. HEBERT R., BILODEAU A., CARRIER R., "Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle: étude de validation". In Van Eimeren W., Engelbrecht R., Flagle C.D., Third International Conference or System Science in health Care. Berlin, Springer Verlag, 1984, p. 245-248.

3. ATTALI G., LEROUX R., "Méthode originale d'approche épidémiologique des niveaux d'autonomie de groupes de personnes âgées". Communication présentée à Systed 83, Montréal 1983.

4. LEHMANN, E.L., Non-Parametrics Statistical Methods Based on Ranks. Berkely, University of California, 1975.

5. SICOTTE, C., Evaluation des bénéficiaires en CAH et CHSP, Direction des politiques de santé et de l'évaluation des programmes. Québec, MAS, 1982.

ETUDE DE BESOINS ET IDENTIFICATION DES RESSOURCES POUR L'IMPLANTATION D'UN CENTRE DE JOUR DANS LA M.R.C. BELLECHASSE

Angèle Bilodeau
Claire Laprise
Damien Laliberté

Cette étude a été menée à l'automne 1984 dans cinq municipalités de Bellechasse*. Elle distingue les étapes de l'identification des clientèles, de l'étude des besoins, de la programmation spécifique et de la définition des ressources dans une démarche d'implantation d'un centre de jour.

1. Présentation du centre de jour de Bellechasse.

La politique du ministère des Affaires sociales (13) définit le centre de jour comme un service qui s'adresse à une clientèle âgée en perte d'autonomie vivant à domicile. Le bassin minimum de population visée par ce type de ressource est établi à 5% (13) des 65 ans et plus. La M.R.C. Bellechasse compte 3,380 personnes de 65 ans et plus réparties en 18 municipalités. La dispersion géographique de cette population nécessite le développement d'un modèle itinérant (4) de centre de jour. Le modèle développé en cinq points de service permet d'atteindre 45% de la population âgée. Un processus de concertation sous-régionale des établissements de santé est à la base des démarches de planification et d'intervention concourant à l'implantation du centre de jour.

---

*Municipalité régionale de comté Bellechasse située sur la rive sud de Québec.

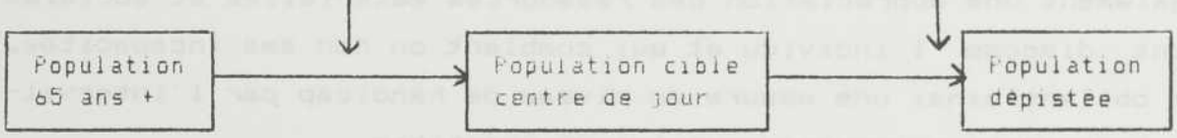
2. Méthodologie

2.1 Identification de la clientèle du centre de jour.

Un dépistage sélectif à partir d'indicateurs tirés de la littérature (1, 4, 5, 13) nous fournit la clientèle cible du centre de jour à partir de laquelle sera réalisée l'étude de besoin. Le schéma suivant présente les indicateurs et la façon de les opérarationnaliser selon la réalité socio-culturelle du milieu.

SCHEMA 1: MODELE DE DEPISTAGE PAR INDICATEURS

INDICATEURS	MOYENS D OPERATIONNALISATION
1. Personne à domicile presentant une perte d autonomie - physique - psychique - sociale	- informateurs-cle - cure - medecin - notaire - club d age d or - C.A.H. - C.L.S.C.
Necessite une intervention - traitement - readaptation - prevention	- liste d attente des C.H.H. du territoire
2. Clientele en attente d hebergement	



L'opération de dépistage est considérée comme complétée lorsqu'il y a saturation: 218 personnes ont été dépistées, soit un taux de 14.5% de la population des 65 ans et plus des 5 municipalités visées.

2.2 Evaluation des besoins des personnes dépistées.

L'évaluation des personnes âgées a été faite selon la méthodologie (8) et avec la grille d'évaluation du "système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)" (7).

Cet instrument s'appuie sur la conception de la santé qui sous-tend la classification des déficiences, incapacités et handicaps proposée par l'Organisation mondiale de la santé (15, 16). Le SMAF comporte une grille d'évaluation qui mesure au moyen d'échelles semi-quantitatives le degré d'incapacité de l'individu (autonomie, besoin de surveillance, besoin d'aide, dépendance) pour 29 fonctions couvrant les cinq secteurs fondamentaux de l'autonomie (activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales, tâches domestiques). Le SMAF comporte également une appréciation des ressources matérielles et sociales dont dispose l'individu et qui comblent ou non ses incapacités. On obtient ainsi une mesure du niveau de handicap par l'intervalle incapacité-ressource pour les 29 fonctions.

Un questionnaire a été ajouté relativement à l'état général de santé et à certains aspects de la dynamique familiale et de voisinage de l'individu. Trois indicateurs de santé mentale ont été considérés en intégrant une échelle de mesure de l'anxiété, de la dépression et de la stabilité émotionnelle (6).

Sur les 218 personnes dépistées, 170 ont été évaluées dans le cadre de la démarche de planification. Les 48 autres ont pu l'être dans le cadre de l'attribution des plans de services.

2.3 Analyse de besoins

L'analyse de regroupement réalisée à partir des profils d'autonomie des personnes âgées permet d'identifier des groupes homogènes de clients caractérisés par une gamme spécifique de besoins. C'est sur cette base que sera élaborée la programmation du centre de jour.

Les profils d'autonomie fournis par le SMAF sont établis selon deux axes d'information: les 29 fonctions et les 4 niveaux d'incapacité. Ils seront regroupés selon les 5 secteurs fondamentaux de l'autonomie et selon deux pôles d'incapacité: l'autonomie et l'incapacité.

3. Présentation des résultats.

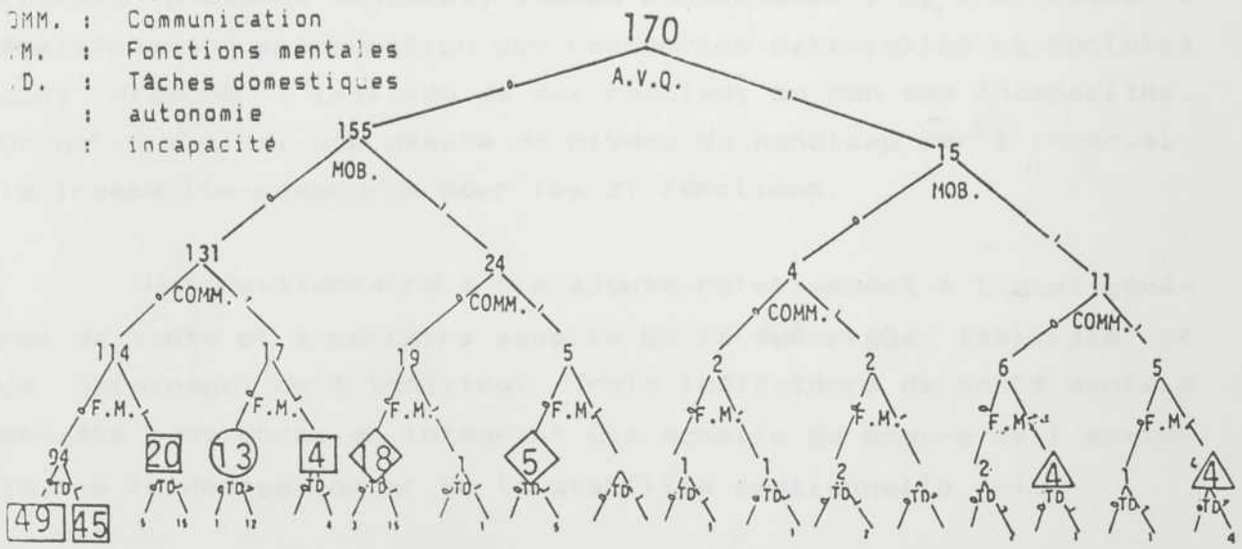
3.1 Analyse des groupes homogènes.

La distribution des 170 personnes évaluées selon le modèle d'analyse de regroupement nous permet de circonscrire 6 groupes homogènes de besoins (schéma 2). Ce regroupement inclut 95.2% de la population étudiée et permet de distinguer les groupes de clients 1,2, 3 et 4 qui sont concernés spécifiquement par la vocation thérapeutique du centre de jour. Les groupes 5 et 6 correspondent davantage à une pro- blématique de maintien à domicile. L'annexe I détaille le profil d'autonomie de la population évaluée pour les 29 fonctions.

SCHEMA 2: CENTRE DE JOUR DE BELLECHASSE
DISTRIBUTION DE LA POPULATION DEPISTEE EN FONCTION DES 5 SECTEURS DE L'AUTONOMIE DU SMAF.

egende:

.V.D.: Activités de la vie quotidienne
OB. : Mobilité
OMM. : Communication
.M. : Fonctions mentales
.D. : Tâches domestiques
: autonomie
: incapacité



	PROFIL SPECIFIQUE D'INCAPACITE	LOCALISATION DANS LE SCHEMA		
Groupe 1	Fonctions mentales	20	+ 4	personnes
Groupe 2	Mobilité	18	+ 5	personnes
Groupe 3	Communication	13	personnes	
Groupe 4	A.V.Q. + mob. + fonc.mentales	4	+ 4	personnes
Groupe 5	Tâches domestiques	45	personnes	
Groupe 6	Autonomie	49	personnes	

3.2 Programmation spécifique.

S'inspirant d'une approche globale et intégrée de la santé, l'objectif général du centre de jour est de supporter la personne âgée dans une démarche de compréhension de ses capacités réelles, d'intégration des enseignements préventifs et d'application de programmes d'adaptation-réadaptation.

De manière spécifique, l'opération consiste à traduire en objectifs les besoins caractéristiques de chaque système-client que l'analyse des groupes homogènes nous a permis de dégager. Nous nous sommes référés pour ce faire aux données de la population totale évaluée afin d'avoir une vision plus étendue de chaque problématique. Le système-client fait référence au groupe de personnes pré-identifiées présentant un profil relativement homogène de besoins et avec lequel nous produirons un ou des résultats. Les objectifs spécifiques de chaque système-client couvrent cinq zones de performance, soit l'évalution, l'intervention individuelle, l'intervention collective, les avis et conseils, le programme à domicile.

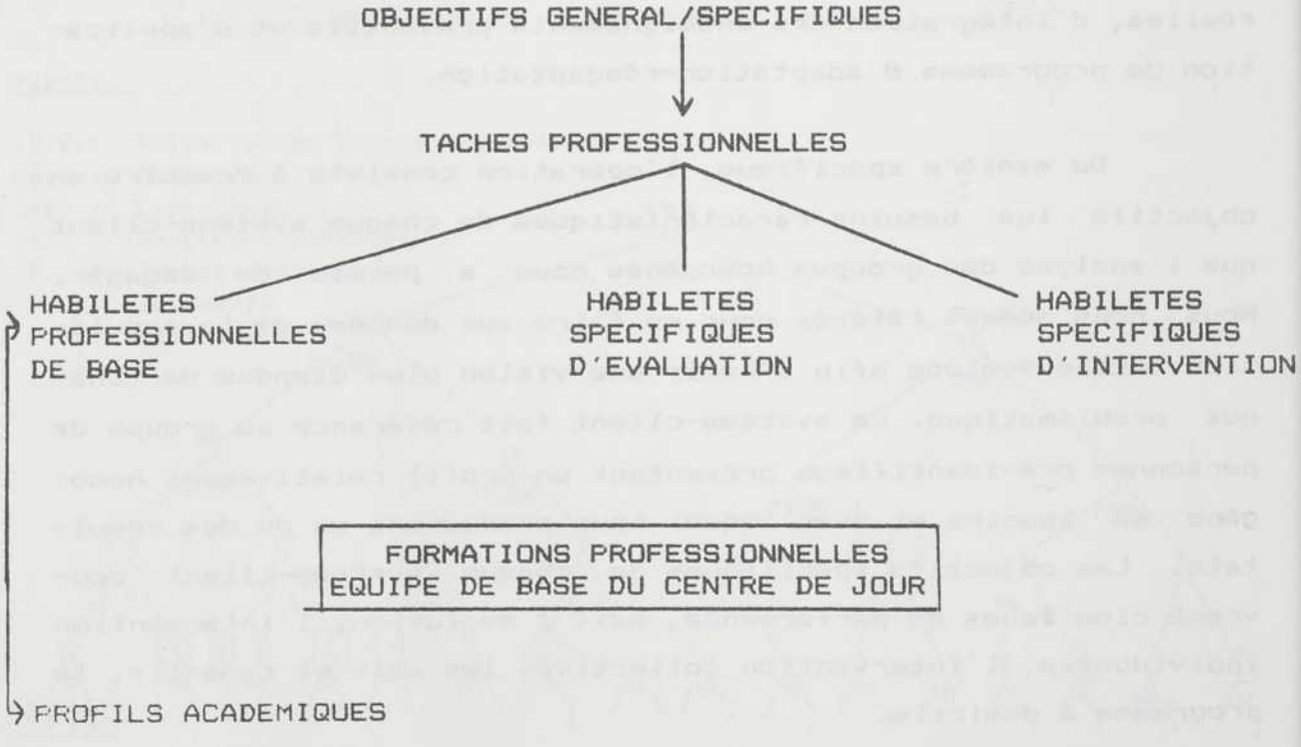
4. Identification des ressources.

Dégagée de l'analyse des besoins, la programmation spécifique conduit à l'étape finale de la démarche de planification, soit l'identification de 3 catégories de ressources: les ressources matérielles et humaines et les activités.

4.1 Les ressources humaines.

La traduction des objectifs général et spécifiques en tâches professionnelles nous amène à dégager 3 types d'habiletés (schéma 3).

SCHEMA 3: RAPPORT ENTRE LES HABILETES SPECIFIQUES ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE



L'interface entre les habiletés spécifiques et les profils de différentes formations académiques nous conduit à la sélection de quatre formations professionnelles que l'on doit retrouver dans l'équipe de base du centre de jour: l'ergothérapie, le service social, l'éducation spécialisée et le nursing.

4.2 Des interventions aux activités

Le centre de jour est un milieu de vie qui aborde les problématiques de perte d'autonomie par l'intervention spécialisée et les interactions inhérentes à la vie de groupe. Les résultats obtenus sont tributaires de la collaboration des personnes âgées.

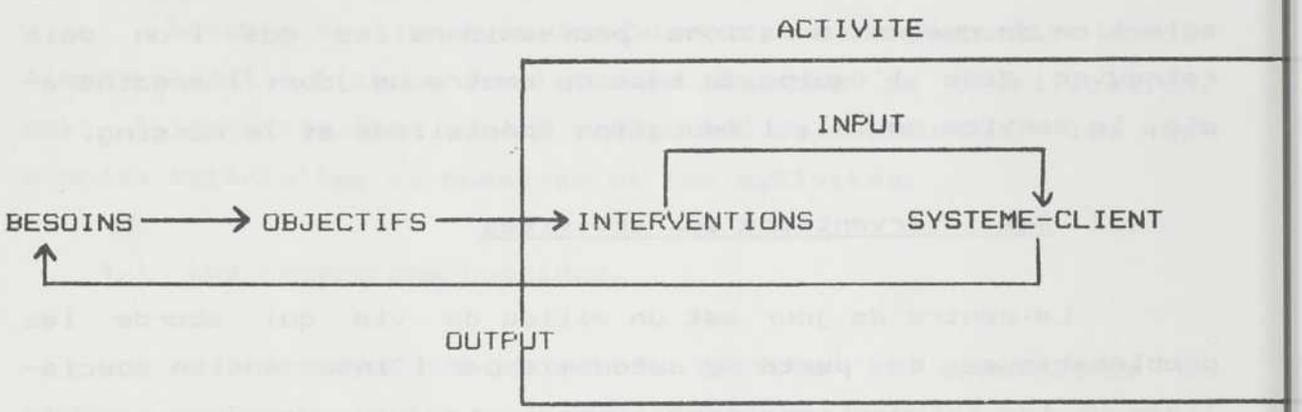
La démarche de prescription des activités repose sur l'étude de besoins et est guidée par la philosophie mise de l'avant au centre de jour. Cette philosophie situe le professionnel comme agent de changement dans le processus d'intégration par la personne âgée de son cheminement d'autonomie.

4.2.1 La prescription d'interventions

La prescription désigne l'exercice de précision des éléments à privilégier pour la spécificité et la personnalisation d'une intervention suite à l'évaluation individualisée des besoins.

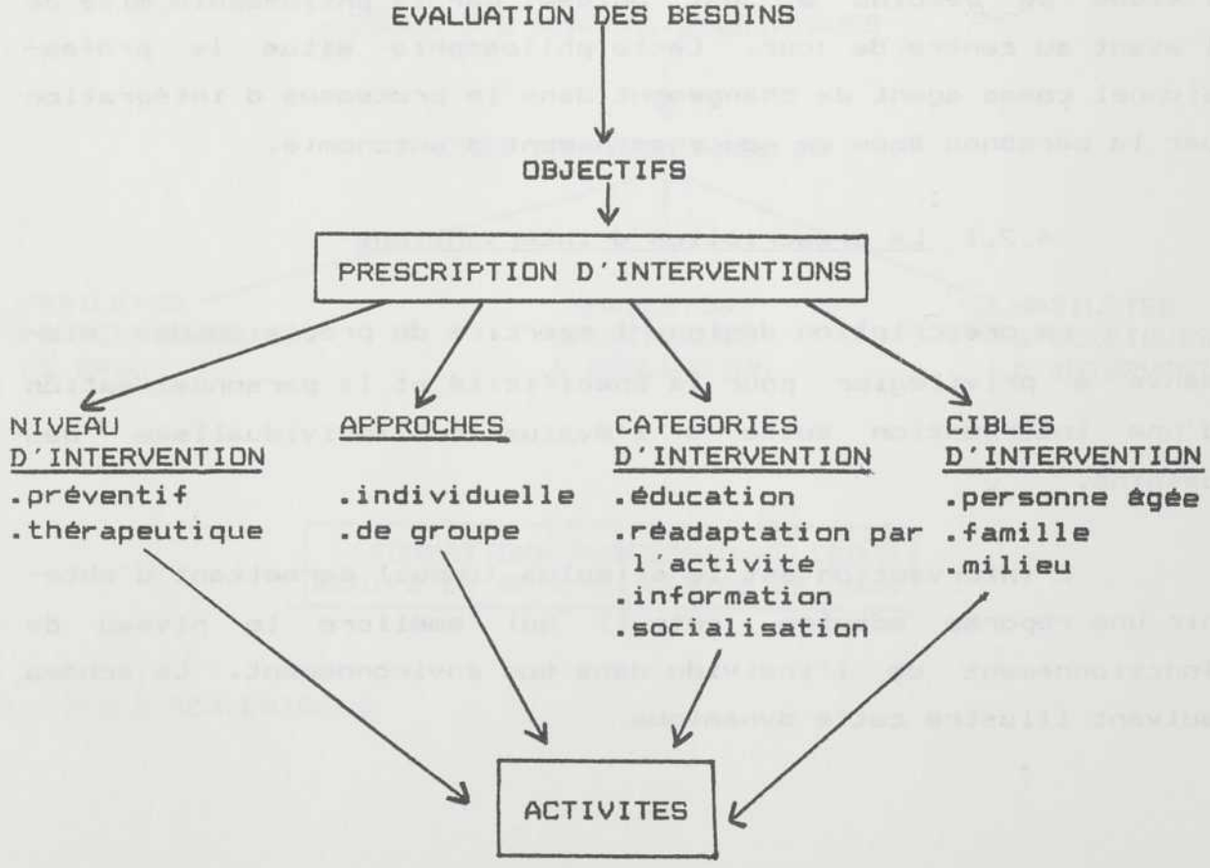
L'intervention est le stimulus (input) permettant d'obtenir une réponse adaptée (output) qui améliore le niveau de fonctionnement de l'individu dans son environnement. Le schéma suivant illustre cette dynamique.

SCHEMA 4: DYNAMIQUE D'INTERVENTION



Les éléments qui servent à préciser l'intervention et à donner à l'activité sa fonction sont détaillés en approche, niveau, catégorie et cible d'intervention dans le schéma suivant:

SCHEMA 5: RAPPORT ENTRE BESOINS, INTERVENTIONS ET ACTIVITES.



4.2.1.1 L'approche

L'approche individuelle est préférée pour le climat de confiance et l'intimité qu'elle permet dans les situations d'évaluation, de soins d'hygiène, etc... L'accent est mis sur la relation praticien-client et l'attention est centrée sur la problématique individuelle.

La situation de groupe favorise la motivation, la valorisation, la stimulation et le support par les pairs. La dynamique est souple, vivante et permet un cheminement individuel par le groupe. La structuration d'un groupe par le praticien permet de supporter une démarche d'intégration et de stimulation.

4.2.1.2 Le niveau d'intervention

Les deux niveaux déterminant l'intensité, la valeur et la durée d'une intervention en centre de jour sont les niveaux préventif et thérapeutique.

La sénescence et les difficultés d'adaptation sont deux indices qui nous permettent de présumer d'une situation de perte d'autonomie dont l'émergence est imminente. Dans de tels cas, la prescription d'une intervention de niveau préventif est à privilégier afin de limiter les séquelles sur le fonctionnement de la personne. A ce même titre, le niveau préventif peut orienter l'intervention sur le maintien du fonctionnement actuel d'un individu.

Une intervention de niveau thérapeutique visera les éléments déficients dont l'amélioration est possible. Le niveau

thérapeutique suppose une démarche d'évaluation et de structuration des médias utilisés; les résultats sont mesurables et s'inscrivent dans un processus d'amélioration du degré d'autonomie fonctionnelle.

Le niveau préventif d'intervention en centre de jour est non restrictif et complémentaire au niveau thérapeutique.

4.2.1.3 Les catégories d'intervention

Les catégories d'intervention qui permettent de répondre aux besoins des systèmes-clients sont les suivantes:

1. éducation
2. réadaptation par l'activité
3. information
4. socialisation.

Ces catégories d'intervention sont caractérisées par les réponses spécifiques qu'elles sont susceptibles de susciter chez la personne âgée.

4.2.1.4 Les cibles d'intervention

Enfin, la prescription de service doit préciser vers qui est dirigée l'intervention. La majorité des interventions s'adressent à la personne âgée mais une partie s'intéresse à la famille et au milieu afin de supporter les ressources ou de consolider les apprentissages des personnes âgées en centre de jour.

4.2.2 Les activités

Le but des activités du centre de jour est d'offrir l'encadrement et les médias nécessaires à l'application des éléments de l'intervention (input). C'est à l'intérieur des étapes de l'activité qui offre support et contrôle que pourront émerger des réponses adaptées (output). Celles-ci s'inscrivent dans un processus de compréhension, d'intégration et d'application d'un programme d'adaptation-réadaptation.

La créativité permet à une équipe d'intervenants de découvrir une variété infinie d'activités. Atelier, groupe cuisine, sorties en forêt, dessin, mime, théâtre, vidéo, A.V.Q., musicothérapie ne sont que quelques exemples d'activités.

L'étude des caractéristiques physiques, psychologiques et sociales d'une activité permet de déterminer les possibilités d'interventions (input) à l'intérieur de son cadre. C'est le besoin évalué chez la personne âgée qui détermine la finalité d'une activité. Cette dernière est choisie en fonction de son potentiel d'expression, des interventions prescrites et des forces et intérêts de la personne âgée.

5. Conclusion

L'apport majeur de cette étude et du processus d'implantation du centre de jour dans la M.R.C. Bellechasse ne réside pas tant dans la méthodologie qui est somme toute une démarche classique de planification. Il est plutôt de deux ordres: premièrement, dans le choix d'un instrument d'évaluation concis qui permet d'établir des profils de besoins et des systèmes-clients spécifiques; deuxièmement

dans le climat de concertation qui a permis l'opérationnalisation en programmes et en ressources des résultats d'une étude de besoins.

ANNEXE

DISTRIBUTION DE LA POPULATION DEPISTEE SELON LE NIVEAU D'INCAPACITE ET L'ETAT DES RESSOURCES PAR FONCTION

FONCTIONS	NIVEAU D'AUTONOMIE								RESSOURCES +		STABILITÉ +	
	0	(%)	1	(%)	2	(%)	3	(%)		(%)		(%)
A.V.Q.												
1. Se nourrir	148	87.1	19	11.2	-	-	3	1.8	20 sur 22		20 sur 20	
2. Se laver	111	65.3	48	28.2	8	4.7	3	1.8	47 sur 59		43 sur 47	
3. S'habiller	144	84.7	11	6.5	11	6.5	4	2.4	25 sur 26		22 sur 25	
4. Entretenir sa personne	150	88.2	10	5.9	7	4.1	3	1.8	14 sur 20		12 sur 14	
5. Continence vésicale	132	77.6	27	15.9	6	3.5	5	2.9	8 sur 38		6 sur 8	
6. Continence anale	159	93.5	9	5.3	-	-	2	1.2	3 sur 11		2 sur 3	
7. Utiliser toilettes	158	92.9	6	3.5	5	2.9	1	0.6	10 sur 12		7 sur 10	
TOTAL A.V.Q **		91.2%		5.9%		1.2%		1.8%		67.5%		88.2%
MOBILITÉ												
1. Transferts	160	94.1	5	2.9	4	2.4	1	0.6	10 sur 10		6 sur 10	
2. Marche intérieur	138	81.2	26	15.3	3	1.8	3	1.8	16 sur 32		13 sur 16	
3. Marche extérieur	83	48.8	13	7.6	13	7.6	61	35.9	7 sur 87		-	
4. Prothèse	166	97.6	4	2.4	-	-	-	-	1 sur 4		1 sur 1	
5. Fauteuil roulant	164	96.5	3	1.8	2	1.2	1	0.6	3 sur 6		2 sur 3	
6. Escalier	124	72.9	26	14.7	7	4.1	14	8.2	12 sur 46		11 sur 12	
TOTAL MOBILITÉ **		78.8%		15.9%		4.1%		1.2%		26.4%		78.6%*
COMMUNICATION												
1. Voir	117	68.8	46	27.1	6	3.5	1	0.6	33 sur 53		33 sur 33	
2. Entendre	133	78.2	32	18.8	4	2.4	1	0.6	22 sur 37		21 sur 22	
3. Parler	153	90.	11	6.5	5	2.9	1	0.6	11 sur 17		11 sur 11	
TOTAL COMMUNICATION **		82.9%		15.3%		1.8%				61.6%		99.9%
FONCTIONS MENTALES												
1. Mémoire	75	44.1	79	46.5	14	8.2	2	1.2	50 sur 95		48 sur 50	
2. Orientation	148	87.1	16	9.4	5	2.9	1	0.6	17 sur 22		16 sur 17	
3. Compréhension	152	89.4	15	8.8	2	1.2	1	0.6	16 sur 18		14 sur 16	
4. Jugement	125	73.5	30	17.6	8	4.7	7	4.1	31 sur 45		28 sur 31	
5. Comportement	146	85.9	18	10.6	4	2.4	2	1.2	11 sur 24		10 sur 11	
TOTAL FONCTIONS MENTALES **		80.0%		13.5%		4.7%		1.8%		61.2%		92.8%
TÂCHES DOMESTIQUES												
1. Entretenir maison	27	15.9	37	21.8	39	22.9	67	39.4	118 sur 143		107 sur 118	
2. Préparer repas	59	34.7	21	12.4	40	23.5	50	29.4	91 sur 111		80 sur 91	
3. Courses	49	28.8	22	12.9	53	31.2	46	27.1	116 sur 121		112 sur 116	
4. Lessive	59	34.7	10	5.9	19	11.2	82	48.2	103 sur 111		97 sur 103	
5. Téléphone	103	60.6	29	17.1	20	11.8	18	10.6	57 sur 57		56 sur 57	
6. Transport	97	57.1	51	30.	18	10.6	4	2.4	58 sur 73		56 sur 58	
7. Médicament	108	63.5	35	20.6	11	6.5	16	9.4	38 sur 62		38 sur 38	
8. Budget	113	66.5	19	11.2	15	8.8	23	13.5	51 sur 57		51 sur 51	
TOTAL TÂCHES DOMESTIQUES **		34.7		27.6%		22.9%		14.7%		85.9%		94.5%

* L'état de la stabilité des ressources n'inclut pas la marche à l'extérieur

** Taux établi pour une échelle à 4 niveaux obtenue à partir d'une réduction du total des incapacités

BIBLIOGRAPHIE

1. Association des centres d'accueil du Québec., Le centre de jour: un programme externe du centre d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Montréal, ACAQ, 1984.

2. AUBRY, Jean-Marie, ST-ARNAUD, Yves., Dynamique des groupes, Montréal, Editions de l'Homme, 1975.

3. BURDICK, Dona, ROSS, Mildred., Sensory Integration. Thoro Fare, N.J., Slack Incorporated, 1981.

4. Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec., L'implantation de programmes Centre de Jour dans la région 03. Québec, novembre 1983.

5. Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec., Le centre de jour dans une perspective de maintien à domicile. Québec, novembre 1983.

6. GEORGES, D., LALLEMAND, A., COUSTENOBLE, J., et al., "Validation par l'analyse factorielle d'une échelle d'évaluation clinique des troubles de la sénescence cérébrale; application à l'essai thérapeutique". Thérapie. 1977, 32, 173-180.

7. HEBERT, R., BILODEAU, A., CARRIER, R., "Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle: Description d'un instrument d'évaluation des handicaps. Etude de validation". in Van Eimeren W. (ed.), Third International Conference on System Science in Health Care. Berlin, Springer Verlag, 1984.

8. HEBERT, Réjean, "L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées" dans Can. Fam. Physician. Vol. 28, Avril 1982.

9. La grande encyclopédie de la médecine. Montréal, Grolier Limitée, 1980, volume 24.

10. LANG ETIENNE, Anne, "La matière, notre miroir", Le Transfert, journal de la C.T.E.Q., Volume 8, no. 2, juin 1984.

11. LANG ETIENNE, Anne, "L'habitude et l'attention, ces pôles contraires". Le Transfert, journal de la C.T.E.Q., Volume 8, no 3, septembre 1984.

12. LEVY, L.L., "Movement Therapy of Psychiatric Patients", American J. of Occupationnal Therapy. V.18, 1974, pp. 6-13.

13. Ministère des Affaires sociales., Le centre de jour pour personnes âgées, politique du ministère des Affaires sociales, Québec, février 1981.

14. THOUIN, Louise, ROBILLARD, Monique, Stimulation et privation, notes de cours pré-congrès C.A.O.T.-C.P.E.Q. 30-31 mai 1983, Québec.

15. WOOD, PHN, BAKLEY, EM., "An Epidemiological Appraisal of Disablement". In Bennett A.E. (ed), Recent Advances in Community Medecine. Edimburg, Churchill Livingstone, 1978, pp. 149-173.

16. World Health Organization, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Geneva, World Health Organization, 1980.

DEUXIEME PARTIE

Fonctionnement psychologique de la personne âgée

LA PLACE DU FUTUR DANS LA VIE CONSCIENTE DES PERSONNES AGEES

Léandre Bouffard, Ph.D.

Introduction

Le présent travail se situe dans le prolongement de la communication faite l'an passé par Sylvie Lapierre sur la perspective temporelle future chez les personnes âgées (Lapierre, 1985). Il s'agissait d'une revue de recherches où l'auteur faisait état du peu d'études consacrées au futur chez les personnes âgées. En effet, le thème du passé chez les personnes âgées a été traité abondamment comme en font foi les nombreuses publications sur la "revue de vie" (e.g. Lieberman et Tobin, 1983). Il n'en est pas de même pour le présent (e.g. L'Ecuyer, 1980) ni pour le futur (cf. Bouffard, 1986).

L'idée d'une perspective future (PF) chez les personnes âgées peut sembler ridicule à plusieurs. Mais rejeter à priori cette possibilité ne serait guère admissible. Ce rejet témoignerait une fois de plus des stéréotypes ou des préjugés que nous entretenons a l'endroit des gens du troisième âge. Bergman (1980) ne dénonçait-il pas "l'âgisme", cette discrimination à l'endroit des personnes âgées qui fait, selon lui, autant de tort que le sexisme et le racisme.

Il nous faut donc porter un regard nouveau sur les personnes âgées et nous demander quelle place le futur occupe dans leur vie consciente. Tel est notre objectif. A cette fin, nous verrons quelles perspectives théoriques sont susceptibles de nous

éclairer concernant cette question et nous présenterons quelques résultats de nos recherches. Nous voulons ainsi contribuer à l'élaboration d'une psychologie normale du vieillissement. Non pas que nous voulions minimiser les problèmes et les maladies propres au troisième âge, mais il nous semble essentiel de comprendre l'individu normal si nous voulons nous attaquer à ses problèmes.

Commençons par voir ce que les ouvrages de psychologie classique du vieillissement nous offrent sur la perspective future des personnes âgées.

Le futur semble absent de la vie consciente des personnes âgées.

L'enquête bibliographique qui se donne pour thème le futur chez les personnes âgées donne des résultats plutôt décevants. Les nombreux ouvrages portant sur la vieillesse traitent des "problèmes" et des "crises" que vivent les personnes âgées (e.g. Maddox, 1970), des "tâches" qui leur incombent (e.g. Lowy, 1979), des diverses formes de pathologie (e.g. Abraham et Patterson, 1978-79) et des stratégies d'adaptation (e.g. Pélicier, 1981), etc. Quant au futur, il n'est pas abordé. Il ne semble pas faire partie des déterminants d'une saine vieillesse. Le mot lui-même est absent de l'index des grands ouvrages sur la vieillesse (e.g. Poon, 1980; Woodruff et Birren, 1983). Certains auteurs n'abordent le sujet que pour mentionner la réduction du futur chez les personnes âgées (e.g. Birren, 1973) ou pour démontrer que le futur est anticipé en termes de préoccupations et de peurs (Tismer, 1969, cité par Thomae, 1976).

Buhler (1968) qui a grandement insisté sur l'importance des buts dans la vie, caractérise les gens âgés en disant qu'ils cessent de poursuivre des buts. Pour elle, la dernière phase de la vie est une période d'évaluation. Il en est de même pour Erikson (1959). Quant à la théorie du "désengagement" (Cumming et Henry, 1961), elle implique que les personnes âgées se désintéressent du futur.

D'autres, enfin, comme Thompson et Streib (1961) affirment explicitement que la vieillesse est sans futur. C'est une période de prise de conscience de la mort et de sa propre "finitude", selon l'expression de Munnichs (1980) qui ajoute: "Il est aussi difficile d'imaginer la jeunesse sans futur que la vieillesse avec un futur" (p. 4).

La conclusion s'impose d'elle-même: le futur semble absent de la vie psychique des personnes âgées. Selon ce courant de pensée, les personnes âgées se "désengagent" des différents domaines où elles étaient actives et ne se donnent plus de projets à réaliser. Elles ont donc le temps d'attendre la mort...

<u>La vieillesse sans futur: une conclusion contestée.</u>

Cette conception qui peut s'avérer discriminatoire (cf. Bergman, 1980) doit être remise en question d'autant plus que le contact avec les gens âgés laisse une impression fort différente. C'est monsieur P.B. qui se marie à 75 ans et caresse plein de projets; c'est cette dame (soixantaine avancée) qui, devenue veuve, se trouve un emploi d'assistante infirmière auprès des personnes agees et entreprend ainsi une deuxième carrière; c'est madame B.B. (70 ans) qui répond, l'air surpris: "Mais l'avenir,

cher Monsieur, c'est aussi important pour moi que pour vous, même si, pour moi, il sera plus court"; c'est cette dame (84 ans) qui dit: "Je me cherche un quatrième mari"; c'est monsieur Marcus Simpson qui s'exprime ainsi:

> "Me croirez-vous si je vous dis que mon futur se promène devant moi. Il m'apporte toutes sortes de visions. Je le vois comme une bibliothèque pleine de livres et d'idées. Je n'ai qu'à prendre un livre et mon futur est là..." (Cottle et Klineberg, 1974, p. 59).

A la suite de tels exemples, il est possible de penser avec Cottle et Klineberg (1974) que les personnes âgées ont la capacité de prévoir, de formuler des attentes et de comprendre que leurs actions peuvent influencer l'avenir.

Vont dans le même sens les écrits récents de Neugarten (1979) qui conseille de porter attention aux espoirs de l'individu âgé pour le comprendre adéquatement. Quant à Kastenbaum (1963, 1964, 1966, 1977, 1979) qui s'intéresse au temps (et au futur) chez les personnes âgées depuis près de 30 ans, il insiste sur les différences individuelles dans notre relation au temps; il montre la complexité des pensées et sentiments relatifs au temps et il considère, pour sa part, que la vie est un processus d'actualisation qui n'est jamais terminé (Kastenbaum, 1979, p. 121).

Appuyé sur des études de cas et des contacts interpersonnels, le changement de mentalité que nous proposons se base également sur un renouvellement des orientations théoriques selon lesquelles il a été possible de mieux comprendre l'importance et le rôle que joue le futur dans le comportement humain (cf. Cottle et Klineberg, 1974; Fraisse, 1967; Kastenbaum, 1963; Nuttin, 1963; 1980b; Raynor, 1982 ainsi que Frank, 1939 et Lewin, 1942 qui furent les premiers à avancer ces idées il y a plus de 40 ans). C'est que, selon Fraisse (1983), il s'est opéré un changement de paradigme - une véritable révolution - au cours des années 60 de sorte que la psychologie s'est intéressée à la fonction cognitive et à nos représentations. Bien entendu, nos perspectives futures sont des représentations (buts, projets, etc.). Une revue des recherches sur la perspective future (PF) n'a pas sa place ici (cf. Bouffard, 1980; Fraisse, 1983; Nuttin et al., 1979), nous retiendrons seulement que l'ensemble des résultats démontre clairement que la PF est liée directement aux indicateurs positifs de la personnalité et de la situation. Sur cette base, nous ne voyons pas pourquoi les personnes âgées normales et en santé n'auraient pas de représentation en rapport avec leur futur. Il est évident que la PF d'un vieillard n'aura pas l'importance ni la profondeur de celle d'un jeune professionnel qui voit une carrière s'ouvrir devant lui. Mais nous rejetons l'idée que le futur soit absent de la vie consciente de ce vieillard (cf. Lapierre, 1985).

Présentons quelques appuis à cette hypothèse.

La perspective future (PF) chez les personnes âgées.

Un individu peut concentrer ses préoccupations et ses intérêts sur le passé, le présent ou le futur. Chez les personnes âgées, il ne faut pas s'attendre à ce que le futur domine leur vie psychique, mais cela ne signifie pas qu'elles n'ont pas de buts (Kastenbaum, 1964).

Raynor (1969) a introduit le concept de PF dans le cadre de la théorie de la motivation d'accomplissement et a élaboré une théorie du fonctionnement et du changement de la personnalité (Raynor, 1982) où la notion de futur est définie en termes de "carrière psychologique" et de "démarche par étape". La carrière psychologique est la façon dont quelqu'un s'identifie par l'action selon les opportunités de son environnement. Selon cette approche, la personne âgée devra changer de carrière psychologique (investir son énergie dans d'autres domaines) pour trouver d'autres sources de valorisation. Elle peut continuer de "devenir" en vivant sa vie comme une série d'étapes à franchir en vue de réaliser des buts qui se renouvellent constamment. Ainsi, selon Raynor, la personne agée ne tire pas sa valorisation seulement de son passé ("having been") ou de son présent ("being"), mais aussi de son futur ("becoming"). Celle qui ne peut effectuer ce changement de carrière psychologique risque de voir son futur bouché, comme l'illustre le cas dramatique de M. Winter que nous pouvons lire dans Liber (1982).

Cameron et al. (1977-78) ont effectué une étude monumentale dans divers pays auprès de 9000 sujets (dont 7300 aux USA). Ils ont essayé de savoir à quoi pensent les gens ("conscious sampling"). Quand les réponses sont classées dans les catégories temporelles passé, présent et futur, les échantillons américains de tous les groupes d'âge se partagent, en gros, de la façon suivante:

- 20% des sujets rapportent des pensées concernant le passé.
- 60% des sujets rapportent des pensées concernant le présent.
- 20% des sujets rapportent des pensées concernant le futur.

Quant à la planification, Cameron et al. rapportent que 40% des personnes âgées ne font pas de planification, 24% une planification maximale, les autres une planification moyenne. Pour mieux comprendre ce fait, de suggérer les auteurs, il faudrait tenir compte des contenus conscients ou des divers domaines du champ psychologique. En effet, les personnes âgées ont une bonne réserve de stratégies d'adaptation qui fonctionnent bien, ce qui a pour effet de ne pas stimuler la planification. Celle-ci devient cependant nécessaire lorsque surgissent des problèmes nouveaux. Bref, les résultats de cette recherche nous incitent à réviser nos conceptions concernant la temporalité chez les personnes âgées et nous permettent de croire que le futur est loin d'être absent chez elles.

Selon l'étude longitudinale de Bonn effectuée sous la direction de Thomae (1976, 1981), le futur occupe une place non négligeable chez les personnes âgées. Certains résultats de Bonn analysés par Fisseni (1976) révèlent que l'anticipation, mesurée à trois reprises au cours d'une période de cinq ans, reste sta-

ble. Un autre membre du groupe (Grombach, 1976) signale que pour comprendre la situation présente de la personne âgée il faut considérer la signification de la PF pour cette personne. L'équipe de Bonn fait ressortir également que la PF ne peut s'expliquer par une seule variable comme l'âge, mais qu'elle dépend de plusieurs facteurs interreliés comme la santé, le niveau socio-économique, la situation actuelle, etc.

Le groupe de Nuttin, à Louvain (Nuttin et Grommen, 1975; Lens et Gailly, 1980), s'est également intéressé à la relation entre la PF et l'âge des sujets. Cette étude portait sur un échantillon représentatif de la population belge. La principale conclusion veut que la PF diminue avec l'âge (Nuttin et Lens, 1980, p. 99). Les personnes âgées, ayant moins d'années à vivre, ont une PF plus courte que les plus jeunes. Par ailleurs, lorsque les motivations concrètes sont divisées en catégories temporelles, il est possible de constater que, chez les Belges âgés de plus de 65 ans, au delà de 39% des réponses envisagent une période de deux ans et plus tandis que les réponses se rapportant à une période de moins de deux ans donnent des pourcentages se rapprochant de 20%. Ces résultats appuient l'hypothèse voulant que les personnes âgées ne soient pas rivées au présent ou à un futur immédiat. Malheureusement, l'échantillon belge comptait peu de personnes âgées.

Le peu de résultats existants et leur caractère discordant nous a incité à entreprendre une série d'études empiriques en vue d'explorer cette PF des personnes âgées. Il s'agissait de recueillir des contenus psychiques (représentations mentales) susceptibles de nous dire "de quoi est faite" cette PF. Conscient des embûches et des limites de l'entrepri- se, nous avons

utilisé l'approche des projets personnels qui a fait ses preuves (Little, 1983; Nuttin et Lens, 1980), et dont nous avons déjà tiré profit (Bouffard, 1982; Bouffard, Lens et Nuttin, 1983). Cette approche repose fondamentalement sur la théorie de Nuttin (1980a, b). Nous allons la présenter brièvement.

Etude du futur selon l'approche des projets personnels.

La théorie de Nuttin est axée autour de la notion de projet (but, aspiration). Les projets constituent l'expression multiforme ou kaléidoscopique des besoins, eux-mêmes définis en termes de "relations requises" entre un individu et son environnement. Pour subsister et se développer l'individu entretient avec son milieu des relations au niveau physiologique, psychologique, social et cognitif. Ces relations ne sont pas seulement subies passivement (comme l'animal mu par une carence qui le porte à rechercher de la nourriture), elles sont prévues, anticipées et désirées de façon active. L'humain ne fait pas que réagir, il pro-agit, selon l'expression de Nuttin (1967); il poursuit des projets: devenir psychologue, acheter une maison, se tenir en forme, rencontrer ses petits enfants, etc. Ces projets représentent autant de motivations concrètes qui orientent ou guident le comportement. En se distribuant sur un temps plus ou moins long, ces objets de motivation (projets concrets) créent également la PF. Ils lui donnent son extension (aspect que nous étudions ici). C'est en ce sens que Nuttin parle de PF de la motivation. Cette PF ne correspond pas à la notion abstraite du temps, elle est formée de l'ensemble des motivations concrètes qui se projettent dans le futur. Ainsi, un individu dont les visées (ou les buts) couvrent plusieurs années possède une PF étendue; celui dont les préoccupations se situent majori-

tairement dans le présent ou l'avenir proche se caractérise par une PF limitée (voir les réflexions intéressantes de Gjesme, 1983, sur la PF en tant que caractéristique personnelle).

Dans nos recherches empiriques, ce sont ces aspirations, ces projets, ces motivations concrètes que nous avons étudiées chez les personnes âgées normales et en santé. Bref, nous avons examiné leurs représentations futures pour en connaître l'extension ou la perspective. Abordons maintenant ces recherches.

Recherches empiriques.

Groupes étudiés.

Les recherches exploratoires que nous rapportons ici n'ont pas été réalisées selon un programme systématique. Elles se sont étendues sur plusieurs années et ont pris l'allure de petites études ponctuelles qui - à l'instar de coups de sonde - nous fournissaient un peu d'informations à chaque fois. Ces études ont porté sur divers groupes de personnes âgées que nous allons présenter très brièvement.

Le premier groupe compte 11 hommes et 14 femmes âgés entre 65 et 84 ans. Ces sujets ont été interviewés en 1980 par Daunais[1] et ses collaborateurs. La classification des données a

---

1. Je profite de l'occasion pour rendre hommage à Jean-Paul Daunais, mon maitre et ami, décédé en juin 1983. Il avait commencé cette recherche en 1980. je remercie madame Daunais d'avoir mis à ma disposition les données de cette recherche. Merci également à Sylvie Lapierre pour ses "fouilles" dans le matériel de Daunais.

été réalisée par Daunais et le présent chercheur selon une méthode qui sera décrite plus loin. Le second groupe[2], plus homogène est composé de "jeunes retraités" de 65-67 ans qui vivent en couple (15 hommes et 14 femmes). Les 22 femmes et les 17 hommes qui composent le troisième groupe[3] sont âgés de 70-75 ans et vivent seul-e-s. Tous ces sujets sont de santé normale et vivent dans leur maison (ou logement). Nous avons voulu exclure les personnes âgées vivant en institution parce que des études préliminaires (Bouffard, 1983) avaient démontré que le lieu de résidence est lié à des différences marquées dans les motivations.

Méthode.

Les aspirations ou projets ont été identifies à partir d'une série de phrases à compléter (e.g. j'aspire à; je voudrais, etc.) empruntées à Nuttin (1980b) et adaptées pour les présentes recherches (cf. Bouffard, 1986 pour plus de détails). Ces aspirations sont ensuite classées dans des catégories temporelles en fonction de la période temporelle envisagée par le sujet dans chaque aspiration. Par exemple, une aspiration peut se rapporter au lendemain, viser une période d'un mois, d'un an ou couvrir toute la vie restante. Pour la classification du matériel nous distinguons le Futur immédiat: un an et moins et le Futur distant: plus d'un an. Il faut également

---

2. Les sujets du second groupe ont été interviewés par Josée Martel, Sylvain Paquette et Hélène Robert étudiant-e-s à l'Université de Sherbrooke (hiver 83). Je les remercie pour leur travail.

3. Les sujets du troisème groupe ont été interviewés par Louise Bouchard, Fraçois Dallaire, Monique Giroux, Réjeanne Lambert, Alex Roy et Sylvie Tessier, étudiant-e-s à l'Université de Sherbrooke (hiver 82). Je les remercie ainsi que Nathalie Lamoureux (étudiante au Collège de Sherbrooke, 1984).

tenir compte des aspirations qui ne peuvent pas être classées dans une catégorie temporelle précise (comme être heureux, être honnête, la paix dans le monde). Ces désirs sont regoupés dans la catégorie Présent ouvert. Restent ensuite les aspirations se rapportant au passé et d'autres qui sont inclassables. C'est le pourcentage d'aspirations par catégorie temporelle qui sert de base aux comparaisons entre les groupes. Cette classification est faite par deux personnes qui discutent des cas problèmes et en arrivent ainsi à une classification commune (pour plus de détails, cf. Bouffard, 1986).

Résultats.

Analyse descriptive.

Les résultats présentés au tableau 1 permettent de constater que, dans tous les groupes, le Futur proche (un an et moins) reçoit moins du quart des aspirations (ex. faire mon jardin, aller chez ma fille en fin de semaine, aller au chalet cet été, etc.). Par contre, le Futur distant (plus d'un an) compte presque la moitié des réponses. Ces projets s'étendent sur une certaine distance temporelle, certains englobant la vie restante: bien vivre, rester en santé, vaquer à mes occupations le plus longtemps possible, rester en contact avec les miens, voir grandir mes petits enfants, demeurer dans ma maison jusqu'au boutte (sic), etc. Voilà la constatation fondamentale. Elle indique clairement que les personnes âgées ne sont pas rivées à un futur immédiat, comme on le pense souvent. Au contraire, l'hypohtèse d'une "certaine" extension temporelle future reçoit un appui solide. Il serait faux de prétendre que les personnes âgées ne se donnent pas d'avenir. Il est évident que cette PF n'a pas

l'étendue de celle des plus jeunes, mais elle est relativement semblable si l'on tient compte du temps qui leur reste à vivre (cf. Lens et Gailly, 1980).

Les aspirations relatives au Présent ouvert cumulent près du quart des réponses. Dans le cadre du présent article, où nous nous intéressons au futur, cette catégorie offre moins d'intérêt puisqu'elle regroupe des réponses ne se rapportant pas à une période temporelle précise (ex. être heureux, la paix entre les hommes, etc.).

Les aspirations au Passé (redevenir jeune, par exemple) sont quasi inexistantes (cf. tableau 1). Cela ne signifie pas que les personnes âgées ne pensent pas au passé, mais que si nous leur demandons de nous faire part de leurs buts ou projets, comme la technique les incite à le faire, ils n'ont pas tendance à revenir constamment au passé.

Analyses comparatives.

65-67 ans - 70-75 ans. En comparant les sujets (hommes et femmes) de 65-67 ans aux sujets (hommes et femmes) de 70-75 ans, nous observons que ces derniers ont plus de réponses relatives au Futur proche et moins pour le Futur distant (de façon significative). Il semble donc que les plus âgés ont plus d'intérêts et de préoccupations pour l'immédiat, donc une PF plus courte. Il faut, cependant, interpréter ces résultats avec prudence puisque les deux groupes ne diffèrent pas seulement par l'âge, mais aussi par leur condition maritale, comme nous l'avons mentionné.

TABLEAU 1: POURCENTAGES DES ASPIRATIONS DE PERSONNES AGEES SELON LES CATEGORIES TEMPORELLES.

Catégories Temporelles	I: 65 - 84 ans — Gr. non homogène			II: 65 - 67 ans — Vivent en couple			III: 70 - 75 ans — Personnes seules		
	H (1) 11(s)	F (14s)	Total (25s)	H (1) (15s)	F (14s)	Total (29s)	H (1) (16s)	F (22s)	Total (28s)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Présent ouvert	18.0	* 26.1	22.7	25.3	22.3	24.0	25.5	22.1	23.1
Futur proche	30.0	* 16.6	22.4	14.6	23.5	18.9	35.8	23.7	28.6
Futur distant	44.5	* 52.7	49.0	59.8	52.1	56.1	36.5	* 52.3	45.1
Passé	0.4	0.6	0.5	0.3	0.3	0.3	0.5	0.4	0.4
Test et Incod.	7.1	4.0	5.4	0.0	1.5	0.7	1.7	1.5	1.6
Total des réponses	267	349	616	356	328	684	381	524	905

*x^2; dl = I: différence significative (niveau minimal: $p < .05$).

(1) Entre hommes et femmes, différence significative; x^2, dl = 3

N.B.: Entre groupe 65-67 ans (h et f) et le groupe 70-75 (h et f) différence significative; x^2, dl = 3.

Hommes - femmes. Quant aux comparaisons hommes-femmes, les résultats indiquent une PF plus courte chez les femmes du groupe des "jeunes" retraités tandis que, chez les plus vieux (70-75 ans), c'est le contraire (différences significatives). Puisque ces différences ne sont pas apparues dans d'autres recherches (comme celles de Louvain dont nous avons parlé précédemment), il faudra, dans des études ultérieures, vérifier si nos résultats seront corroborés avec des sujets d'âge et de condition variés.

Conclusion.

L'approche traditionnelle voulant que les personnes âgées soient sans futur a été contestée sur la base de nouvelles orientations théoriques qui tiennent compte de l'importance des représentations cognitives dans le comportement. En contrepartie, l'hypothèse de la présence d'une PF chez les personnes âgées a été proposée. Bien fondée théoriquement, elle a été confirmée par les résultats obtenus auprès de divers groupes. Les personnes âgées normales et en santé ont une PF et celle-ci est "grosse" de projets variés, tout comme celle des plus jeunes. Nous pouvons affirmer que les personnes âgées possèdent la "compétence temporelle" dont parle Shostrom (1968). Elles peuvent situer leur action dans une continuité temporelle. Elles agissent dans le présent, tiennent compte des expériences passées et sont stimulées par des projets futurs.

Il semble donc que la PF s'avère un déterminant nécessaire de la santé mentale chez les personnes âgées, comme chez les autres. Le maintien et le développement d'une PF pourra contribuer à rendre la vieillesse positive, adaptée et heureuse. Le

vieillard peut entreprendre de nouvelles "carrières psychologiques", trouver des activités alternatives, bref, continuer de "devenir" selon l'expression de Raynor (1982).

Les résultats obtenus ne sont pas sans implications pratiques nombreuses. Les intervenants auprès des gens du 3e âge sont invités à réviser leurs attitudes - parfois même leurs stéréotypes - à l'endroit de ces personnes. En effet, des perceptions inadéquates du vécu temporel d'autrui peuvent rendre une intervention inappropriée, voire nuisible. De plus, nos attitudes négatives influencent directement les personnes âgées qui- paradoxalement - en viennent à se comporter conformément aux perceptions et aux attentes que nous avons d'elles ("self-fulfilling prophecy"). C'est ainsi que bon nombre de personnes âgées "act their age", selon l'expression de Birren et Woodruff (1983). Si, au contraire, on n'impute pas aux personnes âgées toutes sortes de "problèmes" ou de "besoins" supposément de leur âge et si l'on tient compte de leurs projets personnels ou de leur PF, ces personnes se sentiront probablement mieux comprises et acceptées par la société et seront sans doute plus en mesure de se prendre en charge elles-mêmes.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAHAMS, R.B. et PATTERSON, R.D., "Psychological Distress among the Community Elderly: Prevalence, Characteristics and Implications for Service". International Journal of Aging and Human Developpement, 1978-79, 9, 1-18.

BERGMAN, J., "Ageism in today's Society and Schools", Contemporary Education, 1980, 54, 197-200.

BIRREN, J., "The Experience of Aging", In Davis, R. et Neiswender, M. (éds) Aging: Prospects and Issues. Los Angeles, Univ. of Southern Calif., 1973.

BIRREN, J. et WOODRUFF, D.S., "Aging: past and future". In Wooddruff, D.S. et Birren, J., Aging. Scientific Perspective and Social Issues. Monterey, Cal., Brooks/Cole, 1983.

BOUFFARD, L., Contenu et extension temporelle des projets d'avenir en relation avec la frustration. Diss. doct., Univ. de Louvain, 1980.

BOUFFARD, L., "La perspective future chez les Africains". Revue Ethnopsychologie, 1982, 37, 15-31.

BOUFFARD, L., "Les perspectives d'avenir des personnes âgées". Communication présentée au Congrès de l'ACFAS, Trois-Rivières, 1983.

BOUFFARD, L., "Le futur a-t-il sa place dans la vie consciente des personnes âgées?". Revue québécoise de psychologie, à paraître en 1986.

BOUFFARD, L., LENS, W., et NUTTIN, J.R., "Extension de la perspective future en relation avec la frustration". Journal international de psychologie, 1983, 18, 429-442.

BUHLER, C., "The Course of Human Life as a Psychological Problem". Human Development, 1968, 11, 184-200.

CAMERON, P., DESAI, K.G., BAHADOR, D. et DREMEL, G., "Temporality across the Life Span", International Journal of Aging and Human Development, 1977-78, 8, 229-259.

COTTLE, T.J. et KLINEBERG, S.L., The Present of Things Future, N.Y., The Free Press, 1974.

CUMMING, E. et HENRY, W.E., Growing Old: the Process of Disengagment. N.Y., Basic Books, 1961 (Ré-édition: N.Y., Arno Press, 1979).

ERICKSON, E.H., Identity and the Life Cycle. N.Y. International Univ. Press, 1959.

FISSENI, H.J., "Perceived Life Space: Patterns of Consistency and Change". in Thomae, H. (éd) Patterns of Aging. Basel, Karger, 1976.

FRAISSE, P., Psychologie du temps. Paris, PUF, 1967 (2e éd).

FRAISSE, P., "Le futur dans les perspectives temporelles". Journal international de Psychologie, 1983, 18 489-495.

FRANK, L,K., "Time Perspectives". Journal of Social Philosophy. 1939, 4, 293-312.

GJESME, T., "On the Concept of Future Time Orientation: Considerations of Some Functions and Measurements Implications". Journal international de psychologie, 1983, 18, 443-461.

GROMBACH, H.H., "Consistency and Change of Personality Variables in Late Life". In Thomae, H (éd.), Patterns of Aging. Basel, Karger, 1976.

KASTENBAUM, R., "Cognitive and Personal Futurity in Later Time. Journal fo Individual Psychology 1963, 19, 216-222.

KASTENBAUM, R. (éd.), New Thoughts on Old Age. N.Y. Springer, 1964.

KASTENBAUM, R., "On the Meaning of Time in Later Life". Journal of Genetic Psychology, 1966, 109, 9-25.

KASTENBAUM, R., "Memories of Tomorrow: on the Interpertations of Time in Later Life". In Gorman B.S. et Wessman, A.E. (eds)., The Personal Experience of Time. N.Y., Plenum Press, 1977.

KASTENBAUM, R., Growing Old. Years of Fulfillment. N.Y. Harper and Row, 1979.

LAPIERRE, S., "La perspective temporelle future chez les personnes âgées", Cahiers de l'ACFAS, vol. 27, 1985.

L'ECUYER, R.. "Les souvenirs du passé chez les personnes âgées: reflet de conflits intérieurs ou facteurs d'adaptation?". Revue québécoise de psychologie, 1980, 1, 42-57.

LENS, W. et GAILLY, A., "Extension of Future Time Perspective in Motivated Goals of Different Age Groups", International Journal of Behavioral Development, 1980, 3, 1-17.

LEWIN, K., "Time Perspective and Morale". In Watson, G. (éd.), Civilian Morale. Boston, Houghton Mifflin, 1942.

LIBER, H.S., "Applications of a Theory of Personality Functionning and Change to Three Career Identity Changes Faced by the Elderly". In Raynor, J.O. et Entin, E.E. (éds.), Motivation, Career Striving and Aging. Washington, D.C., Hemisphere, 1982.

LIEBERMAN, M.A. et TOBIN, S.S., The Experience of Old Age: Stress, Coping and Survival. N.Y., Basic Books, 1983.

LITTLE, B.R., Personal Projects, "A Rationale and Method for Investigation". Environment and Behavior. 1983, 15, 273-309.

LOWY, L., Social Work with the Aging. N.Y., Harper and Row, 1979.

MADDOX, G., "Adaptation to Retirement". The Gerontologist, 1970, 10, 14-18.

MUNNICHS, J.M.A., Old Age and Finitude. A Contribution to Psychogerontology. N.Y. Arno Press, 1980 (2e éd.).

NEUGARTEN, B., "Policy for the 1980's: Age or Need Entitlement. In Aging: Agenda for the Eighties. Washington, D.C., A National Journal Issues Book, 1979.

NUTTIN, J.R., "The Future Time Perspective in Human Motivation and Learning". Proceeding of the 17th International Congress of Psychology, Washington, 1963. Amsterdam, North-Holland Publ. Co. Aussi dans Acta Psychologica, 1964, 23, 60-62.

NUTTIN, J.R., Théorie de la motivation humaine. Paris, PUF, 1980a.

NUTTIN, J.R., Motivation et perspectives d'avenir. Louvain, Presses Universitaires de Louvain, 1980b.

NUTTIN, J.R. et GROMMEN, R., "Future Time Perspective in Adulhood and Old Age in three Socio-Economic Groups". Univ. of Leuven Psychological Reports, 1975, no 5.

NUTTIN, J.R. et LENS, W., "Quelques recherches sur la perspective future". In Nuttin, J.R. Motivation et perspectives d'avenir. Louvain, Presses universitaires de Louvain, 1980.

NUTTIN, J.R., LENS, W., VAN CALSTER, K. et DEVOLDER, M., "La perspective temporelle dans le comportement humain. Etude théorique et revue de recherche". In Fraisse et al (éd.). Du temps biologique au temps psychologique. Symposium de l'Association de psychologie scientifique de langue française, Poitiers, 1977. Paris, PUF, 1979, 307-364.

PELICIER, Y., "Modèles psychopathologiques et capacité d'arbitrage des contraintes chez le sujet âgé". In Adaptabilité et vieillissement. Paris, Centre International de gérontologie sociale, 1981.

POON, L.W. (éd.)., Aging in the 1980s. Washington, D.C., A.P.A. 1980.

RAYNOR, J.O., "Future Orientation and Motivation of Immediate Activity: an Elaboration of the Theory of Achievement Motivation". Psychological Review. 1969, 76, 606-610.

RAYNOR, J.O., "A Theory of Personality Functioning and Change" In Raynor, J.O. et Entin, E.E. (éds.), Motivation, Career Striving, and Aging. Washington, D.C., 1982.

SHOSTROM, E.L., "Time as an Integration Factor". In Buhler, C. et Massarik, F. (éds.). The course of Human Life. A Study of Goals in the Humanistic Perspective. N.Y. Springer, 1968.

THOMAE, H. (éd.)., Patterns of Aging. Basel, Karger, 1976.

THOMAE, H., "Future Time Perspective and the Problem of Cognition Motivation Interaction". In d'Ydewalle, G. et Lens, W. (éds), Cognition in Human Motivation and Learning. Hillsdale, N.J., Earlbaum, 1981.

THOMPSON, W.E. et STREIB, G.F., "Meaningful Activity in a Family Context". In Kleemeier, R.W. (éd)., Aging and Leisure, N.Y. Oxford Univ. Press, 1979, (2e éd.).

WOODRUFF, D.S. et BIRREN, J.E., Aging. Scientific Perspective and Social Issues. Monterey Cal., Brooks/Cole, 1983.

DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE L'ACTUALISATION DE SOI DES PERSONNES AGEES

Gilbert Leclerc, Ph. D.
Norman Poulin, M.Ps.

Trois questions ont donné naissance à la recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées entreprise à l'Université de Sherbrooke[1].

- Est-il possible de continuer à se développer et à s'actualiser jusque dans l'âge le plus avancé? Quand on dit s'actualiser, on n'entend pas seulement être heureux, être satisfait de soi, être bien dans sa peau, mais être en état de développement, continuer à mettre en valeur ses potentialités, en un mot être en croissance.

- Quels sont les facteurs qui renforcent ou affaiblissent la tendance à l'actualisation de soi? Le sexe, l'âge, le degré de scolarité, le niveau de revenu, etc. ont-ils une influence positive ou négative sur l'actualisation de soi des personnes âgées?

- Est-il possible par une action éducative appropriée de réactiver une tendance à l'actualisation qui a été paralysée ou du moins, de redonner vigueur à celle qui s'est affaiblie au cours

---

1. Cette recherche a été réalisée par le Groupe de recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées (GRASPA) et a été rendue possible grace à une subvention du Conseil de la recherche en sciences humaines du Canada.

des années? Il se peut, en effet, que parmi les facteurs qui déterminent le niveau d'actualisation de soi, il s'en trouve qui puissent être modifiés par une action éducative appropriée.

Le présent article ne répondra qu'à la seconde de ces trois questions, celle qui touche aux déterminants socio-économiques de l'actualisation de soi des personnes âgées. Les autres questions font partie d'une recherche plus large et feront l'objet de publications distinctes dans un avenir rapproché.

Il convient tout d'abord de préciser le sens que nous donnons ici au concept d'actualisation de soi, après quoi nous exposerons l'objectif, la méthodologie et les résultats de notre enquête.

1. Le concept d'actualisation de soi

La définition de l'actualisation de soi que nous avons retenu est celle qu'en donne le psychologue américain Carl Rogers (1973). C'est "la tendance inhérente à l'organisme humain à développer toutes ses potentialités dans des directions et par des moyens destinés à consolider ou à améliorer le potentiel général de la personne" (p. 126). Cette définition très dense a besoin d'être explicitée.

Une "tendance inhérente à toute être humain..." Pour Rogers, il s'agit d'une tendance essentielle à tout être humain. Elle est présente quel que soit l'âge, mais, pour diverses raisons provenant de l'intérieur ou de l'extérieur, elle peut être diminuée, ralentie, stoppée ou paralysée. Cependant, elle ne

disparaît jamais complètement, sinon la personne cesserait de vivre.

Visant "à développer toutes les potentialités..." Cette tendance a comme objet le développement intégral de la personne selon toutes ses dimensions et potentialités (physiques, intellectuelles, psychologiques, sociales, éthiques, religieuses). Elle est tout le contraire de l'immobilisme, du repos dans l'acquis, du contentement ou de la satisfaction béate de soi. La tendance à l'actualisation maintient l'organisme en mouvement; elle pousse sans cesse l'individu vers une meilleure exploitation de ses talents, de ses capacités et de ses valeurs les plus personnelles.

De ce point de vue, notre recherche se distingue profondément de toutes celles portant sur la satisfaction de vivre, le moral, le bonheur ou la capacité d'adaptation des personnes âgées. Elle cherche plutôt à connaître la capacité de l'individu à demeurer en état de croissance, de mise en valeur de ses richesses, ouvert au changement et à la nouveauté jusque dans un âge avancé.

..."Consolider ou améliorer le potentiel"... En ultime ressort, la tendance à l'actualisation a une double visée: consolider les acquis ou expérimenter de nouvelles voies de développement. On peut se développer soit en intégrant mieux à sa personnalité les acquis des développements antérieurs, soit en élargissant ou en approfondissant le champ de son expérience. Dans les deux cas, on est en mouvement de croisssance.

Rogers (1966), dans la même ligne qu'Abraham Maslow, mentionne certains traits qui caractérisent les individus qui s'actualisent et qu'on peut considérer comme des conditions indispensables à l'actualisation du sujet. Il s'agit de personnes qui sont ouvertes à leur expérience, qui ont tendance à vivre pleinement dans le présent et qui font une confiance accrue aux réactions et perceptions de leur organisme (138-149).

Dans notre recherche plus large, nous avons fait l'hypothèse que, par une action educative appropriée, il serait possible d'aider la personne à améliorer ces conditions subjectives de l'actualisation de soi.

Mais la question qui nous préoccupe aujourd'hui est plus limitée. Elle consiste à se demander si certains facteurs plus objectifs et plus indépendants de la personne exercent une influence déterminante sur l'actualisation de soi.

2. L'objectif.

De manière plus précise, l'objectif de notre enquête peut se formuler ainsi: chez des personnes agées de 60 à 75 ans, des variables comme le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, la participation à des activités éducatives, l'occupation antérieure, le revenu, le fait de vivre avec ou sans partenaire ont-elles une influence sur le niveau d'actualisation de soi? La question est claire. Reste à voir par quelle méthodologie de recherche on pourra y répondre le plus adéquatement.

3. La méthodologie.

Il existe un excellent instrument spécifiquement conçu pour mesurer l'actualisation de soi; il s'agit du POI (Personal Orientation Inventory) qui consiste en un inventaire de 150 paires d'énoncés fermés. Il fut mis au point, en 1963, par Everett L. Shostrom (1964). La validation de sa version française, dont les coefficients sont équivalents à ceux de l'original, fut faite, en 1968, par Bernard Tremblay. Le coefficient moyen de fidélité du POI est de .76, variant de .55 à .85 selon les différentes échelles, ce qui est considéré comme étant excellent pour ce type de test psychologique.

Le POI se compose de 12 échelles, chacune mesurant un aspect important de l'actualisation de soi. Les deux premières échelles sont globales car elles incluent des données qui se retrouvent dans les autres échelles. Les dix autres échelles sont spécifiques en ce sens qu'elles contiennent des données qui leur sont propres et exclusives. Les voici, dans l'ordre accompagnées d'une définition très sommaire:

1. Compétence temporelle: vivre principalement dans le présent.
2. Référence à soi: être indépendant et autonome.
3. Valeurs actualisantes: reconnaître et accepter les valeurs des gens qui s'actualisent.
4. Flexibilité: se montrer souple dans l'application des valeurs.
5. Sensibilité au ressenti: être à l'écoute de ses besoins et de ses sentiments et en tenir compte dans ses décisions.

6. Spontanéité: exprimer librement ses sentiments dans son comportement.
7. Estime de soi: avoir une haute estime de soi.
8. Acceptation de soi: s'accepter malgré ses faiblesses.
9. Conception positive de l'être humain: voir l'homme comme esssentiellement bon.
10. Sens du relatif (synergie): concevoir les réalités apparemment contradictoires de la vie comme significativement reliées entre elles au lieu de les voir de façon dichotomique et opposée.
11. Acceptation de son agressivité: accepter ses sentiments de colère et d'agressivité.
12. Capacité d'intimité dans ses relations: manifester une capacité de nouer des relations intimes et chaleureuses.

Notre population était composée de 53 personnes âgées de 60 à 75 ans, sélectionnées sur une base volontaire parmi les membres de trois associations de la région: les Clubs de l'âge d'or, le Réseau d'amis et l'Université du troisième âge. Il s'agissait de personnes ayant une bonne santé physique et mentale, vivant à domicile. Nous leur avons fait passer le POI (Shostrom, 1963) trois fois avant d'entreprendre avec eux un programme d'action éducative d'une durée de 6 mois et deux fois après l'expérience. Pour déterminer l'influence des variables socio-économiques sur le niveau d'actualisation de soi, nous avons fait la moyenne des résultats obtenus par les 53 personnes aux cinq tests et ce sont ces données qui nous ont servi pour effectuer les analyses statistiques portants sur chacune des variables.

En réalité nous n'avions pas besoin de cinq mesures différentes pour déterminer l'influence des variables socio-économiques, mais comme ces cinq mesures devaient être faites de toute façon, nous nous en sommes servis dans le cas présent pour éliminer les distorsions et les hasards qui auraient pu résulter de l'application d'une seule mesure[2].

Avant de présenter les résultats, rappelons qu'il s'agit d'une recherche avant tout exploratoire dont les résultats ne sont pas généralisables en tant que tels à l'ensemble de la population âgée du Québec, puisque notre échantillon n'était pas représentatif. Par contre, les résultats peuvent être utiles pour indiquer des tendances et formuler des hypothèses qui pourront être vérifiées dans des recherches ultérieures. Et puisqu'il s'agit de déceler avant tout des tendances, nous avons porté notre seuil de signification statistique de .05 à .10 ($a < .10$).

4. Les résultats

Les résultats sont présentés dans l'ordre des variables: le sexe, l'âge, le niveau de scolarité, la participation à des activités éducatives, l'occupation antérieure, le revenu et la présence ou l'absence d'un partenaire.

Le sexe. Chez les sujets de notre enquête, le sexe n'a pas d'influence significative sur le niveau d'actualisation pour aucune des deux échelles globales et pour neuf des dix échelles spécifiques. Une seule échelle donne des résultats significatifs

---

2. Même si certaines variations dues à l'action éducative peuvent être observées dans les résultats aux différents tests, ces variations ne sont pas dues aux variables socio-économiques (puisque celles-ci ne varient pas au cours de l'expérimentation) et sont annulées par les analyses statistiques. De plus, par mesure de prudence, nous avons comparé la moyenne des résultats aux cinq tests pour chaque variable avec celle du premier test (avant l'action éducative) et nous avons pu constater qu'elles ne différaient pas de façon significative.

a .09. Il s'agit de l'echelle "conception positive de l'etre humain" ou les femmes obtiennent des resultats superieurs aux hommes, comme le montre le tableau ci-dessous:

SEXE/CONCEPTION POSITIVE DE L'ETRE HUMAIN

Sexe	$\bar{x}$ (5 tests)
Hommes	11.66
Femmes	12.32 (a <= 0.09)

L age. Par contre, l age a une influence importante sur plusieurs echelles de l actualisation de soi dont une des deux echelles globales. Le groupe le plus agé (70 à 74 ans) obtient des scores significativement plus bas que les groupes de 60 a 64 ans et de 65 à 69 ans sur les six échelles suivantes: référence à soi, flexibilité, spontaneité, acceptation de soi, conception positive de l etre humain, acceptation de son agressivité. Les tableaux ci-dessous présentent ces données dans l ordre.

AGE/REFERENCE A SOI

Groupe d'âge	$\bar{x}$ (5 tests)
60-64	77.46
65-69	77.39
70-74	69.54 (a <= 0.05)

FLEXIBILITE

Groupe d'âge	$\bar{x}$ (5 tests)
60-64	18.97
65-69	18.69
70-74	15.90 (a <= 0.04)

AGE/SPONTANEITE

Groupe d'âge	$\bar{x}$ (5 tests)
60-64	10.25
65-69	10.05
70-74	8.32 (a <= 0.02)

AGE/ACCEPTATION DE SOI

Groupe d'âge	$\bar{x}$ (5 tests)
60-64	15.26
65-69	15.74
70-74	12.70 (a <= 0.02)

AGE/CONCEPTION POSITIVE DE L'ETRE HUMAIN

Groupe d'âge	$\bar{x}$ (5 tests)
60-64	12.61
65-69	11.91
70-74	11.42 (a <= 0.10)

AGE/ACCEPTATION DE SON AGRESSIVITE

Groupe d'âge	$\bar{x}$ (5 tests)
60-64	12.79
65-69	13.59
70-74	11.58 (a <= 0.04)

Les sujets de 70 à 74 ans éprouvent donc plus de problèmes que les autres groupes d'âge plus jeunes en ce qui regarde certains aspects de l'actualisation de soi comme la référence à soi (ou capacité de diriger sa vie en fonction de ses besoins et de ses valeurs plutôt qu'en fonction des normes ou valeurs, d'autrui ou de la société), la flexibilité dans l'application des valeurs, la spontanéité dans l'expression des sentiments, l'acceptation de soi malgré ses faiblesses et limites, la conception positive de l'être humain et l'acceptation de son agressivité.

Cela suggère l'hypothèse selon laquelle, pour cette cohorte, la période de 70 a 74 ans serait un âge critique où l'individu commencerait à sentir davantage les effets de l'avance en

âge et éprouverait des difficultés plus grandes à continuer de s'affirmer et de se développer.

Le niveau de scolarité. Contrairement à ce que nous étions portés à croire, le niveau de scolarité n'a que très peu d'influence sur l'actualisation de soi. Une seule exception: sur l'échelle "sens du relatif" (synergie), les sujets les plus scolarisés (niveau supérieur) manifestent une capacité plus grande que les autres à voir des relations significatives entre les réalités apparemment contradictoires de la vie.

SCOLARITE/SENS DU RELATIF

Niveau de scolarite	$\bar{x}$ (5 tests)
Primaire	6.46
Secondaire	6.54
Supérieur	7.49 (a <= 0.01)

La participation à des activités éducatives. Les sujets qui, au cours de l'enquête, participaient à des activités éducatives n obtiennent pas de résultats significativement plus élevés que les autres sur aucune des douze échelles.

L'occupation antérieure. Il en est de même pour l'occupation antérieure. Celle-ci n'a pas d'influence statistiquement significative sur aucune des douze échelles de l'actualisation de soi.

Le revenu. Les personnes dont le revenu se situe sous les 8,000$ par an obtiennent des résultats significativement plus bas que les autres en ce qui a trait à l'échelle valeurs actualisantes, mais plus élevés à l'échelle conception positive de l'être humain et encore plus pour ce qui est de l'échelle capacité d'intimité dans les relations. Curieusement, dans ce dernier cas, la catégorie de 30,000$ et plus a des résultats significativement plus bas que les autres.

REVENU/VALEURS ACTUALISANTES

Revenu	$\bar{x}$ (5 tests)
0$ à 7,999$	15.55 (a <= 0.10)
8,000$ à 11,999$	18.13
12,000$ à 19,999$	18.88
20,000$ à 29,999$	19.79
30,000$ et plus	17.35 (a <= 0.10)

REVENU/CONCEPTION POSITIVE DE L'ETRE HUMAIN

Revenu	$\bar{x}$ (5 tests)
0$ à 7,999$	13.83 (a <= 0.09)
8,000$ à 11,999$	11.83
12,000$ à 19,999$	11.97
20,000$ à 29,999$	12.62
30,000$ et plus	11.13

REVENU/CAPACITE D'INTIMITE DANS LES RELATIONS

Revenu	$\bar{x}$ (5 tests)
0$ à 7,999$	19.27 (a <= 0.02)
8,000$ à 11,999$	17.11
12,000$ à 19,999$	16.81
20,000$ à 29,999$	16.18
30,000$ et plus	12.97 (a <= 0.01)

La présence ou l absence de partenaire. Enfin, le fait de cohabiter ou non avec un partenaire du même sexe ou d'un autre sexe a une influence sur la capacité et sur l'expression libre de ses propres sentiments dans son comportement (spontanéité).

PARTENAIRE/VALEURS ACTUALISANTES

Présence ou absence de partenaire	$\bar{x}$ (5 tests)
Vit avec partenaire	18.98 (a <= 0.06)
Vit sans partenaire	17.65

PARTENAIRE/SPONTANEITE

Présence ou absence de partenaire	$\bar{x}$ (5 tests)
Vit avec partenaire	10.19 (a <= 0.03)
Vit sans partenaire	9.04

Conclusion.

Les facteurs socio-économiques exercent effectivement une certaine influence sur le niveau d'actualisation de soi des personnes âgées, mais cette influence ne s'est pas révélée aussi déterminante que nous le supposions.

Fait quelque peu étonnant, la participation à des activités éducatives et l'occupation antérieure n'ont pas d'influence significative sur aucune des dimensions de l'actualisation de soi mesurées par le POI. De son côté, la variable sexe n'influence qu'une seule des échelles: la manière de concevoir l'être humain, les femmes manifestant une vue plus positive que les hommes. Il en est de même pour le niveau de scolarité. Le seul aspect de l'actualisation qui est touché par cette variable est la capacité de donner un sens à des réalités de la vie apparemment contradictoires.

La variable présence ou absence de partenaire exerce quant à elle une influence significative sur les résultats obtenus à deux échelles, celle de l'acceptation des valeurs des gens qui s'actualisent et celle de la capacité d'exprimer librement ses sentiments dans son comportement. La personne vivant seule a donc plus de difficultés que les autres à accepter les valeurs actualisantes et à exprimer ses sentiments.

Pour ce qui est du revenu, il affecte trois aspects de l'actualisation de soi: les valeurs actualisantes, la conception positive de l'être humain et la capacité d'intimité dans les relations.

L'âge est le facteur qui affecte le plus grand nombre de dimensions de l'actualisation de soi. Le groupe le plus âgé (70-74 ans) obtient des scores significativement plus bas sur cinq échelles spécifiques du POI (flexibilité, spontanéité, acceptation de soi, conception de l'être humain, acceptation de l'agressivité) et sur une échelle globale très importante, celle de la référence à soi. Est-ce à dire que l'âge en tant que tel soit déterminant? Nous croyons plutôt que l'âge de 70 ans et plus représente dans la plupart des cas un seuil critique où le déclin des forces physiques entraîne une perte d'autonomie se répercutant sur plusieurs dimensions de l'actualisation de soi.

Il reste que dans l ensemble les facteurs socio-économiques qui sont, rappelons-le, des facteurs sur lesquels l'individu n'a pas de contrôle direct, n'ont pas, heureusement, une influence aussi décisive et déterminante sur l actualisation de soi qu'on serait porté à le croire. Cette observation nous amène à faire l'hypothèse que les facteurs personnels tels que l'ouverture à son expérience, l'aptitude à vivre dans le présent et la capacité de faire confiance à son organisme ont une influence beaucoup plus déterminante sur l'actualisation de soi. Or, ce sont là des facteurs sur lesquels la personne peut agir grâce, notamment, à des actions éducatives, thérapeutiques et sociales appropriées.

Il resterait à définir les conditions et les traits que prendraient ces actions. C'est là une tâche complexe et ardue, mais il se pourrait qu'elle soit le principal moyen à notre disposition pour découvrir les facteurs qui contribuent le plus au bon vieillissement.

BIBLIOGRAPHIE

KNAPP, R.R. (1976), Handbook for the Personal Orientation Inventory, San Diego, Ca., Edits Publishers.

ROGERS, C. (1966), Le développement de la personne. Paris, Dunod.

ROGERS, C. et MEADOR, B. (1973), Client-Centered Therapy, Current Psychotherapy, ed. by R. Corsini, Itasca III, Peacok Pub.

SHOSTROM, E.L. (1964), An Inventory for the Measurement of Self-Actualization, Educational and Psychological Measurement, vol. 24, pp. 207-218.

SHOSTROM, E.L. (1974), Manual for the Personal Orientation Inventory, San Diego, Ca., Edits Publishers.

TREMBLAY, B. (1968), L'influence du niveau d'actualisation de soi des enseignants sur l'apprentissage expérientiel des étudiants de niveau collégial. Thèse inédite, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.

LE PROFIL D'ACTUALISATION DE SOI DES PERSONNES AGEES "PARTICIPANTES"

Norman Poulin, M.Ps.
Gilbert Leclerc, Ph.D.[1]

Introduction.

Au cours des années 50, deux psychologues américains, Abraham Maslow et Carl Rogers, ont introduit et popularisé le concept d'actualisation de soi. De façon pratique, ce concept désigne le degré relatif selon lequel la personne humaine est parvenue à développer son potentiel psychologique et à l'exercer plus ou moins adéquatement dans les diverses dimensions de son expérience intérieure et de son comportement adaptatif.

En 1963, Everett Shostrom parvint à mettre au point un instrument permettant de mesurer douze dimensions de l'actualisation de soi et d'en établir un profil. Depuis lors, une multitude de recherches ont été faites pour mieux connaître ce qui caractérise et influence le développement normal du jeune adulte et de l'adulte moyen.

Cependant, jusqu'à présent, on ne s est guère intéressé à l'actualisation de soi des personnes vieillissantes et âgées et, à plus forte raison, de celles qui vivent dans leur habitat so-

---

1. Cette recherche a été réalisée par le Groupe de recherches sur l'actualisation de soi des personnes âgées (GRASPA) de l Université de Sherbrooke grâce à une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH).

cial naturel. Tant aux Etats-Unis qu'au Canada, les recherches psychologiques en gérontologie portent généralement sur le développement psychopathologique et sur des problèmes particuliers au troisième âge. De plus, la majorité de ces études portent sur des sujets âgés vivant en institution alors que plus de 90% des aînés (55 ans et plus) se trouvent hors des institutions.

Le groupe de recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées (GRASPA) s'est précisément orienté vers l'étude des caractéristiques psychologiques globales des personnes âgées vivant dans leur milieu naturel et, tout particulièrement, à celle du profil d'actualisation de soi des personnes âgées "par-"ticipantes" afin de mieux connaître leurs forces et leurs faiblesses psychologiques caractéristiques.

L'expression "personnes âgées participantes" désigne cette catégorie particulière d'aînés qui s'inscrivent librement aux diverses activités éducatives, culturelles, socio-récréatives, etc. offertes aux gens du troisième âge, qui sont membres des clubs de l'âge d'or, des organismes de charité et de bénévolat, qui participent aux comités et groupements de citoyens âgés et qui se portent volontaires comme sujets des groupes expérimentaux ou de contrôle constitués par les projets de recherche relatifs au troisième âge. On a choisi le terme "participant" comme étant celui qui nous semblait le plus neutre et le plus descriptif de la réalité identifiée.

Nous présentons ici les résultats de l'analyse des données provenant de plusieurs groupes de personnes âgées "participantes". Cet exposé comprendra trois parties: la méthodologie, l'analyse des résultats et les implications pratiques de ces résultats.

Méthodologie

Dans le cadre de diverses recherches effectuées depuis quelques années sur l'impact de divers types d'activités éducatives offertes aux aînés, six groupes distincts de personnes âgées (voir annexe A), ont été mesurés à l'aide du même instrument, soit la version française du Personnel Orientation Inventory (POI) d'Everett L. Shostrom (1963).

Ces six groupes de personnes âgées "participantes", provenant de l'Estrie et de la région de Montréal, totalisent 181 sujets âgés de 59 à 78 ans dont l'âge moyen est de 66.1 ans. On y compte 36.2% d'hommes (n=48) et 63.8% de femmes (n=133). Comme nous n'en sommes encore qu'au stade des études exploratoires, ces sujets ne constituent pas, comme tel, un échantillon représentatif; cependant, ils fournissent quand même des renseignements permettant de cerner des tendances et de formuler des hypothèses pour des recherches éventuelles.

La version française du POI, utilisée comme instrument de mesure, a été validée en 1968 par Bernard Tremblay. Les coefficients de validité et de fidélité obtenus sont équivalents à ceux de la version américaine originale[2] qui font du POI un instrument dont la valeur instrumentale demeure incontestée (Knapp, 1976, pp. 76-85).

Le POI a été constitué à partir des formulations théoriques et des observations cliniques des principaux représentants

---

2. Le coefficient moyen de fidélité est de .76, variant de .55 à .85 selon les échelles.

de la psychologie humaniste-existentielle américaine (Knapp, 1976, 2-4). Shostrom (1963) a retenu douze (12) dimensions caractéristiques de l'actualisation de soi: la compétence temporelle, la référence à soi, les valeurs actualisantes, la flexibilité, la sensibilité au ressenti, la spontanéité, l'estime de soi, l'acceptation (inconditionnelle) de soi, la conception positive de la personne humaine, le sens du relatif (synergie), l'acceptation de son agressivité et la capacité d'intimité dans ses relations. L'annexe B présente une description plus détaillée de chacune de ces 12 dimensions du POI.

Techniquement, les résultats obtenus à la compilation du POI, peuvent être reportés sur une feuille-profil (voir annexe D). Celle-ci présente 12 échelles graduées de manière à pouvoir les comparer entre elles en référence aux scores standardisés qui servent à établir six zones normatives: trois de chaque côté de la ligne de démarcation entre le niveau d'actualisation optimale - entre 50 et 60 - et les trois autres niveaux de non-actualisation plus ou moins prononcée, situés sous cette ligne. De plus, il est possible d'établir deux ratios qu'on a convenu d'appeler "rapport au temps" (time ratio) et "rapport à soi " (support ratio) à partir des scores des deux premières échelles représentant les deux dimensions les plus centrales de l'"orientation personnelle", soit la "compétence temporelle" (Tc) et la "référence à soi" (I). Pour chacune de ces deux échelles, on divise le score de compétence par le score d'incompétence; le rapport qui en résulte constitue, d'après plusieurs études américaines (Knapp, 1976, p. 78), un indicateur du niveau d'actualisation de soi reflété par l'ensemble du profil.

Les données des six groupes de personnes âgées "participantes", qui ont été utilisées dans la présente étude, proviennent précisément des prétests effectués auprès de ces groupes. Comme ces six groupes présentaient des profils ayant sensiblement le même patron, il nous apparaissait justifiable d'en dégager un profil moyen faisant ressortir plus nettement leurs caractéristiques communes (voir annexes C et D) aux diverses échelles et aux deux ratios.

Résultats.

Nous allons d'abord considérer successivement chacun des deux ratios, car ceux-ci donnent un aperçu du niveau global d'actualisation de soi des sujets étudiés. Puis nous allons analyser leur profil moyen qui, lui, détaille leurs forces et leurs faiblesses caractéristiques.

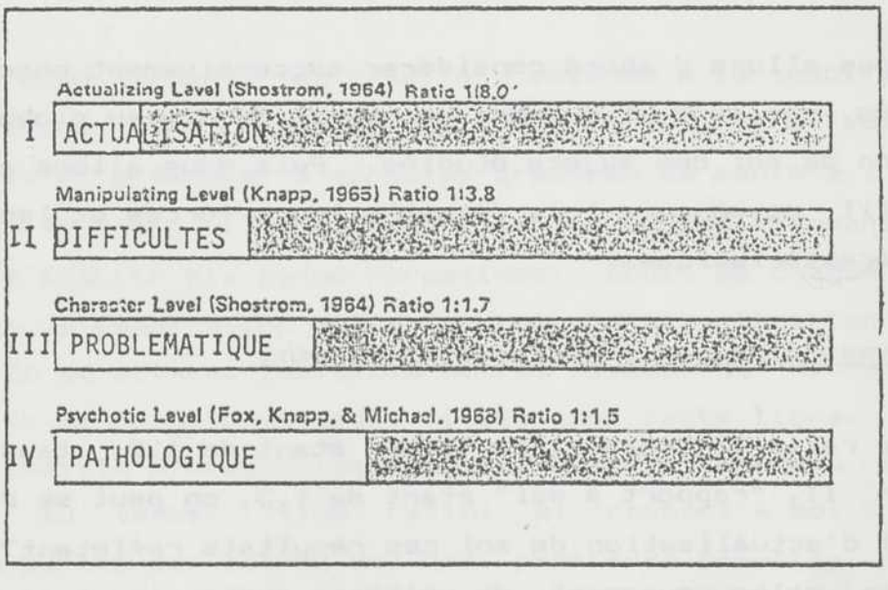
A- Le niveau global d'actualisation de soi.

Le ratio I, "rapport du temps" étant de 1.8, tandis que le ration II, "rapport à soi" étant de 1.3, on peut se demander quel degré d'actualisation de soi ces résultats reflètent? On ne dispose pas, malheureusement, de critères québécois ni même canadiens pour interpréter ces données. Les seuls critères présentement disponibles sont ceux établis par Shostrom, Knapp et leurs principaux collaborateurs (Knapp, 1976, 5-6) à partir d'échantillons américains d'adultes de tous âges.

Les figures 1 et 2 font état des critères américains d'interprétation des scores en fonction de quatre niveaux communément reconnus d'actualisation et de non-actualisation de soi.

C'est donc sous toutes réserves - et à titre indicatif seulement - que nous faisons référence à ces critères, tout en cherchant à vérifier, de façon empirique, leur pertinence par rapport aux personnes âgées qui font l'objet de la présente étude.

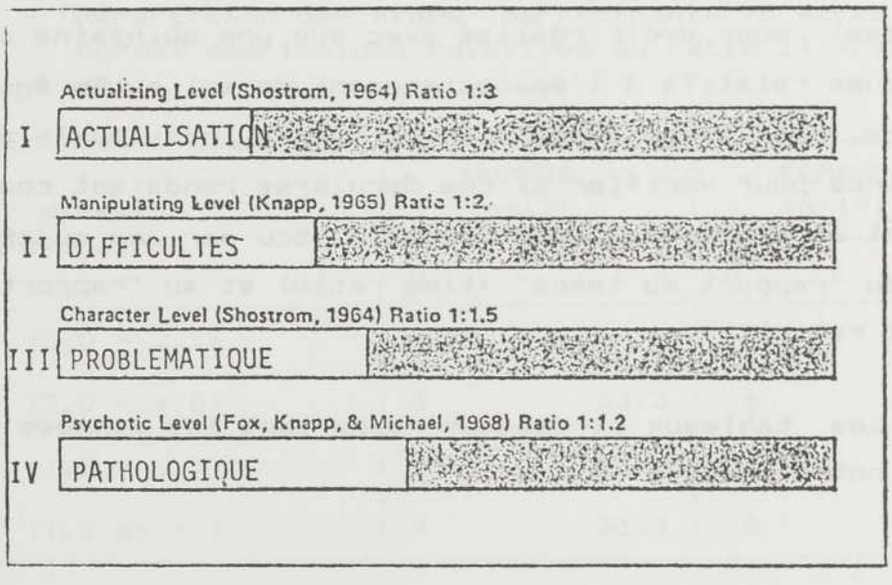
Fig. 1 - Normes américaines relatives au ratio I: "rapport au temps" (time ratio)



Au ratio I (rapport au temps), le score de 1.8 des personnes âgées "participantes", au regard des critères américains (figure 1), les situerait à la limite inférieure du niveau II tout près du seuil du niveau III dont le critère est 1.7. Ceci signifierait que nos sujets québécois éprouveraient des difficultés relativement sérieuses, presque problématiques, à vivre dans le présent, à être assidûment en contact avec leur vécu

immédiat et donc à en prendre conscience et à agir en fonction de lui. Bref, ne vivant pas principalement dans le présent, les aînés partici- pants" auraient plutôt une tendance non-actualisante à vivre soit en fonction du passé fait de regrets, de nostalgie, de sentiments de culpabilité ou de ressentiments, soit en fonction de l'avenir avec des attentes, des anticipations, des projets idéalistes, des appréhensions, etc.

Fig. 2 - Normes américaines relatives au ratio II: "rapport à soi" (support ratio).



Quant au score du ratio II (rapport à soi) qui est de 1.3, il situerait l'échantillon québécois des personnes âgées "participantes" à la limite inférieure du niveau III, au seuil du ni-

veau IV (1.2). Ce résultat interprété d'après les critères américains (figure 2), indiquerait une carence problématique sérieuse d'autonomie frôlant le niveau pathologique. En somme, les personnes âgées "participantes", dans cette optique, seraient des gens fortement dépendants d'autrui, à la recherche d'influences sociales pour diriger leur existence, ayant besoin de groupes d'appartenance ou de référence dont ils dépendraient plus ou moins subtilement. Ce qui expliquerait leur propension à s'inscrire à toutes sortes d'activités et d'organismes.

Nous avons cherché à vérifier la pertinence de ces interprétations auprès d'un groupe expérimental dont nous connaissons personnellement et assez intimement les 31 sujets (12 hommes et 19 femmes) pour avoir réalisé avec eux une quinzaine d'ateliers thématiques relatifs à l'épanouissement de soi au 3e âge[3]. Pour ce faire, nous avons comparé leurs ratios individuels aux normes américaines pour vérifier si ces dernières rendaient compte adéquatement du degré réel de difficulté vécu par ces sujets relativement au "rapport au temps" (time ratio) et au "rapport à soi" (support ratio).

Les tableaux ci-dessous rapportent les données statistiques de notre analyse:

---

3. Ces ateliers furent conçus et animés par une équipe de quatre personnes ressources en développement personnel et en andragogie dont les deux auteurs de cet article ainsi que mesdames Francine Blouin et Maryel Grenier, psychologues.

Tableau 1 - Répartition des aînés "participants" d'après les normes américaines relatives au ratio I (rapport au temps).

Normes américaines		HOMMES (n=12)		FEMMES (n=19)	
		n	%	n	%
I	(8.0 - 3.9)	-	-	2	10.5
II	(3.8 - 1.8)	8	66.6	10	52.6
III	(1.7 - 1.6)	-	-	-	-
IV	(1.5 et -)	4	33.3	7	36.9

Tableau 2 - Répartition des aînés "participants" d'après les normes américaines relatives au ratio II (rapport à soi).

Normes américaines		HOMMES (n=12)		FEMMES (n=19)	
		n	%	n	%
I	(3.0 - 2.1)	-	-	3	15.8
II	(2.0 - 1.6)	4	33.3	6	31.6
III	(1.5 - 1.3)	4	33.3	4	21.0
IV	(1.2 et -)	4	33.3	6	31.6

De cette analyse, nous pouvons tirer les trois conclusions suivantes:

1. Les critères américains semblent un peu trop sévères pour les sujets québécois de notre groupe de vérification, tels que perçus par quatre experts;

2. Il ne convient pas non plus de prendre à la lettre les quatre niveaux normatifs américains; cependant, il nous est apparu utile de regrouper les niveaux I et II ainsi que III et IV comme étant des prédicteurs valables du niveau satisfaisant ou problématique d'actualisation de soi des sujets de notre groupe de vérification;

3. Enfin, les scores de ratio ainsi interprétés par rapport aux normes américaines semblent discriminer assez adéquatement, à notre avis, les sujets qui s'actualisent bien de ceux qui s'actualisent moins bien.

A la lumière de ces critères élargis, les résultats des ratios des sujets de ce groupe d'aînés "participants", tels que présenté aux tableaux 1 et 2, ci-dessus, prennent une signification qui concorde davantage avec nos perceptions.

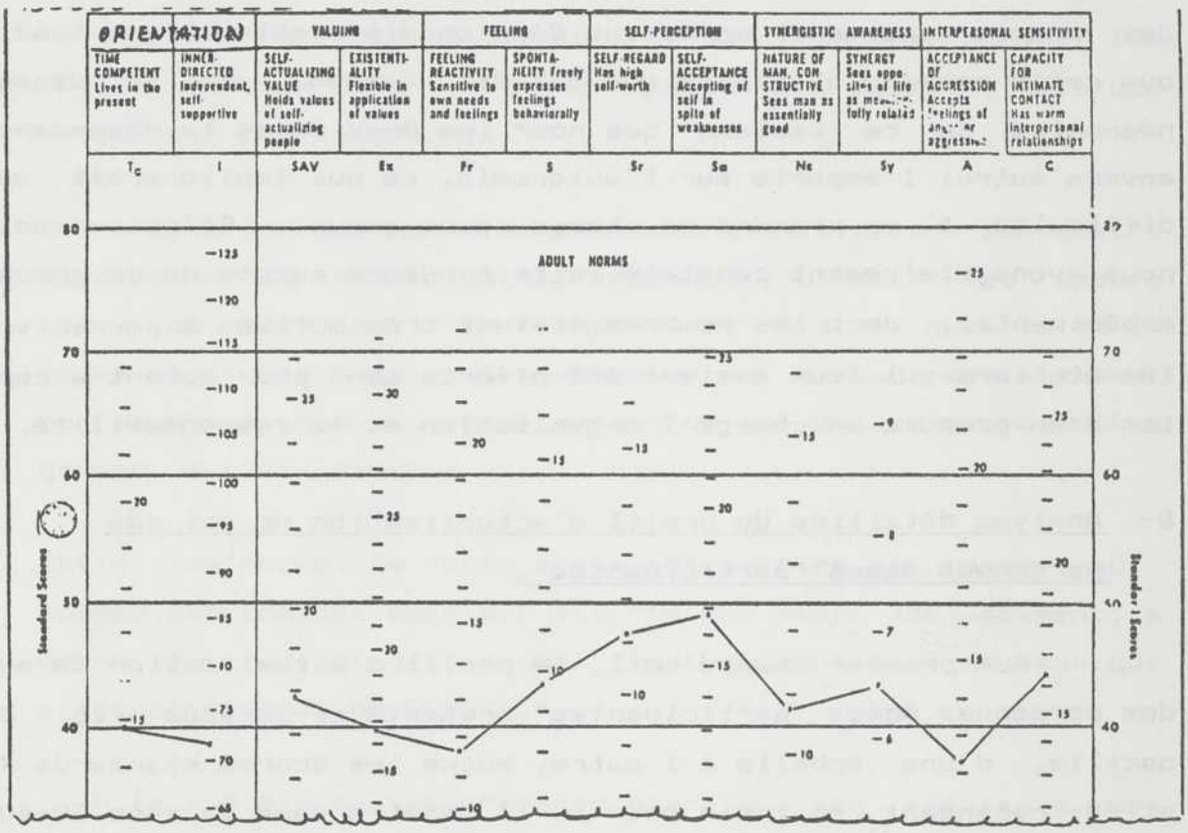
Au ratio I (rapport au temps) on constate que 65% des hommes et des femmes se situent au niveau I - II tandis que 35% se retrouvent au niveau III-IV; à notre avis cette indication refléterait bien la réalité à savoir que le tiers des aînés "participants" aurait de sérieuses difficultés à vivre suffisamment dans le présent pour y faire face de façon constructive.

En ce qui a trait au ratio II (rapport à soi), les hommes sont inférieurs aux femmes; on compte, en effet, 35% des hommes au niveau I-II, par rapport à 47% des femmes. Par contre, 66% des hommes accusent un manque d'autonomie problématique tandis que cette carence n'affecte que 53% des femmes. Il se dégage néanmoins de ce tableau que pour les deux sexes la dépendance envers autrui l'emporte sur l'autonomie, ce qui impliquerait une difficulté à se prendre en charge comme groupe. Effectivement, nous avons clairement constaté cette tendance auprès de ce groupe expérimental, dont les membres étaient très motivés à poursuivre les ateliers qui leur avaient été offerts sans pour autant accepter d'en prendre en charge l'organisation et la responsabilité.

B- Analyse détaillée du profil d'actualisation de soi des personnes âgées "participantes".

Au premier coup d'oeil, le profil d'actualisation de soi des personnes âgées "participantes" présenté ci-dessous (fig. 3) oscille, d'une échelle à l'autre, entre les scores standards 40 et 50; cependant, en trois points, il pénètre dans la zone 30-40. Cliniquement, ces deux zones sont considérées comme étant respectivement indicatrices de difficultés légères et de problèmes plus sérieux d'actualisation de soi alors que le profil optimal devrait se situer entre 50 et 60. On peut donc dire que de façon générale le profil présenté ici révèle des difficultés moyennes d'actualisation de soi des sujets étudiés.

Fig. 3 - Profil d'actualisation de soi des personnes âgées "participantes" (voir annexe D).



Pour procéder à une analyse plus détaillée du profil, nous examinerons successivement les trois points forts, les six dimensions de force moyenne - trois moyennement fortes et trois moyennement faibles - et, finalement, les trois points les plus faibles. En plus d'expliciter la signification de chaque point, nous indiquerons, à l'occasion, quelles sont les attitudes, les comportements et les moyens qui nous semblent les plus appropriés soit pour maintenir les dynamismes positifs, soit pour renforcer les ressources déficientes.

1. Les trois points forts du profil.

L'acceptation de soi (Sa). Parmi les douze dimensions majeures de l'actualisation de soi, considérées par le POI, l'acceptation de soi apparaît être celle qui est la mieux développée chez les aînés "participants". C'est donc dire que leur principale force est de pouvoir s'accepter à un degré qui frôle le seuil de l'actualisation optimale (score standard 50) malgré l'existence de faiblesses, de défauts, de limites actuelles ou passées. Le fait de parvenir à acquérir et à maintenir l'acceptation de soi suppose que les aînés "participants" ont intégré une attitude-clé de compréhension de soi et d'indulgence envers soi malgré une certaine diminution de leurs capacités physiques et la persistance de traits de personnalité pouvant affecter négativement leurs relations interpersonnelles. Cela implique aussi, habituellement, une capacité de différencier nettement ce qu'elles SONT de ce qu'elles FONT; ainsi elles peuvent s'accepter elles-mêmes de façon réaliste tout en étant insatisfaites de certaines attitudes et de comportements qu'elles adoptent ou encore être contrariées et chagrinées à cause des activités qu'elles ne peuvent plus pratiquer aussi bien que le font d'autres aînés de leur âge.

L'estime de soi (Sr). Un second point presqu'aussi élevé que le premier, c'est l'estime de soi. Cette échelle révèle que les aînés nourrissent un sentiment de valeur personnelle assez élevé: ils se considèrent comme étant des personnes valables pour avoir fait leurs preuves; ils apprécient ce qu'ils sont aussi bien que ce qu'ils font présentement, de sorte que la perception positive de leurs ressources facilite l'acceptation adéquate de ce qu'ils ne sont ou ne font pas, i.e. de leurs

limites. Généralement, l'estime actuelle de soi est en continuité avec l'estime qu'on éprouve par rapport à l'ensemble de sa vie et dont on a fait un bilan positif rendu au troisième âge. Il est donc important pour maintenir ou pour accroître son estime de soi d'adopter une attitude de satisfaction inconditionnelle face à ce qu'on a réalisé en faisant raisonnablement son possible, indépendamment des résultats objectifs que cela a donné. De plus, c'est en prenant conscience de son être profond, encore imparfaitement actualisé en soi, même parvenu au troisième âge, qu'on peut considérer avec indulgence ce qu'on a réalisé et chercher à actualiser davantage son potentiel. Bref l'estime accrue de soi constitue un dynamisme positif éminement favorable à l'épanouissement individuel. L'écueil le plus sournois, à ce niveau, est de s'identifier à ce qu'on a réalisé plus ou moins heureusement au cours de son existence, il convient plutôt d'y voir l'effet de son inachèvement, de considérer que le meilleur est encore à venir et de travailler à son actualisation.

La capacité d'intimité dans ses relations (C). Une troisième caractéristique positive importante des personnes âgées représentées ici, c'est la capacité d'établir des relations interpersonnelles chaleureuses et d'entrer en contact avec les autres de façon non superficielle. Cette capacité se manifeste dans la vie courante par une ouverture de coeur et d'esprit aux autres, par le souci de nourrir des amitiés sincères où l'on confie à l'autre son vécu plus personnel, intime même, que ce soit au niveau de ses pensées, de ses sentiments ou de ses actes. Selon Papalia et Olds (1979) "il semble que les relations interpersonnelles intimes deviennent de plus en plus essentielles au bonheur des personnes âgées". D'autres auteurs, tels Lowenthal & Haven (1968), ont démontré que les personnes âgées "qui ont des

rapports intimes et stables avec une personne à laquelle ils peuvent confier leurs vrais sentiments et leurs pensées les plus profondes... parler de leurs inquiétudes et de leurs souffrances... peuvent mieux surmonter les aléas et les crises du vieillissement, comme la retraite, le veuvage, l'éloignement des enfants, la diminution des capacités physiques, etc...". C'est en cultivant des attitudes de simplicité, de franchise, d'ouverture, de bienveillance et d'appréciation envers autrui ainsi que des comportements pratiques de bonne communication que l'on peut favoriser le mieux ce type de relations qualitatives avec autrui. Il est essentiel aussi de chercher à retrouver d'autres "grands amis" lorsqu'on perd ceux que l'on avait au lieu de démissionner à la pensée qu'on ne pourra jamais en trouver de pareils, qu'on n'aura jamais assez de temps pour construire une nouvelle relation d'amitié équivalente, que ça fait trop mal de perdre quelqu'un auquel on était intimement lié, etc...

2. Les ressources de force moyenne.

Cette seconde catégorie concerne 6 échelles du profil qui peuvent se subdiviser en deux sous-catégories: les ressources moyennement fortes et moyennement faibles.

2.1 Les ressources moyennement fortes.

Le profil-type présente trois dimensions dont le degré d'actualisation est un peu moindre que celui des trois points forts, mais qui peuvent être considérées comme étant des ressources complémentaires; il s'agit de la synergie, des valeurs actualisantes et de la spontanéité.

Le sens du relatif (synergie) (Sy). Les personnes âgées "participantes" présentent une capacité moyenne de concevoir les réalités de la vie comme étant complémentaires et significativement reliées entre elles. On peut cependant soupçonner chez elles quelques difficultés venant d'une inclinaison à faire des dichotomies et à mettre en opposition certaines réalités comme le travail et le loisir, le plaisir et l'effort, la tendresse et l'érotisme, l'égoisme et l'altruisme, etc. Il est souvent nécessaire d'amener les gens à identifier clairement que ces dichotomies sont des procédés cognitifs pour mieux discerner des aspects différents impliqués dans les mêmes réalités, non pas nécessairement des réalités de la vie différentes et radicalement opposées entre lesquelles il faut faire un choix de valeur.

Les valeurs actualisantes (SAV). Cette échelle indique que les personnes âgées "participantes" détiennent un certain nombre de valeurs qui s'éloignent quelque peu de celles des personnes qui s'actualisent pleinement. Ainsi, il est souvent difficile aux personnes âgées de décider et d'agir d'après les données de leur propre subjectivité (besoins, préférences, intérêt, aversions, etc.), ou bien de considérer qu'il leur appartient de déterminer eux-mêmes leurs propres valeurs morales. Sans rejeter totalement ces valeurs, elles s'y réfèrent avec prudence et modération, avec une certaine crainte de se tromper; elles sont donc portées à prendre en considération d'autres valeurs moins actualisantes comme: "il est impossible d'être altruiste tout en poursuivant ses propres intérêts"; "il faut se méfier des décisions prises spontanément"; "il est prétentieux de penser souvent à ses meilleures aptitudes et à ses plus belles qualités" ou encore, "on ne peut pas aimer vraiment quelqu'un sans nécessairement approuver ce qu'il dit et fait".

La spontanéité (S). Cette échelle indique que les personnes âgées participantes possèdent une assez bonne capacité d'exprimer ce qu'elles ressentent en réagissant spontanément par leurs comportements ou par leurs expressions non verbales. Cependant, leur capacité de réponse spontanée et directe est quelque peu inhibée soit par la peur de heurter ou de froisser les autres, soit par la peur de perdre leur estime, d'être blâmées, jugées ou rejetées. Dès lors qu'elles conçoivent que c'est une manière très valable d'informer autrui de la réalité de leur vécu par rapport à ce qui se passe, elles se sentent davantage légitimées d'être spontanées au lieu de considérer cela comme "un défaut de la vieillesse", ou bien "un manque de retenue". Toute la différence vient de l'intention qui anime l'expression spontanée et qui en qualifie les effets: informer produit davantage de compréhension et d'adaptation tandis que heurter suscite tensions et conflits.

2.2 Les ressources moyennement faibles.

Trois échelles sont comprises ici et leurs scores se situent tout près de la ligne 40 qui démarque le niveau des difficultés de celui des faiblesses problématiques. Ces trois échelles sont la conception de la nature humaine, la flexibilité dans l'application des valeurs et la compétence contemporelle.

La conception de la personne humaine (Nc). Le score moyen des personnes âgées "participantes" indique qu'elles ont tendance à concevoir la nature humaine de façon légèrement négative et qu'elles ont quelques affinités avec une conception plutôt pesssimiste par opposition à une vision foncièrement bonne, noble, admirable de la nature humaine. Cette manière de penser

relève soit de leur éducation religieuse, soit de leur expérience quelque peu décevante des rapports humains. Cette conception peut avoir des conséquences aussi subtiles que nuisibles au niveau de l'attention et de la confiance en sa subjectivité, de l'ouverture à autrui et de l'établissement de relations franches, confiantes, intimes et durables.

La flexibilité (Ex). Le résultat moyennement faible obtenu à cette échelle, indique que les personnes âgées ont une certaine tendance à réagir tant au plan existentiel (vie personnelle) qu'au plan situationnel (événements sociaux, relations interpersonnelles) en se référant de façon assez rigide à des principes et à des valeurs établis. Ceci a pour conséquence un certain manque de flexibilité dans l'application des normes (principes, valeurs) dans leur vie strictement personnelle aussi bien que dans leur manière de voir, de penser et d'agir face aux événements et situations de la vie courante. L'adhésion trop rigide aux principes et aux valeurs peut avoir des effets mésadaptatifs car cela les empêche de faire pleinement usage "de leur gros bon sens" ou bien engendre en eux des résistances ou des sentiments de culpabilité lorsqu'elles tendent à en déroger.

La compétence temporelle (Tc). Un troisième aspect moyennement faible du profil, c'est une légère incompétence temporelle. Cette expression désigne une propension quelque peu nuisible à vivre un peu trop, soit dans le passé, avec ses regrets et déceptions, ses sentiments de culpabilité et de ressentiments, ses souvenirs nostalgiques, etc..., soit dans le futur, avec ses idéalisations, ses projets ambitieux, ses anticipations défaitistes, ses attentes et ses peur. Ici les personnes âgées "participantes" présentent une certaine difficulté à vivre pleine-

ment dans le présent, à y intégrer harmonieusement les expériences passées et les perspectives d'avenir, à être pleinement en contact avec leur expérience présente et à être conscientes de ce qui se passe. Elles peuvent aussi, parfois, éprouver de la difficulté à traduire adéquatement leurs aspirations en projets concrets ou en activités signifiantes et satisfaisantes. D'autres fois, elles n'arrivent pas à trouver de continuité entre leur expérience passée et leur situation actuelle ou bien elles ne parviennent pas à vivre leur présent de façon à ce qu'elles puissent envisager l'avenir avec confiance et sérénité. Renier son passé ou éviter de regarder l'avenir sont deux signes d'incompétence temporelle qui peuvent saboter le présent; celui-ci, en effet, se trouve mal servi lorsque l'individu s'en détache plus ou moins considérablement pour s'investir excessivement dans le passé et (ou) dans le futur alors que la vie et l'adaptation se passent ici et maintenant.

3. Les trois dimensions les plus faibles.

Le profil d'actualisation de soi des personnes âgées "participantes" accuse trois points faibles qui s'enfoncent graphiquement dans la zone 30-40; celle-ci est considérée, au plan clinique, comme une zone d'aspects problématiques, i.e. de caractéristiques psychologiques qui font obstacles à l'ajustement personnel et (ou) à l'adaptation interpersonnelle. Ce sont l'autonomie, la sensibilité à son ressenti et l'acceptation de l'agressivité.

La référence à soi (I). Cette échelle est conçue pour mesurer si la manière caractéristique de réagir de l'individu est orientée par rapport à soi ou bien par rapport à autrui. En ter-

mes rogeriens, il s'agit ici de savoir si l'individu fonctionne principalement selon "un schème de référence interne" (autonomie) ou bien selon un "schème de référence externe" (dépendance, aliénation à autrui).

Ici, les personnes agées "participantes" présentent une de leur trois principales faiblesses, c'est-à-dire une tendance problématique à agir la plupart du temps sous l'influence directe ou indirecte de leur groupe de référence et (ou) d'appartenance (club d age d or, organismes auxquels ils participent, réseau d amis, famille, voisinage, etc.) ou en fonction de d'autres forces externes (les médias, les figures d autorité, les diseurs de bonne aventure, les idées qui courent, etc.). On a constaté concrètement qu il leur est donc bien difficile de se prendre en charge collectivement, de prendre en main leur cheminement collectif et d'organiser quelque chose d innovateur. Leur tendance à se fier soit aux personnes-ressources qui les rassemblent ou qui initient une activite, soit à l un ou l autre membre du groupe qui manifeste quelque leadership, fait qu elles hésitent à prendre des responsabilités, qu elles se fient peu à eux-memes et qu elles ont beaucoup besoin de support, d encadrement et d incitation pour s engager activement dans quelque chose et (ou) pour perséverer dans leur engagement. En somme, ce trait caractéristique fait qu elles ont tendance à agir en consommateurs plutôt qu'en réalisateurs, meme lorsqu elles ont les compétences et les ressources pour le faire.

La sensiblité au ressenti (Fr). Cette échelle rend compte de l aptitude à percevoir ses propres besoins et ressentis (sensitivity); ainsi que de la disposition à y répondre adéquatement (responsiveness). Le score relativement bas obtenu par les

personnes âgées, à ce point de vue, suggère une absence relative d'attention et de sensibilité à leurs ressentis et donc une difficulté à percevoir et à interpréter adéquatement les informations sensibles (felt meanings) venant de l'intérieur de soi.

Cette faiblesse a des conséquences mésadaptatives évidentes lorsqu'on ne tient pas suffisamment compte des sensations (plus ou moins subtiles) par lesquelles notre organisme cherche à nous faire prendre conscience des besoins qui se manifestent, des maladies qu'il éprouve et des réactions qu'il développe. En conséquence, on ne prend pas - ou pas à temps - les décisions appropriées, on ne pose pas les gestes qui s'imposent et il s'ensuit une accumulation croissante de frustrations. De plus, il en résulte l'émergence de malaises intrapsychiques diffus, un état de stress et (ou) d'anxiété chronique qui perturbe d'abord le bien-être émotif et qui affecte ensuite le bien-être physique, le manque de disponibilité mentale affectant l'attention, la mémoire, la concentration, la lucidité, les capacités de décision, d'organisation et d'action. Les malaises émotifs venant du désajustement interne se prolongent bien souvent en attitudes inadéquates et en comportements mésadaptatifs, soit de fermeture à l'entourage et de repli sur soi, soit de réactions excessives aux personnes et aux événements, dont les conséquences viennent encore amplifier les malaises internes qui les suscitent. On ne se détourne pas impunément de soi et du présent!

Nous avons souvent constaté que les aînés ont généralement beaucoup de difficultés à "entrer en soi"[4] et à s'arrêter pour prêter attention à ce qu'ils éprouvent, pour prendre conscience des avis de leur "moi profond" ou bien pour le consulter par rapport à ce qu'il y a de plus sage à faire en vue de telle ou telle circonstance. C'est qu'ils ont pris l'habitude de fonctionner principalement en référence à des données externes à eux-mêmes, qu'ils ne sont plus tellement familiers avec les données internes indispensables pour agir de façon autonome, pour répondre adéquatement à leurs propres besoins ou pour résoudre au fur et à mesure les malaises ressentis.

L'acceptation de son agressivité (A). Cette échelle constitue le dernier point faible des personnes âgées "participantes": leur difficulté à accepter leur agressivité normale et, par conséquent, leur tendance à la nier, à la refouler et à fonctionner sur la défensive. Les aînés ont généralement beaucoup de difficultés à exprimer convenablement leur agressivité dès lors qu'ils peuvent craindre que cela pourrait avoir quelques conséquences le moindrement indésirables auprès d'autrui.

En pratique, cela implique plusieurs formes de conditionnement et d'inhibition telles qu'éviter de laisser monter la colère en soi, d'être de mauvaise humeur, de formuler ouvertement des opinions critiques, de dire ou de faire ce qu'ils estiment juste, d'exprimer leur désaccord ou leurs sentiments de frustration par rapport à leurs proches, d'éviter toute situation tendue ou de défendre leurs intérêts.

---

4. C'est-à-dire à exercer la "centration" ou le "focussing" et à porter une attention réflexive à son expérience intérieure immédiate.

Ici le modèle de E.L. Shostrom (1973b), inspiré de ceux de O'Leary et de Millon, est éclairant pour montrer les effets mésadaptatifs de cette faiblesse. Les personnes qui refoulent leurs sentiments légitimes d'agressivité convertissent généralement cette énergie sous forme de complaisance envers autrui, puis ensuite d'auto-critique, de culpabilité, de retournement contre soi pouvant aller jusqu'à la dépression et au suicide. De fait, il apparaît que l'état dépressif, directement articulé à cette faiblesse, constitue la forme de psychopathologie la plus répandue, selon Wasylenki (1982) et que le taux de suicide officiellement reconnu, rapporté par Paul Hus (1977), atteint 25% alors que les personnes âgées ne constituent que 10% de la population québécoise.

En conclusion de cette partie, il est intéressant de montrer l'interdépendance relativement directe et assez étroite qui existe entre ces trois dimensions de non-actualisation des aînés "participants": la référence à soi, la sensibilité au ressenti et l'acceptation de son agressivité légitime.

La non-acceptation de son agressivité peut entraîner progressivement une "fermeture à l expérience immédiate (experiencing)" des autres sentiments et ressentis - les besoins, les goûts, les motivations, les objectifs personnels - tels que suggéré par la faiblesse au niveau de la "sensibilité au ressenti" (Fr); et tout ceci n'est point étranger au fait d'être trop centré sur l'approbation et l'appui d'autrui et de le prendre trop comme point de référence externe au détriment de la référence suffisante à sa conscience intime, d'où faiblesse à l'échelle "référence à soi" (I).

Implications pratiques

L'analyse des faiblesses du profil-type d'actualisation de soi des personnes âgées "participantes" suggère deux apprentissages essentiels à faire ou à parfaire pour en réduire les conséquences non actualisantes: apprendre à se centrer et apprendre à s'exprimer.

1. Apprendre à se centrer.

Pour s'actualiser pleinement, il importe, avant toute autre chose, d'être en contact significatif et assidu avec son expérience immédiate de manière à prendre conscience à tout instant de ce qui s'y passe, à en suivre attentivement le déroulement et à intervenir promptement pour corriger le processus ou bien pour résoudre les difficultés qui surviennent.

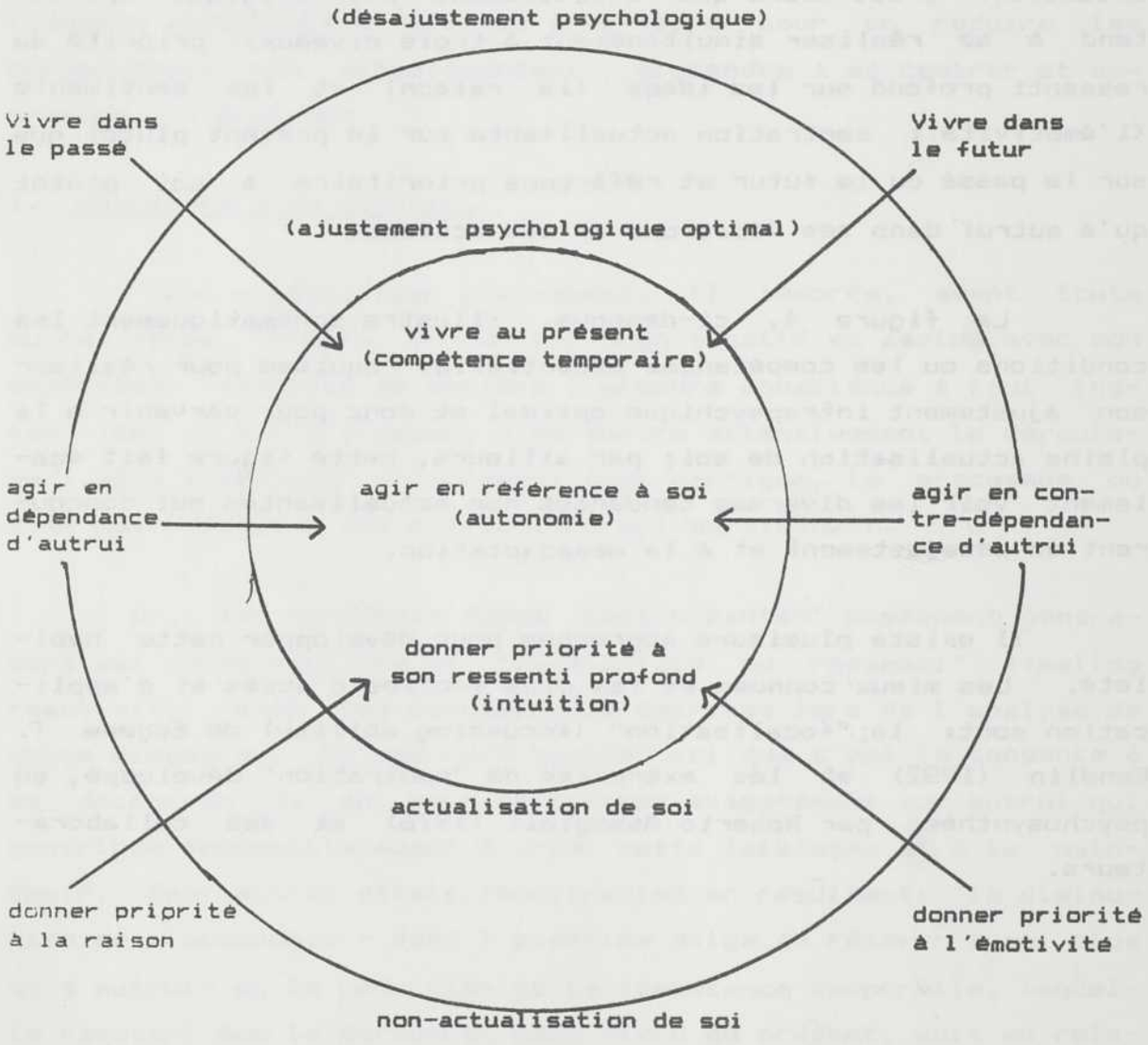
Or, les personnes âgées "participantes" possèdent généralement mal cette habileté de "sensibilité au ressenti" (feeling reactivity) avec les conséquences décrites lors de l'analyse de cette dimension. On pourrait ajouter ici que c'est la tendance à se décentrer de soi pour se centrer exagérément sur autrui qui contribue fondamentalement à créer cette faiblesse et à la maintenir. Deux autres effets indésirables en résultent: la diminution de l'autonomie - dont l'exercice exige de référer à soi plus qu'à autrui- et la réduction de la compétence temporelle, laquelle requiert que la personne, pour vivre au présent, soit en relation étroite avec son expérience présente, sans quoi ce sont les deux autres dimensions temporelles - le passé et/ou l'avenir qui deviennent son centre de référence temporelle.

Bref, apprendre à se centrer consiste essentiellement à développer et à exercer assidûment l'habileté à porter une attention assidue à son ressenti profond, autrement dit à son intuition. C'est alors que l'ajustement psychologique optimal tend à se réaliser simultanément à trois niveaux: priorité du ressenti profond sur les idées (la raison) et les sentiments (l'émotivité); centration actualisante sur le présent plutôt que sur le passé ou le futur et référence prioritaire à soi plutôt qu'à autrui dans ses décisions et ses actions.

La figure 4, ci-dessous, illustre schématiquement les conditions ou les compétences essentielles requises pour réaliser son ajustement intrapsychique optimal et donc pour parvenir à la pleine actualisation de soi; par ailleurs, cette figure fait également voir les diverses tendances non actualisantes qui concourent au désajustement et à la mésadaptation.

Il existe plusieurs approches pour développer cette habileté. Les mieux connues et les plus faciles d'accès et d'application sont: la "focalisation" (focussing ability) de Eugene T. Gendlin (1982) et les exercices de "centration" développé, en psychosynthèse, par Roberto Assogioli (1976) et ses collaborateurs.

Fig. 4: Les trois dimensions fondamentales de l'ajustement psychologique optimal et de l'actualisation de soi. (Norman Poulin, juin 1985).



2. Apprendre à s'exprimer.

Une deuxième habileté fondamentale indispensable à l'actualisation de soi, au plan interpersonnel, réside dans la capacité de s'exprimer adéquatement. "Adéquatement" implique beaucoup de choses, dont, entre autres, la prise de conscience des contenus de son expérience, la capacité d'ouverture à autrui et l'habileté à formuler des messages informatifs suffisamment explicites et non agressants.

Chez les personnes âgées, cette habileté est conditionnée par bien des facteurs dont les plus inhibants sont: l'interdit implicite de parler de soi sous peine d'être taxé d'égocentrisme, l'inhabilité à formuler des messages informatifs et la peur soit de blesser autrui, ou de devenir vulnérable aux propos des autres en leur exprimant son vécu personnel.

Divers moyens peuvent aider les aînés à se réhabiliter au plan de l'expression personnelle: 1) le faire dans le but d'informer autrui en mettant à sa disposition diverses informations subjectives pouvant l'aider à mieux se faire connaître, comprendre et apprécier ainsi qu'à mieux s'ajuster à la subjectivité de la personne qui s'exprime davantage. 2) Savoir qu'il existe divers niveaux d'informations personnelles (Miller et al, 1976) pouvant être exprimées à autrui: ce que l'on perçoit, ce que l'on pense (sait, comprend, interprète, imagine, prend conscience, se rappelle, etc.), ce que l'on ressent d'agréable et de désagréable, ce que l'on désire ou bien ce à quoi on est motivé ou enclin et finalement ce que l'on fait ou omet de faire. Il va de soi que ces divers contenus peuvent se situer au passé, au présent et au futur. 3) Enfin, il est souvent utile de connaître

la technique des "messages - je" de Thomas Gordon (1973) pour mieux formuler des messages informatifs dans lesquels on intègre divers niveaux d'information.

Conclusion.

Les résultats provenant de six groupes diversifiés de personnes âgées "participantes" obtenus à l'aide de la version française du POI (Shostrom, 1963), ont permis d'établir un profil moyen et deux ratios groupaux: le rapport au temps (time ratio) et le "rapport à soi" (support ratio).

Faute de normes canadiennes ou québécoises, il nous a fallu recourir aux normes américaines pour interpréter ces deux ratios. En vérifiant la pertinence de ces critères auprès d'un des six groupes dont nous connaissons personnellement et assez intimement les sujets, il nous est apparu qu'il ne convenait pas de les appliquer à la lettre; cependant, nous avons constaté qu'en regroupant les 4 niveaux deux à deux (I-II et III-IV), ces critères permettaient de distinguer les sujets qui s'actualisent relativement bien de ceux qui s'actualisent moins bien.

Quant à l'analyse du profil moyen des personnes âgées "participantes" des six groupes dont nous détenons les résultats, il apparaît trois points forts: (l'acceptation inconditionnelle de soi, l'estime de soi et la capacité d'intimité dans les relations interpersonnelles) auxquels s'ajoutent trois autres dimensions moyennement fortes telles que le sens du relatif, les valeurs actualisantes et la spontanéité. Par ailleurs, on peut observer trois aspects moyennement faibles: la conception positive de la personne humaine, la flexibilité dans l'application des

valeurs et la compétence temporelle ou la capacité de vivre principalement dans le présent. Enfin, le profil révèle que les trois faiblesses les plus caractéristiques des personnes âgées "participantes" ont trait à la référence à soi ou l'autonomie, à la sensibilité au ressenti et à l'acceptation de son agressivité légitime.

Deux apprentissages expérientiels essentiels sont proposés dans le but d'aider les personnes âgées "participantes" à réduire les conséquences non actualisantes des six dimensions les plus faibles de leur profil d'actualisation de soi: 1) apprendre à se centrer, i.e. à porter attention et à faire confiance à son ressenti, à sa subjectivité, au point d'en faire le point de référence de ses décisions courantes; 2) apprendre à s'exprimer de manière à informer ses proches de son vécu personnel pertinent, d'être mieux connu et compris d'eux et, par dessus tout, de les rendre conscients de ce qui fait l'objet de ses désaccords et de ses frustrations afin qu'ils puissent contribuer à la résolution du problème.

Comme nous l'avons mentionné, l'analyse de ces données s'inscrit dans le cadre d'une étude exploratoire. Les six groupes ne constituent pas comme tels un "échantilon représentatif" de la population des personnes âgées dites participantes"; des recherches expérimentales s'imposent afin de vérifier jusqu'à quel point les tendances manifestées par les groupes étudiés sont généralisables à l'ensemble des gens âgés du Québec.

A partir du constat que les personnes âgées "participantes" présentent un degré d'autonomie relativement faible, voire problématique, l'hypothèse que leur motivation de participation

pourrait s'expliquer en partie par une propension à la dépendance envers autrui serait à vérifier.

Il serait aussi fort utile et non moins intéressant d'établir scientifiquement le profil d'actualisation de soi de l'ensemble de la population des personnes âgés québécoises et de dégager de ces données divers profils plus spécifiques relatifs au sexe, au groupe d'âge, au niveau de santé mentale, au régime de vie (en institution vs à domicile; seul vs avec quelqu'un), à l'implication sociale (participant vs non-participant), etc.

Puissent donc les résultats de la présente étude relative au profil d'actualisation de soi des personnes âgées "participantes" contribuer, d'une manière ou d'une autre, à une meilleure connaissance et compréhension des aînés, ainsi qu'à l'élaboration d'interventions plus adaptées visant à favoriser davantage le maintien de leurs points forts et l'amélioration de leurs faiblesses caractéristiques.

ANNEXE A

DESCRIPTION DES SUJETS DES GROUPES ETUDIES A L'AIDE DU PERSONAL ORIENTATION INVENTORY (P.O.I.) D'EVERETT L. SHOSTROM (1963)

	GROUPE ET ACTIVITE	SUJETS N	SEXE H	SEXE F	AGE X
1.	"Conditionnement physique pour personnes âgées" (N. GOMEZ, F.E.P., U. de M., déc. 1979).	13	4	9	62.1
2.	"Groupe-témoins-bénévoles" (N.GOMEZ, F.E.P., U. de M., déc. 1979).	24	6	18	67.4
3.	"Danse sociale adaptée pour les personnes âgées" N. GOMEZ, F.E.P. U. de M., déc. 1979).	13	3	10	66.4
4.	"Détente active et conditionnement physique adapté au troisième âge" (N. POULIN et P. GAUTHIER, F.E.P.S. U. de S., fév. 1980).	84	15	69	67.5
5.	"Ateliers d'épanouissement personnel pour aînés" (N. POULIN G. LECLERC et al. GRASPA, U. de S., sept. 1983).	31	12	19	67.4
6.	"Groupe de contrôle" (N. POULIN, G. LECLERC et al. GRASPA, U. de S., sept. 1983).	19	10	9	66.1
	6 groupes	181	48 (36.2%)	133 (63.8%)	66.1

ANNEXE B

DESCRIPTION DES DOUZE ECHELLES DU P.O.I.[5]

1. (Tc) Compétence temporelle ("time competent") - Mesure jusqu'à quel point l'individu vit dans le présent - plutôt que dans le passé ou dans le futur - et y intègre significativement les deux autres instances temporelles.

2. (I) Référence à soi ("inner-directed") - Mesure le degré relatif d'autonomie et de référence à son schème de valeurs personnelles ("self-supportive") par opposition à la tendance non actualisante à trop prendre en considération le point de vue d'autrui et à agir en fonction des influences de l'entourage.

3. (SAV) Valeurs actualisantes ("self-actualizing values") - Mesure jusqu'à quel point les valeurs détenues par l'individu ressemblent à celles des personnes qui s'actualisent vraiment.

4. (Ex) Flexibilité ("existentiality") - Mesure l'habileté à réagir à ce qui se passe en faisant preuve de bon sens plutôt que d'intransigeance par rapport aux principes; elle constitue un indice de flexibilité relative dans l'application des principes et des valeurs à sa vie. Un score faible suggère une tendance à adhérer aux normes de façon compulsive ou dogmatique.

5. (Fr) Sensibilité au ressenti ("feeling reactivity") - Mesure la capacité de l'individu à identifier clairement ses ressentis (sentiments, besoins, motivations) et à en tenir compte dans son comportement ("responsiveness").

6. (S) Spontanéité ("spontaneity") - Mesure le degré de liberté de l'individu à réagir spontanément, à être lui-même, et à traduire librement ses ressentis en

---

5. Traduction et adaptation faite par Norman Poulin, Université de Sherbrooke, (DGEP), 1985, d'après les diverses descriptions de Shostrom, E.L. (1963, 1964, 1968, 1972, 1974), Shostrom, E.L. et Knapp, R.R. (1966, 1976) et Knapp, R.R. (1974).

comportements expressifs ou fonctionnels. Un score faible indique une peur d'agir de façon congruente.

7. (Sr) Estime de soi ("self regard") - Mesure le degré d'affirmation de soi et de confiance en soi fondée sur la percpetion positive de ses ressources et de sa valeur personnelle.

8. (Sa) Acceptation de soi ("self-acceptance"). - Mesure le degré de satisfaction de soi de l'individu malgré la conscience de ses defauts, faiblesses et carences; un score faible révèle une difficulté à s'accepter constructivement tant et aussi longtemps qu'il possède des imperfections. Il est plus difficile de développer l'acceptation de soi (Sa) que l'estime de soi (Sr); cependant, l'actualisation de soi requiert les deux.

9. (Nc) Conception positive de la nature humaine ("nature of man constructive". - Mesure la capacité de considérer l'être humain comme étant fondamentalement bon par opposition à essentiellement mauvais.

10. (Sy) Sens du relatif ("synergy"). - Mesure la capacité de l'individu de comprendre les réalités de l'existence en continuité signifiante les unes par rapport aux autres, au lieu de les concevoir comme étant radicalement opposées et irréductibles. Un score élevé suggère que la personne est capable de réconcilier les dichotomies courantes comme le bien et le mal, l'égoisme et l'altruisme, la spiritualité et la sensualité, la masculinité et la féminité, l'amour et la sensualité, la force et la sensibilité, l'effort et le plaisir, le travail et le loisir, etc... Par contre, un score faible reflète une tendance à comprendre les choses en termes absolus, de tout ou rien, de les voir de façon opposée, antagoniste plutôt que relatives et nuancées.

11. (A) Acceptation de son agressivité ("acceptance of agression"). - Mesure la capacité de l'individu de reconnaître la légitimité de ses sentiments d'agressivité, de se donner le droit de ressentir du mecon-

tentement et de la colère au lieu de s'empêcher d'éprouver de l'agressivité, d'en nier la réalité ou d'en réprimer aussitôt tant le ressenti que l'expression.

12. (C) Capacité d'intimité dans ses relations ("capacity for intimate contact"). - Mesure la capacité de l'individu d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles chaleureuses et affectueuses, affranchies d'attentes et d'obligations gênantes pour autrui. Un score faible indique une difficulté à entrer vraiment en contact personnel et profond avec autrui.

RATIO I Rapport au temps ("time ratio"). - Mesure le rapport entre le degré de compétence versus le degré d'incompétence temporelle. Cet indice est un prédicteur du niveau général d'actualisation de soi.

RATIO II Rapport à soi ("support ratio"). - Mesure le rapport entre la tendance à s'appuyer sur sa propre subjectivité par rapport à celle qui consiste à chercher le support d'autrui. Ce ratio indique quelle est la force relative du "scheme de référence interne" comme "locus de contrôle" de l'individu. Cet indice constitue également un prédicteur global d'actualisation.

ANNEXE C

SCORES MOYENS AUX DOUZE (12) ECHELLES DU P.O.I. OBTENUS LORS DU PRETEST PAR CHACUN DES SIX (6) GROUPES DE PERSONNES AGEES "PARTICIPANTES".

GROUPE	TC	I	SAV	Ex	Fr	S	Sr	Sc	Nc	Sv	A	C
1	16.6	74.1	18.9	17.4	11.7	10.5	11.8	15.8	10.8	7.2	12.5	19.9
2	13.8	68.6	17.5	15.4	10.4	9.2	11.5	13.7	10.0	6.0	11.6	14.0
3	13.7	70.4	17.5	15.6	13.1	9.4	10.8	13.2	9.8	6.3	13.1	16.6
4	13.7	67.6	17.1	15.3	10.3	9.4	10.7	12.9	10.4	7.0	11.0	14.2
5	15.8	74.7	18.2	18.2	12.0	9.7	10.5	15.3	11.4	6.7	13.2	16.8
6	15.5	75.5	18.5	17.9	12.1	9.9	11.8	15.2	12.1	8.8	12.5	15.5
x	14.85	71.81	17.95	16.63	11.70	9.68	11.18	16.86	10.68	6.50	12.31	16.26

ANNEXE D

PROFILE SHEET FOR THE PERSONAL ORIENTATION INVENTORY

NAME PROFIL-TYPE / PRETESTS-AINES DATE TESTED 1979 - 1980 - 1983 - 1984 - (PRE)

AGE $\bar{x}$ 66.1 SEX H: 48, F: 133

OCCUPATION (n = 181)

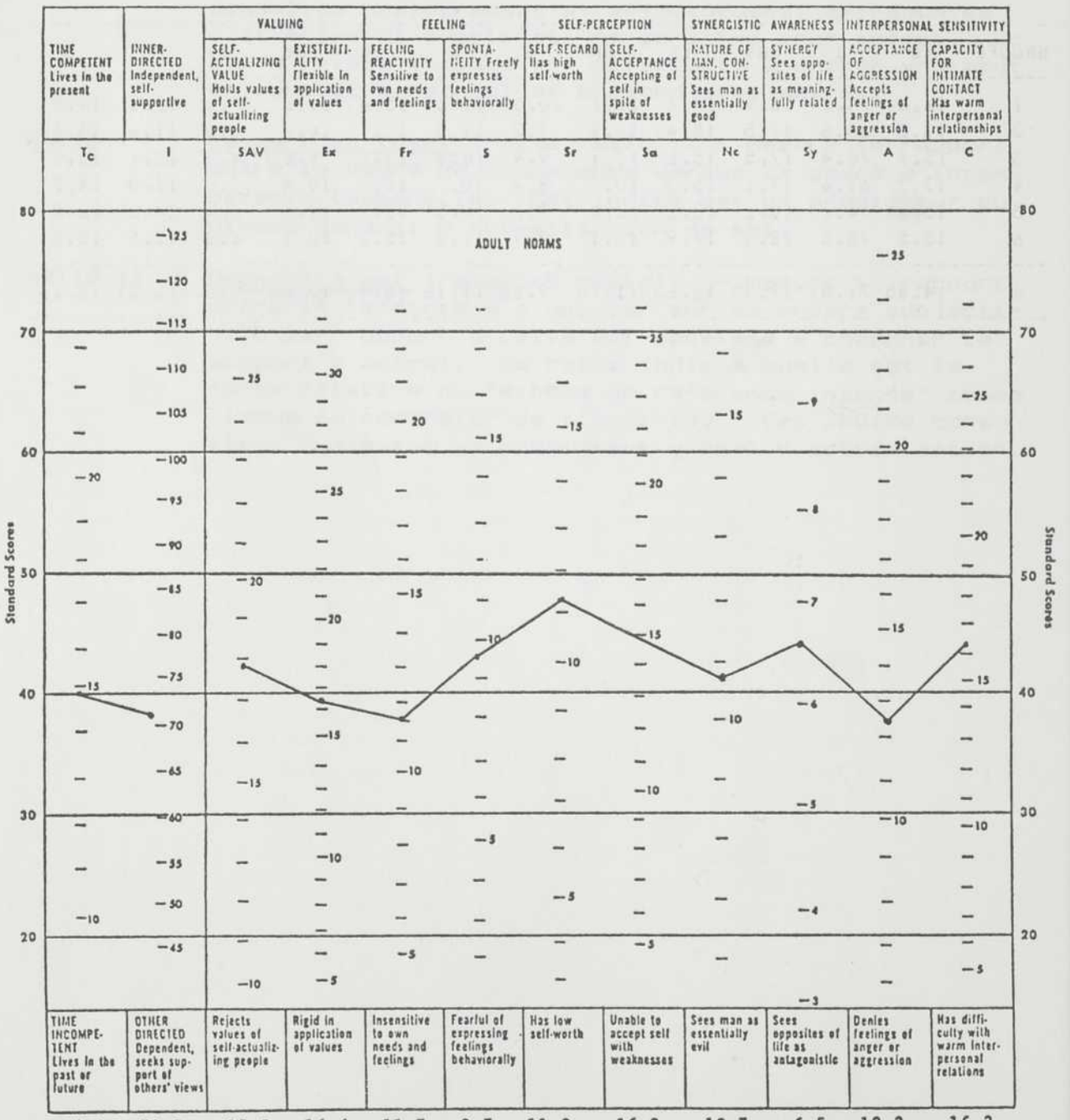
(6 groupes divers)

I $T_i - T_c$ (Time) Ratio:
Self-Actualizing Average: $T_i : T_c = 1:8$
Your Ratio: $T_i : T_c = 1:$ 1.8

1									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

II O - I (Support) Ratio:
Self-Actualizing Average: O:I = 1:3
Your Ratio: O:I = 1: 1.3

1									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



14.8	71.8	17.9	16.6	11.7	9.7	11.2	16.9	10.7	6.5	12.3	16.3

Raw Scores

COPYRIGHT © 1963, 1965 by EDUCATIONAL & INDUSTRIAL TESTING SERVICE, SAN DIEGO, CALIFORNIA 92107
REPRODUCTION OF THIS FORM BY ANY MEANS STRICTLY PROHIBITED

EDITS POI 040

REFERENCES

ASSAGIOLI, R. (1976), Psychosynthèse: principes et techniques, Paris: EPI, 186 p.

GENDLIN, E.T. (1982), Au centre de soi, Montréal, Editions du Jour.

GORDON, T. (1973), Parents efficaces, Québec, Editions Actualisation Inc.

KNAPP, R.R. (1976), Handbook for the Personal Orientation Inventory, San Diego, Edits.

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

MILLER, NUNNALLY & WACKMAN (1975), Alive and Aware: Improving Communication and Relationships..., Minneapolis: Interpersonal Communication Programs.

PAPALIA, D.E. & WENDKOS-OLDS, S. (1979), Le développement de la personne, Montréal, Editions HRW, p. 421.

PAUL HUS, G. (1977), "Aspects psychologiques du troisième âge". Médecin du Québec, 12, 5, 30-32.

SHOSTROM, E.L. (1963), Personal Orientation Inventory, San Diego, California: Edits/Educational & Industrial Testing Service.

SHOSTROM, E.L. (1964), "An Inventory of the Measurement of Self-Actualization", Edicational and Psychological Measurement, 24, 207-218.

SHOSTROM, E.L. (1968), "Time as an Integrating Factor" in Buhler, C. & Massarik, (eds.) The Course of Human Life: A Study of Goals in the Humanistic Perspective. New York: Springer, 351-359.

SHOSTROM, E.L. (1972), "The Measurement of Growth in Psychotherapy". Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 9, 194-198.

SHOSTROM, E.L. (1973), "Comment on a Test Review: The Personal Orientation Inventory", Journal of Counseling Psychology, 20, 479-481 (a).

SHOSTROM, E.L. (1973), "From Abnormality to Actualization". Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 10, 36-40 (b).

SHOSTROM, E.L. (1973), "Self-Actualization: A Scientific Ethic". The Counseling Psychologist, 4, 29-35 (c).

SHOSTROM, E.L. (1974), Manual for the Personal Orientation Inventory, San Diego, Calif.: EDITS/Educational and Industrial Testing Service.

SHOSTROM, E.L. & KNAPP, R.R. (1966), "The Relationship of a Measure of Self-Actualization (POI) to a Measure of Pathology (MMPI) and to Therapeutic Growth". American Journal of Psychotherapy, 20, 193-202.

SHOSTROM, E.L., KNAPP, L.F. & KNAPP, R.R. (1976), Actualizing Therapy: Foundations for a Scientific Ethic, San Diego: EDITS.

SHOSTROM, E.L., KNAPP, R.R. & KNAPP, L. (1966), "Validation of the Personal Orientation Dimensions. An Inventory for the Measurement of Dimensions of Actualizing". Educational and Psychological Measurement, 36,2, 491-494.

DESTRUCTURATION (?) DES PRAXIES CHEZ LE SUJET AGE NORMAL*

Bernadette Ska

Jean-Luc Nespoulous

Introduction.

Le terme "Praxie" désigne un ensemble varié de comportements moteurs dont les caractéristiques communes sont d'être volontaires, finalisés et acquis (Piaget, 1960; Signoret et North, 1979). Elles ont fait l'objet d'études en psychologie de l'enfant qui s'intéressent à leur évolution (e.a. Wallon Et Denjean, 1958; Piaget, 1960; Ajuriaguerra et Stambak, 1969; Galifret-Granjon, 1970) et en neuropsychologie qui s'intéressent à leur destructuration consécutive à certaines atteintes du système nerveux central (cf. e.a. Signoret et North, 1979). On parle alors "d'Apraxie", trouble authentifié par Liepman en 1900.

Les populations étudiées dans les recherches sur les praxies sont donc soit des enfants soit des adultes, mais ces derniers souffrant d'une lésion ou d'une atteinte cérébrale. Les adultes normaux n'entrent dans les échantillons examinés qu'à titre de sujets-témoins et non pas comme population directement visée.

---

*Recherche subventionnée par le Conseil de recherches médicales du Canada (CMRC PG-28).

Objectif.

Notre recherche vise donc un double objectif dans le prolongement des études sur les praxies: d'abord vérifier l'évolution des praxies chez les sujets âgés normaux en les comparant à des adultes plus jeunes; ensuite et par le fait même, établir des normes de comparaison basées sur l'âge utilisables dans les diagnostics cliniques en neuropsychologie.

La suite de cet exposé sera consacrée à la présentation d'une partie des données recueillies lors de notre recherche, à savoir les praxies impliquant la manipulation d'un objet, ce dernier étant présent ou absent.

Présentation de la recherche.

Protocole.

Une première étape de la recherche a consisté à élaborer un protocole d'examen des praxies. Deux principes d'organisation des items ont guidé sa construction. Le premier se réfère à la valeur sémiotique des gestes et le second, aux caractéristiques de l'exécution des gestes.

Sur le plan sémiotique, il est possible de ranger les gestes sur un continuum allant des gestes que l'on pourrait qualifier d'infra-symboliques aux gestes qui seraient ultra-symboliques en passant par les gestes symboliques en fonction d'une distanciation progressive par rapport aux objets signifiés.

Figure 1.
Organisation du protocole d'examen des praxies.

PRAXIES

COMPLEXITE SEMIOTIQUE

Déictiques

Actes - centripètes
- centrifuges

Mimes - d'actions - centripètes
- centrifuges
- d'états - état d'une personne
- qualité d'un objet
- représentation d'objets
- dans l'espace
- graphique

Gestes conventionnels - iconiques
- arbitraires

Gestes inédits - mouvements
- dessins

COMPLEXITE SUR LE PLAN DE LA PRODUCTION

Monomanuels / bimanuels

Singuliers / combinatoires

Non répétitifs / répétitifs

Dans les gestes infra-symboliques sont classés les déictiques ("montrer" un livre) et les actes avec utilisation d'objets réels (arroser une plante) car leur sens est donné d'emblée.

Dans les gestes à valeur symbolique, on retrouve les mimes: mimes d'actions (imiter quelqu'un qui se brosse les dents), les mimes d'état (imiter quelqu'un qui est fatigué), les mimes de qualité (faire comprendre que quelque chose est petit) et les mimes de forme (représenter un escalier en colimaçon). On y classe aussi les représentations graphiques (dessiner un bonhomme) et les gestes conventionnels (envoyer un baiser, faire le salut militaire).

Les gestes appelés inédits (porter successivement sa main sur l'épaule gauche puis sur l'épaule droite, geste fait sur imitation) et les copies de dessins sans signification (figure de Rey, 1941) sont qualifiés d'ultra-symboliques en raison de l'absence de signifié.

Sur le plan sémiotique toujours, une sous-catégorisation a été introduite pour les actes (avec objets réels) et les mimes d'actions (sans objet). En effet, ces gestes peuvent soit s'orienter et introduire des modifications sur le corps propre de celui qui les produit, soit s'orienter et produire des modifications sur des objets extérieurs à celui qui les produit. Dans le premier cas, ils sont appelés centripètes et dans le second, centrifuges. (Les données présentées dans cet exposé concernent ces deux catégories de gestes dont la liste complète se trouve en annexe).

Sur le plan de l'exécution des gestes, trois sous-catégosations sont envisagées. La première tient compte du nombre de mains exigé dans la réalisation de l'action: on a des gestes monomanuels et bimanuels. La seconde concerne leur complexité: certains gestes peuvent etre considérés comme singuliers si le ou les segments corporels impliqués partent d'une position initiale pour une position transitoire et reviennent à leur position initiale (boire un verre d'eau); d'autres gestes sont considérés comme combinatoires si les segments impliqués prennent plusieurs positions entre la position initiale et la position finale (enfiler un manteau). La dernière sous-catégorisation concerne l'aspect répétitif ou non des gestes et mouvements. Boire un verre d'eau est un geste singulier non repetitif tandis que taper sur un clou avec un marteau est un geste singulier répéti-

tif car l'on répète plusieurs fois le même geste de taper. (La liste des gestes correspondant aux différentes catégories sémiotiques et d'exécution est donnée en annexe).

Sujets

Pour les fins de la recherche, trois groupes de sujets, tous volontaires, ont été interviewés: le groupe a: 30 sujets, 10 hommes et 20 femmes, âgés entre 20 et 30 ans (moyenne: 26 ans 3 mois); le groupe b: 30 sujets, 7 hommes et 23 femmes âgés entre 40 et 50 ans (moyenne 44 ans 11 mois); et le groupe c: 36 su jets, 13 hommes et 23 femmes âgés de 60 à 82 ans (moyenne: 70 ans 1 mois).

Selon un questionnaire de dominance manuelle inspiré du test d'Edinburgh (Oldfield, 1971), on retouve 3 sujets gauchers dans le groupe a et un sujet gaucher dans le groupe b; un sujet ambidextre dans le groupe b et un sujet ambidextre dans le groupe c.

Le niveau de scolarité dans les différents groupes se présente comme suit: groupe a: un sujet de niveau primaire, 10 de niveau secondaire, 12 de niveau collégial et 7 de niveau universitaire; groupe b: 6 sujets de niveau secondaire, 2 de niveau collégial et 22 de niveau universitaire; groupe c: 11 de niveau primaire, 19 de niveau secondaire, 3 de niveau collégial et 8 de niveau universitaire.

Tous les sujets sont exempts de trouble neurologique.

Ceuillette des données.

L'entrevue individuelle de chaque sujet a été enregistrée sur magnétoscope. Huit ordres différents des catégories de gestes du protocole ont été établis au hasard, ordres eux-mêmes présentés au hasard.

Les gestes monomanuels (actes, mimes et gestes inédits) ont eté systématiquement produits de la main gauche d'abord et de la main droite ensuite.

Seulement 25 sujets du groupe c (personnes âgées de plus de 60 ans) ont passé le protocole complet y compris les manipulations d'objets réels. Pour ces sujets, l'entrevue s'est déroulée en deux seances distinctes.

Codage des données.

Les gestes produits ont été analysés en distinguant des composants statiques et des composants dynamiques. Les composants statiques recouvrent la forme que le sujet donne au(x) segment(s) corporel(s) impliqué(s). Les composants dynamiques recouvrent l'action réalisée et les relations établies entre les composants statiques.

Présentation des résultats.

A. Les actes.

Les 25 premières personnes âgées normales interrogées n'ont éprouvé aucune difficulté dans la manipulation des objets: la préhension des objets (composant statique) est conforme et les actions et relations (composants dynamiques) sont correctement reproduites.

Etant donné ces constatations, il a été jugé inutile de faire subir cette partie du protocole (qui implique une séance supplémentaire) au reste des sujets interrogés. En effet, les résultats de ces 25 sujets nous assurent de l'absence de troubles praxiques chez les personnes âgées normales dans cette catégorie de gestes.

B. Les mimes d'action.

1. Composants statiques.

Dans la présentation des données obtenues à partir de l'exécution des mimes d'actions, nous analyserons d'abord les composants statiques des gestes, c est-à-dire la forme que le sujet donne au(x) segment(s) impliqué(s) pour évoquer l'objet absent.

1.1 Gestes monomanuels singuliers non répétitifs.

Tableau 1.1
Gestes monomanuels singuliers non répétitifs: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement la forme des objets impliques (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Centripètes						
- verre	87	77	42	83	77	44
- parfum	90	90	81	93	87	64
- tél. (écouter)	83	87	44	80	83	42
- crème glacée	100	94	75	97	93	69
- sifflet	100	97	53	100	97	61
- café chaud	80	87	44	83	83	44
Centrifuges						
- lampe	93	100	94	93	100	94
- clé	100	100	94	100	100	94
- livre	100	97	92	100	87	92
- tiroir	100	100	89	100	100	89
- briquet	43	27	11	40	33	14
- plante	100	100	89	100	100	86

Le tableau 1.1 donne le pourcentage des sujets de chaque groupe qui reproduisent correctement la forme des objets impliqués dans les gestes monomanuels singuliers non répétifis. Ce tableau révèle que les personnes âgées (groupe c) réussissent nettement moins bien que les sujets des deux autres groupes en ce qui concerne les gestes centripetes, c est-à-dire orientés vers le corps propre, que ce soit de la main gauche ou de la main droite. Ces mêmes sujets âgés reussissent beaucoup mieux dans l'évocation des objets impliqués dans les gestes centrifuges en maintenant cependant une très legere difference avec les autres groupes. Parmi ces derniers gestes, allumer un briquet pose manifestement un problème à tous les sujets. La manipulation de

cet objet implique des habiletés psychomotrices fines puisqu'il n'exige qu'un seul petit mouvement du pouce sans aucun support dans le mime. La plupart des sujets ne peuvent s'empêcher de prendre la première phalange de l'index comme substitut au briquet absent. De plus, il nous est apparu lors des entrevues que cet objet était peu familier à bon nombre de sujets, entre autres, les non-fumeurs. Le mime de la manipulation du briquet semble donc non pertinent dans un protocole d'examen des praxies.

1.2 Gestes monomanuels singuliers répétitifs.

Tableau 1.2
Gestes monomanuels singuliers répétitifs: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement la forme des objets impliqués (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Centripètes						
- limer	80	77	47	77	80	64
- peigner	97	80	81	97	80	72
- brosser-dents	77	80	33	77	77	44
- soupe	67	37	25	73	40	39
Centrifuges						
- no. tél.	90	97	67	97	100	75
- repasser	93	100	83	97	100	83
- porte	100	100	78	100	100	78
- pinceau	100	97	78	100	97	69
- brasser-café	100	100	97	100	100	97

Le tableau 1.2 présente le pourcentage des sujets de chaque groupe qui reproduisent correctement la forme des objets impliqués dans les gestes monomanuels singuliers répétitifs. De la même façon que pour les gestes précédemment envisagés, les personnes âgées (groupe c) manifestent une chute dans la qualité de

l'exécution des composants statiques dans 3 gestes centripètes sur 4 lorsqu'on les compare aux deux groupes de sujets plus jeunes. La performance des sujets âgés est nettement meilleure dans les gestes centrifuges même si elle reste légèrement inférieure à celle des autres groupes.

1.3 Gestes bimanuels singuliers non répétitifs et répétitifs.

Tableau 1.3
Gestes bimanuels singuliers non répétitifs: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement la forme des objets impliqués (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Centripètes						
- jumelles	50	30	33	50	30	33
- tuque	100	100	92	100	100	92
- foulard-desserrer	77	83	72	97	87	78
- lunettes	97	90	91	100	94	97
Centrifuges						
- déchirer	100	100	89	100	100	92
- journal	100	90	92	100	97	97
- stylo	100	100	97	100	100	100
- parapluie	100	100	97	100	100	97

Tableau 1.4
Gestes bimanuels singuliers répétitifs: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement la forme des objets impliqués (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Centripètes						
- crème-joues	83	80	78	100	100	100
- savon-mains	100	100	100	100	100	100
- dos	97	97	89	97	100	97
- cheveux	93	100	97	93	100	97
Centrifuges						
- ciseaux	97	73	67	47	63	44
- clou	97	80	86	97	97	86
- crayon	100	100	86	100	97	89
- scie	77	77	58	93	87	78

A la lecture des résultats présentés dans les tableaux 1.3 et 1.4, on ne retouve plus cette différence dans la performance des sujets âgés entre les gestes centripètes et les gestes centrifuges.

La différence entre les différents groupes d'âge peut etre considerée comme négligeable.

On remarquera les résultats de la main droite qui évoque l'action de couper avec des ciseaux (tableau 1.4). La réponse correcte attendue est d'approcher et d'éloigner successivement le pouce assez droit de l'index légèrement plié comme si ces deux doigts se trouvaient dans les anneaux des ciseaux. La réponse la plus frequente chez les sujets qui ne font pas cela est d'éloigner et de rapprocher l'index et le majeur tendus qui symbolisent les deux lames donc l'objet lui-meme, et non l'action de couper.

1.4 Gestes bimanuels centripetes combinatoires.

Tableau 1.5
Gestes bimanuels centripètes combinatoires: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement la forme des objets impliqués (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
- veste	100	100	94	100	100	94
- ceinture	100	97	94	100	97	94
- mouchoir	97	70	54	100	100	100
- attacher foulard	100	100	94	100	100	94
- bague	100	100	100	100	100	97

Le tableau 1.5 donne les résultats obtenus par les sujets dans l'exécution des composants statiques des gestes centripètes

bimanuels combinatoires. La seule différence marquée se situe dans la forme de la main dans l'exécution du mime de se moucher par les personnes âgées. Elle s'explique par le fait que ces personnes ont exécuté ce mime d'une seule main.

1.5 Conclusions

Les résultats les plus intéressants issus de l'analyse des composants statiques concernent les gestes monomanuels centripètes. Dans cette catégorie, les sujets âgés réussissent nettement moins bien que les sujets des autres groupes.

Tableau 1.6
Gestes centripètes monomanuels singuliers: pourcentage des sujets qui utilisent une partie de leur coprs pour représenter l'objet manipulé (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Non répétitifs						
- verre	13	10	56	17	13	44
- parfum	3	7	17	0	7	25
- écouter tél.	13	3	19	13	3	14
- crème glacée	0	0	11	0	0	17
- sifflet	0	0	39	0	0	22
- café chaud	7	0	33	10	3	31
Répétitifs						
- limer	7	23	47	10	20	36
- peigner	3	17	19	3	20	25
- brosser-dents	23	7	56	13	13	44
- soupe	23	53	61	17	50	53

Au lieu d'évoquer la forme de l'objet en donnant à leur main la position qu'elle prendrait si l'objet était présent, l'erreur qu'ils commettent le plus fréquemment (voir tableau 1.6)

est d utiliser une partie de leur corps comme s il etait cet objet ("assimilation d une partie du corps à l'objet").

2. Composants dynamiques- actions

Le premier composant dynamique envisage dans l'analyse des gestes concerne la façon dont le sujet évoque ou mime l'action prescrite.

2.1 Gestes monomanuels

Tableau 2.1
Gestes monomanuels singuliers non répétitifs: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement l action impliquée (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Centripetes						
- verre	93	90	97	93	87	92
- parfum	100	100	100	100	100	100
- tél. (écouter)	93	100	100	93	97	100
- crème glacée	100	97	94	100	97	97
- sifflet	97	93	97	100	93	94
- café chaud	87	90	89	87	83	83
Centrifuges						
- lampe	97	100	94	97	100	100
- clé	100	100	100	100	100	100
- livre	100	77	75	100	80	75
- tiroir	100	100	100	100	100	97
- briquet	100	100	89	100	100	89
- plante	97	100	92	100	100	86

Tableau 2.2
Gestes monomanuels singuliers répétitifs: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement l'action impliquée (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Centripètes						
- limer	100	97	94	100	97	97
- peigner	100	97	100	100	100	100
- brosser-dents	100	83	83	97	77	89
- soupe	97	87	83	90	87	86
Centrifuges						
- no. tél.	97	97	94	100	97	83
- repasser	100	100	100	100	100	94
- porte	100	100	100	100	100	100
- pinceau	97	97	94	97	97	89
- brasser-café	100	100	100	96	100	100

Que les gestes monomanuels soient centripètes ou centrifuges, non répétitifs ou répétitifs, les tableaux 2.1 et 2.2 montrent clairement que les sujets de tous les groupes n'éprouvent aucune difficulté à reproduire l'action demandée.

2.2 Gestes bimanuels

Tableau 2.3
Gestes bimanuels singuliers non répétitifs: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement l'action impliquée (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche		
	a	b	c
Centripètes			
- jumelles	100	83	100
- tuque	100	100	97
- foulard-desserrer	100	97	97
- lunettes	97	100	81
Centrifuges			
- déchirer	100	93	83
- journal	100	93	92
- stylo	100	93	89
- parapluie	100	90	89

Tableau 2.4
Gestes bimanuels singuliers répétitifs: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement l'action impliquée (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche		
	a	b	c
Centripètes			
- crème-joues	100	100	100
- savon-mains	100	100	100
- dos	87	80	72
- cheveux	97	97	97
Centrifuges			
- ciseaux	83	83	86
- clou	93	97	94
- crayon	90	93	94
- scie	90	90	92

Tableau 2.5
Gestes bimanuels centripètes combinatoires: pourcentage des sujets qui reproduisent correctement l action impliquée (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche		
	a	b	c
- veste	90	77	49
- ceinture	77	80	83
- mouchoir	100	100	80
- attacher foulard	97	93	87
- bague	100	100	100

L'action est évoquée de la même façon par tous les sujets, que les gestes bimanuels soient non repetitifs (tableau 2.3), répétitifs (tableau 2.4) ou combinatoires (tableau 2.5) à une exception près ou les sujets âgés manifestent plus de difficultés. Il s'agit du mime où l'on demande d'enfiler une veste, que 51% des sujets âgés esquissent sans reproduire tous les détails gestuels que cette action demande en réalité. On assiste à un appauvrissement de l action.

2.3 Conclusions.

L'analyse des composants dynamiques qui évoquent l'action ne révèle pas de différence importante dans le comportement des sujets des différents groupes d'âge et dans les différentes catégories de gestes. Mimer l'aspect dynamique d'une action semble donc ne pas évoluer avec l'âge alors qu'évoquer le composant statique impliqué dans cette action, tout au moins lorsqu'il s'agit de gestes monomanuels centripètes, induit des différences entre les sujets âgés et les plus jeunes.

3. Composants dynamiques - Relations

Le second composant dynamique envisagé dans l'analyse des gestes concerne la façon dont le sujet tient compte des relations spatiales, temporelles et séquentielles impliquées dans les mimes produits.

3.1 Gestes monomanuels

Tableau 3.1
Gestes monomanuels singuliers non répétitifs: pourcentage des sujets qui respectent les relations impliquées dans l'exécution des gestes (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Centripètes						
- verre	97	93	89	97	93	92
- parfum	100	100	100	100	97	97
- tél. (écouter)	93	67	83	90	70	89
- crème glacée	97	90	86	97	90	86
- sifflet	100	100	97	100	100	97
- café chaud	93	73	75	93	77	67
Centrifuges						
- lampe	100	100	97	100	100	100
- clé	100	100	100	100	100	100
- livre	100	100	100	100	100	100
- tiroir	100	97	100	100	100	100
- briquet	100	97	100	100	97	100
- plante	100	100	97	100	100	100

Tableau 3.2
Gestes monomanuels singuliers répétitifs: pourcentage des sujets qui respectent les relations impliquées dans l'exécution des gestes (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche			main droite		
	a	b	c	a	b	c
Centripètes						
- limer	90	90	89	90	93	97
- peigner	100	100	100	100	100	100
- brosser-dents	60	53	47	67	57	61
- soupe	57	37	67	53	33	78
Centrifuges						
- no. tél.	70	63	36	87	80	50
- repasser	97	100	89	100	100	97
- porte	100	97	89	100	97	86
- pinceau	100	100	92	100	100	86
- brasser-café	100	96	73	100	96	73

Dans l'exécution des gestes monomanuels non répétitifs (tableau 3.1) et répétitifs (tableau 3.2), les sujets de tous les groupes respectent sensiblement de la même façon les relations impliquées. Seul le mime de composer un numéro de téléphone amène chez les personnes âgées une différence avec les autres groupes. De la main gauche, 47% des sujets âgés, et de la main droite, 39% de ces mêmes sujets situent leur geste dans un espace inadéquat, trop grand et mouvant. Les erreurs sont du même type pour "brasser du café". Les mimes "brosser ses dents" et "manger de la soupe" qui impliquent tous les deux un mouvement centripète vers la bouche sont réalisés avec des erreurs spatiales ou d'orientation pour les sujets de tous les groupes (tableau 3.2). En général, les mouvements sont trop larges pour la brosse à dent et la cuiller ne se rend pas jusqu'à la bouche.

3.3 Gestes bimanuels.

Tableau 3.3
Gestes bimanuels singuliers non répétitifs: pourcentage des sujets qui respectent les relations impliquées dans l'exécution des gestes (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche		
	a	b	c
Centripètes			
- jumelles	97	93	94
- tuque	100	100	97
- foulard-desserrer	100	100	100
- lunettes	97	100	97
Centrifuges			
- déchirer	100	100	97
- journal	97	100	97
- stylo	100	100	97
- parapluie	97	97	97

Tableau 3.4
Gestes bimanuels singuliers répétitifs: pourcentage des sujets qui respectent les relations impliquées dans l'exécution des gestes (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche		
	a	b	c
Centripètes			
- crème-joues	100	100	100
- savon-mains	100	100	100
- dos	90	87	75
- cheveux	100	100	100
Centrifuges			
- ciseaux	100	97	97
- clou	97	90	89
- crayon	80	100	89
- scie	97	93	86

Tableau 3.5
Gestes bimanuels centripètes combinatoires: pourcentage des sujets qui respectent les relations impliquées dans l'exécution des gestes (a: 20-30 ans; b: 40-50 ans; c: 60 ans et plus).

	main gauche		
	a	b	c
- veste	100	100	97
- ceinture	100	100	100
- mouchoir	100	100	100
- attacher foulard	100	100	100
- bague	100	100	100

Les relations impliquées dans les gestes bimanuels non répétitifs (tableau 3.3), répétitifs (tableau 3.4) et combinatoires (tableau 3.5) sont également respectées par les sujets de tous les groupes à l'exception du mime "essuyer son dos" où les sujets âgés font des erreurs spatiales (8%), des erreurs d'orientation (11%) ou les deux erreurs combinées (6%).

3.3 Conclusions.

L'analyse des composants dynamiques évoquant les relations impliquées dans les gestes permet de constater que cet aspect des praxies gestuelles n'est pas différent d'un groupe d'âge à l'autre. Les composants dynamiques - actions et - relations - ne sont donc pas atteints lors du vieillissement normal sauf dans deux mimes. Le premier, enfiler une veste amène une action simplifiée et l'autre, essuyer son dos induit une relation spatiale inadéquate. Ces deux mimes impliquent tous les deux le "passage" d'un objet dans le dos et donc des mouvements vers l'arrière et le haut du corps. Cet espace peut être plus problématique à respecter sans le guide d'un objet réel lorsque la motricité devient plus rigide avec le vieillissement.

Discussion.

Ayant considéré les données concernant les divers composants statiques et dynamiques des praxies exécutées par des sujets normaux appartenant à des groupes d'âge différents, il nous semble permis de dire que le vieillisement n'amène pratiquement pas de changement dans les composants dynamiques des gestes. Par contre, les composants statiques semblent atteints mais uniquement dans les gestes monomanuels centripètes non répétitifs et répétitifs, c'est-à-dire des gestes d'une sous catégorie sémiotique de notre protocole. Le comportement qui apparaît alors chez les sujets âgés et qui est rare chez les sujets plus jeunes (20 à 30 ans et 40 à 50 ans) est l'assimilation d'une partie du corps à l'objet. Au lieu d'évoquer l'objet absent en donnant à la main la forme qu'elle prendrait en présence de l'objet, la main elle-même devient cet objet qui agit.

Ce type d'erreur se produit beaucoup moins lors de l'exécution des gestes bimanuels centripètes, exception faite du mime de regarder dans les jumelles qui le suscite chez au moins la moitié de tous les sujets de tous les groupes d'âge (voir tableau 1.3). Ce phénomène pourrait etre un artefact de notre recherche si l'on considère que les objets à manipuler dans cette catégorie sont plutot "informes" comme une tuque, un foulard, des serviettes ou de la crème à joues ou encore des objets très fins comme des branches de lumettes. Il devient alors difficile de déceler l'évocation d'une forme qui à priori n'existe pas vraiment.

L'assimilation d'une partie du corps à l'objet est un comportement observé fréquemment chez les enfants jusqu'à l'âge de huit ans (e.a. Kaplan, 1968; Galifret-Granjon, 1970). Il est

également observé chez les apraxiques e.a. par Goodglass et Kaplan (1963, p. 718) qui considèrent "qu'utiliser une partie du corps comme objet peut permettre à l'aphasique d'échapper à la tâche difficile de reproduire une séquence de mouvements en dehors du contexte concret qui habituellement le suscite. Il offre la réalité de l'action sur un objet et sans doute, permet une expérience plus vivante du composant affectif de l'action prétendue". Autrement dit, l'assimilation d'une partie du corps à l'objet permettrait une matérialisation d'un composant de la tâche (composant statique dans notre analyse) et par ce biais, créerait un contexte concret dans lequel exécuter (réellement?) la tâche qui perd ainsi de son aspect fictif.

Cependant, les mimes ou gestes exécutés par les enfants (Kaplan, 1968; Galigret-Granjon, 1970) ou par des adultes traumatisés cérébreux (Goodglass et Kaplan, 1963) et qui suscitent une assimilation d'une partie du corps à l'objet correspondent aussi bien aux catégories centripètes que centrifuges de notre protocole. Lors de l'analyse de nos données, nous avons observé que ce comportement se produit essentiellement chez les personnes âgées lors de l'exécution des gestes monomanuels centripètes.

Etudiant la désintégration des praxies dans les démences, Ajuriaguerra et coll. (1966) ont observé que la première catégorie d'activités praxiques touchées est la catégorie des activités dites de construction qui impliquent la capacité de représentation de l'espace euclidien à 3 dimensions que l'on retrouve dans les dessins en perspective. Survient ensuite, toujours selon ces auteurs, la désorganisation des gestes se déroulant dans l'espace centré sur le corps propre. Enfin, on observe la perte de la permanence des objets, du regroupement des déplacements spatiaux

et de l'espace le plus concret des manipulations du monde extérieur. Se référant à la psychologie génétique de Piaget (1945, 1963), ces auteurs remarquent que la désintégration des praxies chez les déments reproduit dans les grandes lignes, mais en sens inverse, l'évolution des praxies chez l'enfant.

Lors de l'analyse des données de notre recherche portant sur les praxies de construction des sujets âgés normaux (Ska et coll, 1985) nous avons pu observer des manifestations de difficultés dans l'organisation des différentes parties du dessin dans l'espace, que l'objet dessiné soit abstrait comme le cube ou plus concret comme une pipe ou une maison. Ainsi, les premières habiletés à se désintégrer chez les déments tel que l'ont observé Ajuriaguerra et coll. (1966) sont également atteintes chez les sujets âgés normaux.

Quant aux praxies gestuelles, nos observations sur les gestes centripètes indiquent aussi des modifications chez les normaux dans les comportements qui se situent dans l'espace corporel. Les sujets âgés continuent à évoquer les composants dynamiques de ces actions mais ils ont tendance à concrétiser, matérialiser le composant statique au lieu d'en évoquer la forme.

Pour revenir au titre de note exposé, il ne nous semble donc pas pertinent de parler de désintégration des praxies gestuelles chez les sujets âgés normaux mais il faut souligner une modification certaine des praxies situées dans l'espace corporel alors que l'espace objectif extérieur est maintenu identique.

ANNEXE A

LISTE DES GESTES - MIMES D'ACTIONS

A- Centripètes monomanuels singuliers non répétitifs:

1- boire avec un verre - main gauche
2- sentir du parfum - main gauche
3- écouter au téléphone - main gauche
4- lécher de la crème glacée - main gauche
5- siffler dans un sifflet - main gauche
6- boire une tasse de café chaud - main gauche

7- boire avec un verre - main droite
8- sentir du parfum - main droite
9- écouter au téléphone - main droite
10- lécher de la crème glacée - main droite
11- siffler dans un sifflet - main droite
12- boire une tasse de café chaud - main droite

B- Centripètes monomanuels singuliers répétitifs:

13- limer un ongle - main gauche
14- se peigner - main gauche
15- se brosser les dents - main gauche
16- manger de la soupe avec une cuillère - main gauche

17- limer un ongle - main droite
18- se peigner - main droite
19- se brosser les dents - main droite
20- manger de la soupe avec une cuillère - main droite

C- Centripètes bimanuels singuliers non répétitifs:

21- regarder avec des jumelles
22- mettre une tuque
23- desserrer un foulard de son cou
24- mettre des lunettes

D- Centripètes bimanuels singuliers répétitifs:

25- mettre de la crème sur ses deux joues
26- se savonner les mains
27- s'essuyer le dos
28- s'essuyer les cheveux

E- Centripètes bimanuels combinatoires non répétitifs:

29- enfiler une veste
30- attacher une ceinture
31- se moucher en prenant un mouchoir plié
32- attacher un foulard autour de son cou
33- mettre une bague

F- Centrifuges monomanuels singuliers non répétitifs:

34- allumer une lampe - main gauche
35- tourner la clé dans la serrure - main gauche
36- tourner la page d'un livre - main gauche
37- ouvrir un tiroir - main gauche
38- allumer un briquet - main gauche
39- arroser une plante - main gauche

40- allumer une lampe - main droite
41- tourner la clé dans la serrure - main droite
42- tourner la page d'un livre - main droite
43- ouvrir un tiroir - main droite
44- allumer un briquet - main droite
45- arroser une plante - main droite

G- Centrifuges monomanuels singuliers répétitifs:

46- composer un no de téléphone - main gauche
47- repasser un vêtement - main gauche
48- frapper à une porte - main gauche
49- utiliser un pinceau - main gauche
50- brasser du café - main gauche

51- composer un no de téléphone - main droite
52- repasser un vêtement - main droite
53- frapper à une porte - main droite
54- utiliser un pinceau - main droite
55- brasser du café - main droite

H- Centrifuges bimanuels singuliers non répétitifs:

56- déchirer une feuille de papier en deux
57- ouvrir un journal
58- enlever le capuchon d'un stylo
59- ouvrir un parapluie

J- Centrifuges bimanuels singuliers répétitifs:

60- couper une feuille de papier avec des ciseaux
61- enfoncer un clou
62- aiguiser un crayon
63- scier un morceau de bois.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA, J. de, RICHARD, J., RODRIGUEZ, R., TISSOT, R., 1966, "Quelques aspects de la désintégration des praxies idéomotrices dans les démences du grand âge", Cortex, 11, 438-462.

AJURIAGUERRA, J.de, STAMBAK, M., 1969, "Developmental dyspraxia and Psychomotor Disorders". In Vinken, P.J. and Bryun, G.W. (eds), Handbook of Clinical Neurology, vol. 4, Amsterdam, North Holland Publishing Company, 443-464.

GALIFRET-GRANJON, N., 1970, "Contribution à l'étude du symbolisme chez l'enfant". La psychiatrie de l'enfant, XIII, 1, 130-209.

GALIFRET-GRANJON, N., 1974, "Etude génétique des productions d'actes mimés sur ordre". La psychiatrie de l'enfant, XVII, 1, 119-239.

GOODGLASS, H., KAPLAN, E., 1963, "Disturbance of Gesture and Pantomime in Aphasia". Brain, 86, 703-720.

LIEPMANN, H., 1980, "Das Kankheitsbild der Apraxie (motorischen Asymbolie) auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie". Monatsschrift fur Psychiatrie und Neurologie, 8, 15-44, 102-132, 182-197.

OLDFIELD, O.D., 1971, "The Assessment and Analysis of Handedness: The Edinburgh Inventory". Neuropsychologia, 9, 97-113.

PIAGET, J., 1945, La formation du symbole chez l'enfant. Neuchatel, Delachaux et Niestlé.

PIAGET, J., 1960, "Les praxies chez l'enfant". Revue Neurologique, 102, 6, 551-565.

PIAGET, J., 1963, La construction du réel, chez l'enfant Neuchatel, Delachaux et Niestlé.

REY, A., 1941, "L'examen psychologique dans le cas d'encéphalopathie traumatique". Archives de psychologie, XXVIII, 112.

SIGNORET, J.L., NORTH, P., 1979, "Les apraxies gestuelles". Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de la langue française, tome II, LXXVIIème session, Angers, 25-30 juin.

SKA, B., DESILETS, H, NESPOULOUS, J.L., 1985, "Performances de sujets âgés, indemnes de tout déficit neurologique dans diverses épreuves de production graphique". Congrès de la société canadienne de psychologie, Halifax, 6-8 juin.

WALLON, H., DENJEAN, G., 1958, "Sur quelques signes d'apraxie chez des enfants inadaptés". Annales médico-psychologiques, 116, II, 1-14.

TROISIEME PARTIE

Institutionnalisation et maintien à domicile

UNE EXPERIENCE DE COLLABORATION ENTRE BENEFICIAIRES ET INTERVENANTS POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE EN MILIEU DE SOINS PROLONGES

Lise Darveau-Fournier

Cette présentation rejoint plus particulièrement un des volets du thème de ce colloque: le fonctionnement social de la personne âgée. On prône beaucoup, depuis la dernière décennie, le maintien ou la restauration de l'autonomie des personnes âgées, leur propre prise en charge et leur participation à la vie de leur milieu. Pourtant, on peut constater que la plupart des politiques, règlements et programmes qui affectent les personnes âgées sont définis par des gens dits "experts" sans que les personnes concernées aient elles-mêmes leur mot à dire!

Une équipe interdisciplinaire de professeurs de l'Université Laval[1] a préparé un projet de formation continue dans lequel les bénéficiaires ont été invités à se joindre aux diverses catégories d'intervenants d'un centre hospitalier de soins prolongés (CHSP) et à agir comme experts pour définir les critères de qualité d'intervention qui devraient prévaloir dans leur milieu; ils ont ensuite discuté des moyens concrets d'appliquer ces critères.

---

1. Olive Goulet et Jacques Chalifour de l'Ecole des sciences infirmières, Louis Trudel de l'Ecole de réadaptation, Lise Lemay du Département de médecine sociale et préventive et Lise Darveau-Fournier de l'Ecole de service social, assistés de Normand Leavy, chargé de recherche.

Nous présenterons d abord la nature du projet, ses objectifs et sa méthodologie, de même que certains des résultats obtenus. Nous tenterons ensuite de dégager quelques conditions à privilégier pour faciliter la participation des personnes âgées au développement de leur milieu de vie.

Nature et contexte du projet.

Il s agit d'un projet de formation continue par les pairs qui s est déroulé a l Hopital Général de Québec[2] de juin 1983 à mai 1984. Nous avons défini comme pairs toutes les personnes qui forment la communauté de l Hopital: cadres, intervenants (personnel soignant et personnel de soutien); les bénéficiaires et leur famille. Nous les avons invités à identifier d abord eux-mêmes les critères de qualité d intervention qu ils considèrent souhaitables en milieu de soins prolongés, puis a confronter ces critères avec leur pratique quotidienne afin de trouver des moyens d'augmenter la qualité de vie de leur milieu.

Objectifs

Les objectifs du projet rejoignaient deux cibles: les bénéficiaires (améliorer leur qualité de vie) et les intervenants (améliorer leur degré de satisfaction au travail). De façon plus spécifique, le projet visait à stimuler le développement d'attitudes qui favorisent une approche globale du bénéficiaire, puis à permettre et faciliter la contribution particulière des diverses

---

2. L'Hôpital Général de Québec est un centre hospitalier de soins prolongés qui regroupait 434 bénéficiaires au moment de l étude.

catégories d'intervenants et des bénéficiaires à l'amélioration de la qualité de leur milieu.

La notion d'approche globale du bénéficiaire réfère à une conception unifiée de la personne, c'est-à-dire qui tient compte à la fois de ses besoins bio-physiologiques, psycho-sociaux et spirituels (Burnside, 1978; Bennett, 1978; Conseil des affaires sociales et de la famille, 1978). Elle implique aussi que le bénéficiaire participe activement, dans la mesure de ses capacités, aux décisions qui le concernent et à la prise en charge de ses besoins. Une telle approche se situe à l'opposé du modèle médical traditionnel qui perçoit plutôt le bénéficiaire comme un patient et qui le traite comme tel. La philosophie de l'approche globale ne va pas de soi, actuellement, dans les milieux de soins prolongés; de nombreux facteurs, dont, entre autres, l'état de santé des bénéficiaires, les conditions de travail des intervenants, sans oublier les traditions établies, contribuent au maintien de la prise en charge des bénéficiaires par l'institution.

Le projet de formation continue offrait alors une occasion aux intervenants de réfléchir sur la façon dont ils perçoivent les bénéficiaires, sur leur propre rôle par rapport à ceux des autres intervenants, et sur le milieu de soins prolongés dans son ensemble. Il offrait également aux bénéficiaires la possibilité de faire valoir leur point de vue et de sentir qu'ils peuvent encore faire des choix et avoir un certain degré de contrôle sur leur existence, tel que le suggèrent Beaver et Miller (1985).

Méthodologie.

On retrouve deux étapes principales dans le projet: une consultation sur les critères de qualité d'intervention, suivie d'une confrontation de ces critères avec la pratique quotidienne. Ces deux étapes ont aussi été évaluées. Le tableau qui suit présente un aperçu du déroulement de l'ensemble du projet.

La méthodologie retenue diffère de celle habituellement utilisée en formation continue. D'abord, le programme s est déroulé dans le milieu concerné, c'est-à-dire à l'Hopital même et sur les heures de travail, tel que le préconisent entre autres Bennett (1978), Almquist et coll. (1981). De plus, les activités de formation ont également rejoint les diverses catégories de travailleurs (infirmières et infirmiers; préposés aux bénéficiaires, aux services alimentaires et à l'entretien; techniciens en diététique, en réadaptation et en loisirs; physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététistes, agents de pastorale, administrateurs) qui oeuvrent à l'intérieur des mêmes équipes, dans le sens des remarques d'Hortala (1979). Enfin, les participants, tant bénéficiaires qu'intervenants, ont fait ressortir eux-mêmes les critères théoriques qu'ils souhaitent appliquer et ont évalué ensemble l'état de leur vécu quotidien en centre hospitalier de soins prolongés. Ils ont été ainsi leurs propres agents de formation.

Tableau 1

Formation continue par les pairs: méthodologie et réalisation

PERSONNES VISEES	BUTS	MOYENS	REALIATION	PARTICIPATION

1. Consultation:
 	
ensemble de la population de l'Hôpital Général.
	- Identifier les principes, les modalités d'intervention qu'une majorité de répondants (au moins 90%) juge importants pour assurer une qualité de vie dans leur milieu.	Questionnaire (143 énoncés, appuyés sur une étude de documentation), regroupant six thèmes:
		- philosophie des soins prolongés
		- environnement
		- activités de la vie quotidienne
		- dimensions psycho-sociales
		- questions spécifiques:
		  - incontinence
		  - confusion
		  - mort
		- fonctionnement en équipe interdisciplinaire
			- Liste consensuelle de critères de qualité d'intervention à l'Hôpital Général.	279 répondants au 1er tour de consultation dont au moins 34 bénéficiaires et 7 parents dûment identifiés.

2. Confrontation des critères: intervenants de formations et de fonctions différentes (de jour, de soir et de nuit), bénéficiaires et membres de leur famille intéressés à discuter, en groupes interdisciplinaires, de la qualité de vie à l'hôpital Général.	- examiner la pratique quotidienne à la lumière des critères reconnus souhaitables par les participants; - identifier des actions à entreprendre pour améliorer la qualité de vie à l'institution.	Groupes de discussion sur des critères sélectionnés parmi ceux de la liste consensuelle programme de 5 rencontres par groupe, incluant une séance de théatre par image.	- dix-sept groupes, 83 rencontres, discussions autour de 9 critères de qualité d'intervention	259 personnes inscrites dont 213 (incluant une vingtaine de bénéficiaires) ont assisté à la 1ère rencontre.
3. Evaluation: Les participants à l'ensemble du programme	- Identifier les effets du programme de formation continue sur les participants au niveau des changements - dans leurs attitudes envers le potentiel de réadaptation des personnes agées - dans leur degré de satisfaction au travail - dans leur perception de l'environnement immédiat: l'Hôpital.	Questionnaire: - avant le programme - apres le programme	- rapport final	325 répondants 125 répondants
	- Recueillir les perceptions et commentaires des participants - sur la formule pédagogique utilisée - sur le contenu théorique et pratique - sur la pertinence du projet	Evaluation verbale des participants lors de la dernière rencontre des groupes, à partir d'un guide de discussions à cet effet Rapport des animatrices pour chacune des rencontres. - resumés des discussions - suggestions émises - commentaires sur la rencontre		37 participants

Résultats.

Nous discuterons d'abord brièvement de la participation au projet; nous illustrerons ensuite par quelques exemples, certains résultats des discussions de groupe. Nous examinerons enfin quelques uns des principaux résultats de l'évaluation.

1- La participation

Le tableau qui précède fait ressortir, dans la dernière colonne, le nombre de participants qui se sont impliqués dans les diverses étapes du projet. Comme on le constate, la participation a été nombreuse, surtout si l'on tient compte de certaines difficultés qui ont surgi au cours du projet, liées entre autres à des facteurs d'ordre organisationnel (exemple: charges de travail à concilier avec les heures de rencontre de groupe, locaux de rencontre parfois moins appropriés, etc.)[3].

Pour ce qui est des bénéficiaires, le nombre de ceux qui ont participé au projet risque de paraître peu élevé; mais, selon nous, il demeure significatif si l'on se rappelle qu'au moment de l'étude, 83.2% d'entre eux avaient 75 ans et plus et que l'état de santé des personnes hospitalisées en CHSP est, pour plusieurs, lourdement hypothéqué.

---

3. Pour des informations plus complètes, consulter Darveau-Fournier, L., Chalifour, J., Goulet, O et coll. Formation continue par les pairs, Hôpital Général de Québec (1982-1984, Rapport final, Université Laval, janvier 1985.

2. La discussion

Lors des diverses séances des groupes de discussion, les participants ont examiné la pratique quotidienne en rapport avec des critères sélectionnés dans la liste consensuelle et ils ont cherché ensemble des moyens d'augmenter la qualité de vie de leur milieu. Nous mentionnons, à titre d'exemples, quelques-unes des suggestions qui ont été émises dans les groupes.

Au sujet des activités de la vie quotidienne, on suggère - pour favoriser l'autonomie des bénéficiaires - que certains horaires et règlements soient assouplis pour tenir davantage compte de leurs capacités et de leurs goûts; exemples:

- permettre à ceux qui le veulent et le peuvent d'écouter la télévision plus tard, en utilisant des écouteurs;
- allouer une période de temps plus longue pour les repas, de façon à permettre aux bénéficiaires qui le peuvent de manger par eux-mêmes;
- mettre en place des conditions qui facilitent l'implication des membres de la famille auprès du bénéficiaire;
- obtenir la présence de brancardiers le soir, pour permettre le coucher des bénéficiaires à une heure plus tardive.

Au sujet de l'environnement physique, on considère qu'il devrait se rapprocher le plus possible du milieu habituel de vie; on suggère entre autres:

- que les bénéficiaires puissent garder dans leur chambre certains meubles et objets personnels;
- qu'un local soit aménagé sur chaque étage de façon à ce que les bénéficiaires puissent rencontrer leurs proches, de même que les professionnels qu'ils consultent (médecins, notaires, etc.) dans un climat d'intimité.

Au sujet de l'accueil, on suggère - pour faciliter la tache au nouveau bénéficiaire:

- que des bénéficiaires participent à l'accueil des nouveaux et nouvelles;
- que l'accueil ne se limite pas exclusivement au moment de l'arrivée, mais se prolonge dans les jours qui suivent, par des activités de nature à favoriser l'intégration du bénéficiaire à son nouveau milieu.

3. L'évaluation

Des questionnaires pré-test et post-test ont été remplis par les participants. Ils portaient sur les attitudes envers le potentiel de réadaptation des personnes âgées (D'Amour, 1978), sur la satisfaction au travail (Brayfield et Rothe, 1951) et sur l'environnement (Moos, 1977).

L'analyse des réponses à ces questionnaires permet de croire que les répondants ont modifié leurs attitudes envers le

potentiel de réadaptation des personnes âgées, et cela de façon statistiquement significative. Parmi les attitudes mesurées, mentionnons, à titre d'illustration, la perception des besoins des personnes âgées (au plan des activités sociales, de leur désir sexuel, etc.), de leurs capacités (à prendre des décisions, à récupérer après une période de confusion, à redevenir continent, etc.), du traitement à leur accorder (les consulter, leur offrir des programmes de réadaptation, etc.).

Par contre, les résultats des deux autres sous-tests, soit ceux sur la satisfaction au travail et sur l'environnement, ne sont pas statistiquement significatifs, donc ne nous permettent pas de dire s'il y a eu ou non amorce de changement.

Les commentaires des participants, recueillis lors de la dernière rencontre des groupes, font ressortir que bénéficiaires et intervenants ont grandement apprécié les discussions en groupes interdisciplinaires; cela a été, expliquent-ils, une occasion de se parler entre gens de formations différentes, de fonctions différentes, d'équipes différentes (de jour, de soir, de nuit), de départements différents; de comprendre davantage les rôles de chacun; de connaître les difficultés des autres et les solutions que chacun y apporte. Plusieurs disent se sentir davantage solidaires et complémentaires les uns des autres; ils considèrent qu'ils ont commencé à développer un nouvel esprit de coopération. Enfin, la plupart souhaite que la démarche amorcée se poursuive et soit même renforcée.

Conditions à privilégier pour favoriser une action concertée entre bénéficiaires et intervenants

Bon nombre de personnes âgées, et particulièrement de femmes âgées, ont l'habitude de ne pas revendiquer, de taire leurs désirs et besoins, d'accepter les décisions que d'autres prennent pour eux. Pourtant, l'expérience de formation continue à l'Hopital Général démontre que les bénéficiaires apprécient d'être consultés, de pouvoir exprimer leur vision des choses, lorsqu'on leur en fournit l'occasion. En effet, la plupart de ceux qui ont assisté aux rencontres des groupes de discussion ont exprimé leur satisfaction face à cette participation. Par ailleurs, divers éléments contribuent à diminuer, sinon à empêcher l'engagement des personnes agées lucides et intéressées dans des activités de ce genre; mentionnons entre autres leur état de santé: des difficultés de vision ou d'ouie les empêchent parfois de remplir un questionnaire sans une aide appropriée ou de participer à une discussion, de plus, des problèmes de mobilité leur rendent difficile un déplacement sans l'assistance d'une autre personne. Un autre frein à la participation réside dans la crainte que certains éprouvent à l'idée de formuler des revendications ou de suggérer des modifications à la routine quotidienne: ils ont peur que les intervenants ou la direction interprètent leurs paroles comme un blame et que cela influence les relations avec le bénéficiaire, voire meme que cela entraîne pour ce dernier un changement d'institution. Comme le mentionnent Beaver et Miller (1985), la plupart des personnes agées en institutions ont une faible estime d'elles-mêmes et se sentent très insecures suite à leur perte d'indépendance, de controle et de choix dans leur vie.

Si l'on veut faciliter leur participation aux discussions et décisions qui les concernent et faire en sorte que ces occasions deviennent pour elles des sources de fierté, d'augmentation de leur estime de soi et d'implication sociale, il est important de mettre en place des conditions qui vont leur faciliter la tâche. Parmi ces conditions, mentionnons les suivantes:

Au plan psycho-social, préparer les personnes âgées à participer aux programmes qui les concernent:

- en leur rappelant que leur expérience de vie en général et leur vécu en institution en font des experts dans leur domaine, qu'elles sont les mieux placées pour faire connaître leurs besoins et pour suggérer des modalités d'intervention en vue d'augmenter la qualité de vie du milieu;
- en les rassurant sur le fait qu'elles peuvent donner leur opinon et dire leurs insatisfactions sans crainte de représailles.

Au plan bio-physiologique, faciliter leur participation

- en leur fournissant l'aide technique dont elles peuvent avoir besoin (ex: pour remplir un questionnaire, pour se rendre au local de rencontre);
- en prévoyant un horaire qui leur convient et des locaux facilement accessibles et appropriés (ex.: pour les chaises roulantes).

Faciliter la participation des intervenants:

- en négociant des conditions de dégagement ou d'aménagement du travail avec les responsables concernés;

Au plan de l'organisme:

. exiger la participation et l'implication de la direction et des cadres dans l'ensemble du projet y compris dans la prise en considération et l'application des recommandations.

Conclusion

L'expérience qui vient d'être décrite semble avoir grandement intéressé les bénéficiaires et les intervenants qui y ont participé. Toutefois, pour atteindre vraiment ses buts, une telle démarche doit constituer le point de départ d'une nouvelle forme de collaboration entre bénéficiaires et intervenants de même qu'entre les diverses catégories d'intervenants, i.e. d'un nouveau mode de participation à la vie de l'institution. Il appartient aux parties concernées, et particulièrement à la Direction de l'Hôpital, de mettre en place les mécanismes et conditions qui vont permettre a chacun de jouer son rôle d'agent d'amélioration de la qualité de vie de son milieu.

BIBLIOGRAPHIE

ALMQUIST, E., STEIN, S., WEINER, A., LINN, M.W., "Evaluation of Continuing Education for Long-term Care Personal: Impact Upon Attitudes and Knowledge", Journal of the American Geriatrics Society, 29 (3), 1981, 117-122.

BEAVER, M.L., MILLER, D., Clinical Social Work Practice With the Elderly, Homewood, Illinois, The Dorsey Press, 1985.

BENNET, B.K., "Humanizing Long-term Care", Dimensions in Health Services, 55(5), 1978, 15-18.

BRAYFIELD, A.H., ROTHE, H.F., "An Index of Job Satisfaction", Journal of Applied Psychology, 35(5), 1951, 307-311.

BURNSIDE, I.M. (éd.), Working with the Elderly: Groupe Processes and Techniques, North Scituate, Mass., Duxbury Press, 1978.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, Etudes et Avis, Les objectifs et les moyens susceptibles d'améliorer la situation des malades chroniques, Québec, Editeur officiel, 1978.

D'AMOUR, D., Attitude du soignant envers le potentiel de réadaptation des malades âgés: étude méthodologique, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de M.Sc., Université de Montréal, 1978.

DARVEAU-FOURNIER, L., CHALIFOUR, J., GOULET, O., TRUDEL, L., LEMAY, L., LEAVY, N., Formation continue par les pairs, Hôpital Général de Québec (1982-1984), Rapport final, Université Laval, 1985.

HORTALA, F., "Formation et soutien au personnel engagé dans l'action gériatrique", Gérontologie, 29, 1979, 26-39.

MOOS, R.H., Sheltered Care Project, Social Ecology Laboratory, Veterans Administration Hospital and Standford University Medical Center, Palo alto, California, 1977.

UNE EXPERIENCE D'APPRENTISSAGE PAS COMME LES AUTRES AVEC DES INTERVENANTS ET DES PERSONNES AGEES EN EQUIPE DE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE.

Hélène Dallaire, Ph.D.

Introduction.

Le but de mon propos est de vous faire part d'une expérience d'apprentissage vécue par des étudiants-adultes[1] inscrits au certificat en gérontologie dans un cours qui s'intule "l'equipe de travail interdisciplinaire en gérontologie". La démarche entreprise par ce petit groupe d'étudiants m'apparaît congruente avec les objectifs du séminaire d'une part, ainsi qu'avec un des objectifs de ce colloque qui est de "sensibiliser les étudiants et les intervenants en gérontologie aux problèmes rencontrés par les personnes agées dans leur existence quotidienne"[2], d'autre part. Afin de mieux situer l'auditoire, permettez moi de vous signaler les objectifs du séminaire qui ont été suggérés aux étudiants inscrits au cours.

Objectifs.

Amorcer une réflexion sur l'interdisciplinarité de l'intervention gérontologique;

---

1. Cote, Paul; Génier, Suzanne; Legris, Claire; Millance, Andrea; Pilon, Diane et Toussant, Renita, étudiants inscrits au certificat en gérontologie de l'Université du Quebec a Hull, avril, 1985.
2. Journal Le Devoir, 12 mai 1985, p. XIV.

Amorcer une réflexion sur l'interdisciplinarité de son propre secteur d'intervention;

Acquérrir des connaissances sur les principes de base guidant l'élaboration de programmes d'aide et développer des habiletés relativement à l'élaboration de programmes d'aide;

Développer de façon opérationnelle les différentes notions d'équipes, d'objectifs, de programmes d'aide et d'évaluation;

Se situer personnellement en tant qu'intervenant face à chacun de ces aspects;

Identifier ses besoins de formation et de perfectionnement.

Ainsi, lorsqu'on parle équipe de travail interdisciplinaire en gérontologie, un des prôblèmes qui semble ressortir assez fréquemment est celui de la perception des résidents-bénéficiaires de l'équipe interdisciplinaire dans un centre d'accueil. A cet effet, un groupe de six étudiants a entrepris comme projet d'apprentissage de cerner cette problématique à l'intérieur d'un centre d'accueil qui existe dans la région depuis 1981. L'objectif général était donc de permettre aux personnes âgées du centre d'accueil X d'exprimer leurs perceptions et leurs attentes face à l'équipe interdisciplinaire. Ainsi, 18 résidents en perte d'autonomie légère (capacité de 75 résidents) dont 11 femmes et 7 hommes, âgés en moyenne de 77.8 ans, ont été rencontrés en entrevue structurée afin de répondre à un questionnaire construit par le petit groupe de 6 étudiants. Le cours se déroulant de façon intensive, c'est-à-dire sur une période de 7 semaines, ils ont dès lors dû se limiter aux intervenants sui-

vants: le directeur général, le médecin responsable, les infirmières, préposées, diététicienne, psychologue, prêtre, bénévoles et famille.

Voici donc le profil des perceptions et des attentes qui se dégage des individus interrogés en fonction des différents intervenants.

Directeur général:

La majorité ne l'a pas rencontré personnellement mais aimerait le faire.

"Comment peut-il connaître nos besoins s'il ne vient pas nous voir?"
"On aimerait qu'il vienne sur les étages juste pour nous dire bonjour".
"Il ne parle pas fort".
"Il ne veut pas qu'on apporte nos affaires".
"Avant, on pouvait aller à "l'office" maintenant on ne peut plus y rentrer".
"Il est beaucoup trop jeune".

Le médecin:

"Je vois juste de loin; il me fait un salut de la main!"
"Il prétend me voir une fois par mois".
"Il faudrait le voir avant que les problèmes arrivent".
"J'aimerais le voir juste pour lui parler".

Les infirmieres:

Ont de la difficulté à différencier entre infirmière chef, infirmière auxiliaire et coordonnatrice des soins. Certains trouvent qu'il n'y a pas assez de personnel. Ne sont pas informés par rapport à leur plan de soins.

"Souvent on a peur de déranger!"

Les préposés:

Ils sont mélangés lorsque les préposés font aussi de l entretien ménager et de la cuisine.

"Ils sont trop occupés".

Les femmes préfèrent avoir un prepose féminin et les hommes un prepose masculin pour leurs soins de base.

La diététicienne:

En majorité, on trouve que c'était mieux avant.

"Elle n'a pas d'affaire ici".
"Elle a toujours le nez dans nos assiettes".
"Elle brasse trop de choses à la fois".

Toutefois, une minorité semble se résigner en disant qu'à notre âge on devrait faire attention à notre alimentation.

La psychologue:

Très peu de commentaires, sauf qu'elle est inconnue de la majorité des gens questionnés.

Le prêtre:

Les commentaires sont très favorables: il est là très souvent mais il va voir certains plus que d'autres.

Les bénévoles:

Il semble qu'ils ne sont pas identifiés par la majorité des résidents.

Les résidents croient qu'ils sont payés par le centre.

Ils aimeraient les rencontrer plus souvent pour jaser.

La famille:

Les résidents interrogés trouvent en général qu'ils sont trop occupés par leur propre famille pour participer à la vie du centre.

En général, il semble régner une certaine confusion au niveau des rôles de chacun des intervenants. Cette confusion entraînerait chez les résidents une certaine insécurité de telle sorte qu'on sait plus ou moins qui fait quoi? pour qui et pour quoi? quand? où et comment?

Donc, à la lumière de ce qu'ont dit les résidents-bénéficiaires, voici quelques constatations qui nous permettront de faire des recommandations susceptibles d'améliorer les perceptions et ainsi de mieux rencontrer les attentes des résidents.

Constatations:

- Le centre d'accueil fonctionne depuis 4 ans et l'équipe interdisciplinaire en est encore au stage des BALBUTIEMENTS et des TATONNEMENTS;

- Les résidents se sont soumis inconditionnellement aux entrevues, mais il est difficile d'évaluer systématiquement s'ils ont pleinement exprimé leurs besoins. Etaient-ils animés par la crainte de décevoir ou par le gout de plaire?...

- Il semble que les résidents interviewés manquent d information ou sont mal informés.

- Il semble que les nouveaux admis, meme après quelques mois soient peu informés des mécanismes à leur service.

- Il semble que la majorité des gens reçus en entrevue aimeraient avoir la possibilité de connaître l'administration et etre connus d'elle.

- Il semble que les résidents interviewés subissent les changements plutot que d'en etre les acteurs.

- Il semble que les résidents interviewés ne connaissent pas leur plan de soins, d'ou une certaine difficulté à exprimer un

intérêt à y participer.

- Il semble que les résidents interviewés soient écoutés par certains membres de l'équipe uniquement (prêtre, préposés).

- Il semble que les besoins spirituels soient les plus satisfaits d'après les résidents interviewés.

Ces quelques constatations suscitent les interrogations suivantes:

- Les résidents interrogés sont-ils représentatifs des 75 résidents de ce centre d'accueil?

- Si oui, ces résidents ne pourraient-ils pas vivre à domicile avec quelques services de l'extérieur? N'est-ce pas là l'objectif ultime de la nouvelle politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées?...

- Est-ce la même situation dans d'autres centres d'accueil de la province?

- Les conseils d'administration ne régissent-ils par les centres d'accueil?

- Si oui, n'y aurait-il pas lieu de prendre connaissance des caractéristiques de leur clientèle?

- Serait-il possible de mieux intégrer la famille à la vie du centre?

Enfin, une multitude de questions pourraient être posées. Toutefois, ces quelques interrogations ne se veulent que matière à réflexion pour nous intervenants, supposément agents de changement, à l'aube d'une nouvelle politique québécoise qui veut désinstitutionnaliser et démystifier la réalité du vieillissement.

Le portrait de la situation qui a été tracé depuis le début montre que les besoins des personnes âgées reçoivent des réponses de sources très variées. Malgré cette apparente diversité il serait présomptueux de croire qu'il ne peut y avoir complémentarité et complicité entre besoins exprimés et ressources disponibles. A cet effet, les recommandations qui vont suivre s'adressent spécifiquement aux différents intervenants oeuvrant auprès du résident dans le centre d'accueil X.

De plus, ces recommandations s'inscrivent dans l'esprit de la politique du M.A.S. à l'égard des personnes âgées lorsque ce ministère s'exprime ainsi: "La difficulté des ressources de faire le lien entre le problème sur lequel elles interviennent, les conditions de vie et les ressources des personnes âgées, met en relief l'absence d'une approche multidisciplinaire[3]. De plus, l'ensemble des intervenants est appelé à faire preuve d'une réceptivité de plus en plus grande à l'égard des besoins réels des personnes âgées. Si cela implique la spécialisation de certaines activités et des approches multidisciplinaires rigoureuses c'est dans tous les lieux de services et tous les types de pratiques qu'une préoccupation spécifique à l'égard des personnes âgées doit être concrétisé"[4].

---

3. Un Nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec, 1985, p. 29.

4. Ibid. p. 29.

Recommandations

L'équipe interdisciplinaire a sa raison d'être en autant qu'elle puisse se donner une identité. L'identité invite au sentiment d'appartenance. Le sentiment d'appartenance invite à la formulation d'une cible commune. Une cible commune invite à l'identification d'objectifs communs; ces objectifs font appel à des comportements; des comportements sont commandés par des roles spécifiques; des roles se traduisent dans des fonctions et ces dernières se vérifient dans des tâches.

A cet effet les tâches dévolues à l equipe interdisciplinaire sont synonymes de ces quelques recommandations:

- Chaque membre de l équipe devrait s identifier auprès du résident et le rencontrer meme lorsqu il n'y a pas de problème.

- Toute personne ayant un contact direct avec le résident devrait pouvoir être informée et consultée pour mieux collaborer à la qualité de vie de ce dernier (ex: garde de securité, jardinier, entretien ménager, administration, coiffeuse, bénévole, etc).

- L'écoute active devrait constituer un outil privilégié auprès du résident.

- Recueillir régulièrement des données auprès des résidents.

- Créer un climat de confiance afin de permettre la libre expression du résident.

- Impliquer les résidents dans le processus décisionnel via un comité de résidents.

- Inviter le résident et un membre de sa famille à sa propre conférence de soins; l'impliquer dans son plan de soins dans la mesure du possible;

- Utiliser des moyens concrets pour les informer de tout ce qui les concerne.

- Miser sur la famille comme membre à part entière de l'équipe.

- Se tenir à jour avec l'évolution de ce nouveau corps de connaissances que constitue la gérontologie par l'intermédiaire de cours de formation.

- Réévaluer périodiquement le résident afin que les gens autonomes le moidrement puissent réintégrer leur domicile avec l'aide de services appropriés.

- Etc. etc. etc...

Conclusion

En guise de conclusion permettez-moi d'emprunter au chapitre des ressources institutionnelles, la position du ministère des Affaires sociales[5].

---

5. Un nouvel age a partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes agées, p. 51.

> Certaines personnes âgées ont des besoins de services qui, à cause de leur nature et de leur intensité, ne peuvent être satisfaits par leur entourage immédiat ou la communauté. Pour ces personnes, le centre d'accueil d'hébergement et le centre hospitalier de soins de longue durée peuvent constituer les ressources les plus appropriées à leurs besoins. Les conseils d'administration de ces établissements doivent, en accord avec la règlementation en vigueur, s'assurer que leurs bénéficiaires reçoivent la meilleure qualité de services possible. Il est en effet de la responsabilité des centres d'accueil et des centres hospitaliers d'adapter leurs services aux besoins et aux caractéristiques de leurs bénéficiaires âgés dans le respect de leurs droits. Il s agit de maintenir et d'améliorer les services qui vont assurer aux personnes âgées vivant en institution le maintien et le recouvrement de leur milieu de vie naturel. Ces services sont ceux reliés aux soins infirmiers, à la physiothérapie, à l'ergothérapie, à la pharmacie et aux services psychosociaux, de même qu'à un environnement humain aux plans affectif, culturel, psychologique et spirituel.

Les constats étalés préalablement nous laissent perplexes quant à cette bonne volonté du Ministère. La qualité de vie des personnes vivant en institution semble être une préoccupation majeure du ministère des Affaires sociales qui doit s'étendre également aux établissements eux-mêmes. A cet égard, l'attitude de certains établissements et des intervenants contribue à déshumaniser les services qui leur sont offerts. En effet, chez-eux, on note une tendance à "l'infantilisation" dans les façons de percevoir les personnes âgées et d'intervenir auprès d'elles. L'humanisation des services passe nécessairement par des change-

ments d'attitudes et de comportement. Comme une plus grande complicité semble être de mise entre les établissements et leurs bénéficiaires, il nous apparaît fondamental de retrouver cette même complicité entre le Ministère et ses établissements si l'on veut s'assurer que le résident bénéficiaire puisse accéder à un minimum d'autonomie et d'indépendance, conditions essentielles à une qualité de vie.

BIBLIOGRAPHIE

Livres:

ATCHLEY, Robert C., The Social Forces in Later Years. Wadsworth Inc., 1980.

L'ECUYER, R., Le concept de soi. P.U.F., Paris, 1978.

PLAMONDON, Louis; PLAMONDON, Gilles et CARETTE, Jean, Les enjeux après 50 ans. Paris, Editions Robert Laffont, 1984.

TURNER, J.S.; HELMS, D.B., Contemporary Adulthood. Holt, Rinehart and Winston, C.B.S. College Publishing, 2nd edition, New-York, 1982.

Périodiques:

CHARTIER, Louise, PRONOVOST, Louise, MALOVOY, Marie et JINCHEREAU, Francine, "Une expérience de formation à l'interdisciplinarité". L'infirmière canadienne, (août 1984), p. 10-16.

COTE, Michèle, "Le maintien à domicile des âgés". L'infirmière canadienne, (mars 1982), pp. 19-23.

HAMBURG, David A. et RUSSELL, Avery, "Les comportements de la santé". Vie et Santé (avril 1984), pp. 21-23.

KEATING, N.C. COLE, "What do I do with him 24 hours a day". The Gerontologist, 1980, p. 84.

KERGOAT, Marie Jeanne et LEBEL, Paule, "L'an 2030: rencontre du troisième âge une problématique de la santé des personnes âgées au Québec". Le médecin du Québec (octobre 1983), pp. 45-46.

PLAMONDON, G. et PLAMONDON, L., "Pour une problématique de la crise de la retraite". Santé mentale au Québec 1980, pp. 12-21.

ROSS, Margaret, "La santé n'est pas l'apanage de la jeunesse". L'infirmière canadienne (décembre 1983), pp. 26-29.

SKUTEZKI-ODIER, Edith, "L'émergence d'un nouveau concept gérontologique: la recherche participative". Les cahiers de l'ACFAS, 1985, pp. 53-64.

Documents publiés:

Conseil consultatif national sur le troisième âge, Priorités d'action, 1981.

Conseil national du Bien-être social, Soixante-cinq ans et plus.

Conseil consultatif national sur le troisième âge, Perspectives nouvelles sur le vieillissement au Canada, 1983.

Gouvernement du Québec, ministère des Affaires sociales, Un nouvel âge à partager, 1985.

Gouvernement du Québec, ministère de l'Education, Mieux vivre sa retraite, 1979.

Statistique Canada, Aspects du vieillisement de la population du Canada.

STRATEGIES DE MAINTIEN A DOMICILE: L'APPORT DES AIDANTS NATURELS

Judith Stryckman
Line Paré-Morin

Introduction.

Quand on parle de maintien à domicile des personnes âgées, on se réfère evidemment à un état de perte d'autonomie ou de santé chancelante. Au debut de cet exposé, nous allons explorer l'etat des connaissances sur la situation que ces personnes vivent, leurs niveaux de restrictions et les sources d'aide auxquelles elles ont recours.

S'il y a une covariation à laquelle on peut s'attendre dans toute recherche en gérontologie, c'est bien celle entre le vieillissement et une certaine détérioration de la santé. En effet, on estime que 80% de la population de 65 ans et plus ont au moins un problème de santé chronique comparé à 51.3% de la population de moins de 65 ans (Santé et Bien-etre social Canada, 1981). Toutefois, un problème, même chronique, n'indique pas nécessairement la présence de restrictions fonctionnelles importantes. Néanmoins, 50% de la population âgée doit effectivement vivre avec une restriction sérieuse de leurs activités. Il importe de distinguer entre 2 types d'activités: les activités de vie quotidienne, les AVQ (i.e. hygiene, habillage, alimentation, déplacement) et les activités de vie domestique, les AVD (i.e. entretien ménager, préparation des repas, emplettes). Quand on parle de besoins d'aide des personnes vivant à domicile, il est

souhaitable que ces deux types d'activités soient considérés distinctement.

En effet, on estime que seulement 20% de la population âgée n'a aucun besoin d'aide au deuxième niveau (AVD), tandis que 80% n'a aucun besoin d'aide au premier niveau (AVQ; Branch et Jette, 1981). Cette donnée nous indique que les besoins des personnes âgées à domicile se rapportent surtout aux AVD. Néanmoins, on estime qu'il y a deux fois plus de personnes âgées sérieusement handicapées qui vivent à domicile plutot qu'en institution (Shanas, 1979).

Quelle est donc la situation de ces personnes âgées vivant chez-elles quand leur niveau d'autonomie diminue? Comment arrivent-elles à s organiser? Lorsque les besoins d aide sont importants et que la personne est à domicile, il semble que ce soit surtout la famille qui y réponde. Nous savons que 50% des soins donnés aux personnes âgées moyennement handicapées sont donnés par la famille, comparé à 80% des soins donnés aux gravement handicapés (Chappell, 1985; Brody, 1981). La famille ou ses substituts dans la communauté font bien leur part dans la plupart des cas. Ce qui manque souvent, c'est du support offert à ces personnes que nous pouvons appeler "aidants naturels".

D'après les historiens, il n'y a pas lieu de croire qu'il existait autrefois des cas fréquents de cohabitation paisible au sein de la famille entre les membres de plusieurs générations (Laslett, 1976). Il n'y a pas davantage lieu aujourd'hui de croire que les familles abandonnent leurs vieux. De nos jours, nous sommes en présence d'une famille étendue modifiée (Abu-Laban, 1978) qui continue à faire des efforts importants pour

garder ses vieux dans leur milieu naturel, mais qui est parfois aux prises avec des situations qui dépassent ses capacités.

Il arrive souvent que les personnes âgées elles-mêmes acceptent avec réticence d'être aidées par leur famille et de dépendre de leurs enfants (Cantor, 1975). Elles ne veulent donc pas dépendre de leurs enfants ou d'autres membres de leur famille, et encore moins de leurs amis (O'Brien et Wagner, 1980). L'avantage de l'aide venant des membres de la proche parenté réside en partie dans le fait que même si l'affection n'y est plus, le contact avec la famille perdure la plupart du temps. Ce n'est pas toujours le cas avec les autres sources d'aide (Horowitz et Shindelman, 1981). De plus, et ceci est très important pour la personne âgée, la famille est un milieu naturel dans lequel l'identité des membres est reliée à tout un passé vécu ensemble et où chacun peut être plus libre d'exprimer ses sentiments dans un contexte d'intimité. Ainsi, c'est dans la famille que la personne âgée peut vivre la continuité avec son passé, et aussi avec son avenir, à travers les générations plus jeunes (Dimatteo et Hays, 1981).

En ce qui concerne l'aide informelle, le livre récent de Jérôme Guay (1984) présente très clairement ses avantages et fait état de plusieurs efforts de soutien d'aide au Canada, au Québec et aux Etats-Unis (pp. 191-197). Comme les personnes âgées ont souvent besoin d'une aide constante et régulière qui leur assure un sentiment de sécurité, l'aide informelle des voisins, d'amis ou de parents qui vivent à proximité est idéale. L'auteur parle surtout de réseaux d'aide, de groupes de personnes qui fournissent chacune de leur côté ou en coordonnant leurs efforts, de l'aide pour qu'une personne puisse demeurer à domicile (ibid).

Ce concept de réseau peut être très intéressant pour assurer le partage des responsabilités et éviter le risque qu'elles n'incombent qu'à une seule personne.

En effet, le fardeau que l'aide à donner peut représenter dans la vie des aidants naturels est une préoccupation majeure dans la promotion du maintien à domicile. Ceux-ci sont parfois "les victimes cachées" et donc négligées des services formels (Gottlieb et Johnson, 1984), souffrant d'isolement, de solitude et de surmenage à cause des exigences de leur implication. La relation d'aide entre par exemple, un enfant adulte et un parent âgé en perte d'autonomie peut être un lieu de tiraillement d'émotions à cause de sentiments de culpabilité et de conflits de longue date non résolus.

Nous ne voulons nullement suggérer que les services formels doivent se substituer aux aidants naturels, ni les contrôler d'une quelconque façon. Notre position est plutôt celle de soutenir les efforts des aidants naturels. Ils sont tellement essentiels que les services formels doivent leur venir en aide le plus possible et les seconder en cas de besoin afin qu'ils puissent maintenir leurs efforts aussi longtemps que c'est possible et raisonnable de le faire (Caplan, 1979).

Bref aperçu de l'étude.

Constatant l'occupation des lits de l'hôpital du St-Sacrement et de la salle d'urgence par de nombreux patients âgés pour qui le retour à domicile est problématique, nous avons décidé d'entreprendre une étude de la situation du maintien à domicile de 25 personnes âgées qui se sont présentées à l'hôpital

durant l'été et l'automne 1984. Ces personnes ont pu retourner chez elles grâce, en partie du moins, à l'aide apportée par un "aidant naturel". Nous avons choisi de procéder par entrevue avec chacune des 25 personnes ainsi qu'avec une personne significative dans chaque cas.

Dans l'élaboration de notre recherche, nous nous sommes basées sur les constatations faites à l'hôpital du St-Sacrement et sur des recherches rapportées dans la littérature québécoise et etrangère. Ces dernières indiquent qu'après une détérioration de son état de santé ou une diminution de son autonomie, il arrive très souvent que la personne âgée prend la décision de quitter son domicile ou est contrainte de la prendre. Cette décision dépend de la proximité et de la disponibilité de sa famille, ressource essentielle (Béland, 1984). En effet, la perte d'autonomie peut susciter une prise de conscience très vive chez la personne âgée de sa vulnérabilité accrue. Dans une telle situation, la famille peut agir comme un élément central du réseau du soutien social qui neutralise, ou au moins amoindrit les effets néfastes du stress qui augmente de beaucoup la vulnérabilité de l'individu (Gottlieb, 1981). La famille a aussi un rôle important à jouer en facilitant l'accès de la personne âgée aux services formels.

Nous avons fixé nos questions sur 4 moments de l'expérience vécue par la personne âgée et l'aidant naturel:

1. L'experience de l'urgence de l'hôpital ou de l'hospitalisation:
   - l'accueil
   - l'information recueillie

- le plan de retour à domicile

2. Le retour à domicile;
   - la prise de décision
   - la mobilisation de ressources
   - les stratégies

3. Le maintien à domicile;
   - la vie quotidienne
     . échelles: inquiétude, impact, tension, relation, fardeau
   - l'aide formelle et informelle
   - les façons d'affronter les problèmes - réactions au stress
   - le besoin de soutien de groupes d'entraide

4. Le bilan;
   - l'attitude concernant la responsabilité ultime du maintien à domicile
   - la source de motivation du maintien à domicile
   - les risques d'épuisement des ressources.

Nous espérons, par cette recherche, analyser les aspects dynamiques de la situation créée par le passage à l'hôpital d'une personne âgée en perte d'autonomie ainsi que le retour et le maintien à domicile de celle-ci, grâce à l'implication d'un aidant naturel. En comprenant mieux les réussites et les problèmes, les joies et les frustrations, la solidarité et les conflits vécus dans une telle situation, surtout du point de vue de la personne âgée, nous pensons qu'il est possible de prévenir ou au moins de retarder l'épuisement des aidants naturels.

Fondements de l'étude.

La recherche a d'abord été inspirée par la situation particulière de l'hôpital du St-Sacrement. Situé dans un secteur où la population des personnes âgées est de 24% (Pageau et Gagnon, 1985), cet hôpital de 378 lits est occupé par environ 20% de patients en soins prolongés. La norme établie par la politique gouvernementale en prévoit 10%. Le tableau 1, présente les variations dans le nombre de ces patients depuis cinq années.

En décembre 1984, par exemple, on dénombrait 84 patients en soins prolongés. Les 35 personnes qui ne trouvaient pas de place dans les 47 lits prévus de soins prolongés occupaient des lits normalement réservés aux patients nécessitant des soins aigus.

Les causes de cette situation de "blocage de lits", maintes fois dénoncée, sont très complexes et exigent une remise en question de toute l'organisation des services de santé de la province (Hébert, 1984). En attendant, nous nous sommes limités à essayer de comprendre ce qui peut être fait au niveau du territoire d'un DSC.

A l'hôpital du St-Sacrement, la majorité des patients hospitalisés se sont d'abord présentés à la salle d'urgence. Selon l'analyse de Pageau et Gagnon (1985: 313), 55.71% des cas d'hospitalisation sur le territoire de la haute ville en 1981 ont été considérés comme des admissions urgentes. Nous avons vu dans la salle d'urgence un lieu privilégié d'intervention, et même de prévention, auprès des personnes âgées dans la situation actuelle d'organisation des services de santé (Hoey et Steinmetz, 1978).

Tableau 1

Evolution de l'occupation de l'hôpital du St-Sacrement par personnes hébergées (soins prolongés)

Période de 28 jours terminant le	Moyenne d'occupation	% de lits occupés par rapport au nombre réservé (47) aux soins prolongés
26 avril 1980	55.46	118.00
19 juil. 1980	74.67	158.87
11 oct. 1980	77.39	164.64
3 janv. 1981	73.86	157.14
31 mars 1981	72.26	153.74
20 juin 1981	77.11	164.06
12 sept. 1981	72.67	154.64
5 déc. 1981	73.82	157.07
27 fév. 1982	75.78	161.23
22 mai 1982	66.64	141.79
14 août 1982	64.11	136.40
6 nov. 1982	67.29	143.17
29 janv. 1983	60.29	128.19
23 avril 1983	62.00	131.91
16 juil. 1983	66.14	140.73
8 oct. 1983	70.14	149.24
31 dec. 1983	72.03	153.25
25 fév. 1984	69.75	148.40
23 juin 1984	75.11	159.80
15 sept. 1984	77.64	165.19
8 déc. 1984	83.36	177.36
2 mars 1985	76.64	163.07

Source: Archives de l'hôpital du St-Sacrement.

Quand la personne se présente à l'hôpital assez tôt dans un processus de perte d'autonomie, le médecin et le personnel infirmier peuvent, s'ils sont conscients de la situation, prendre des mesures destinées à favoriser le maitien à domicile (Satin et Duhl, 1972).

Une lecture rapide des registres de la salle d'urgence de cet hôpital durant une période d'environ 5 ans, indique qu'en moyenne 30% des personnes qui s'y présentent ont 65 ans et plus (tableau 2).

Tableau 2

Nombre moyen de personnes se présentant à la salle d'urgence de l'Hôpital du St-Sacrement selon l'âge et la proportion moyenne de personnes de 65 ans ou plus

Année	Nombre moyen		Pourcentage de 65 ou +
	Tous âges	65 ou +	
1980	22.6	7.4	32.7%
1981	21.4	7.2	33.6%
1982	20.8	9.0	43.3%
1983	17.5	4.6	26.3%
1984	18.1	5.2	28.7%

Source: Archives de l'hôpital du St-Sacrement.

Toutefois, environ 50% des personnes de 65 ans et plus qui se présentent à l'urgence sont hospitalisées. Plusieurs finissent, comme nous l'avons vu au tableau 1, par être classées

en soins prolongés. Ceci cause une situation "d'engorgement" puisque ces patients doivent souvent attendre longtemps avant d'être transférés dans une ressource d'hébergement permanente.

L'analyse du passé médical de ces patients indique qu'un nombre important sont venus à l'urgence fréquemment pendant les 6 ou 12 mois précédant leur hospitalisation. Ils étaient donc possiblement en perte d'autonomie progressive avec tout ce que cela implique comme stress pour la personne elle-même, pour les membres de la famille et pour les amis qui l'aidaient à demeurer chez elle. Dans une telle situation, la décision de faire intervenir une travailleuse sociale dans le dossier du patient demeure la responsabilité du médecin ou du personnel infirmier. Comme une étude à Montréal l'a bien indiqué, cette décision n'est pas toujours prise assez tôt (Bobb, G., 1982). Quand la travailleuse sociale est appelée à intervenir, c'est souvent pour constater une situation qui ne peut plus être corrigée. Une demande de placement s'impose alors puisque les ressources, autant physiques que psychologiques et sociales sont épuisées.

Avant de passer à la description de notre recherche, nous trouvons approprié de souligner ses limites. Nous avons choisi de faire une étude exploratoire à petite échelle sur une population bien délimitée. La petitesse de l'échantillon mérite évidemment un examen critique. Il est bien évident que les résultats ne sont pas généralisables, statistiquement parlant. Mais la recherche qualitative comporte des avantages non négligeables au niveau de l'exploration d'un ensemble très varié de situations (Stryckman, 1982). Nous ne prétendons pas avoir tiré un échantillon représentatif. Ce sont des cas pris à partir du carnet de bord de la travailleuse sociale qui est appelée à la salle d'ur-

gence ou à l'unité de médecine familiale. Nous avons évité des affirmations qui dépasseraient les limites de cette étude. La valeur de notre démarche réside, d'après nous, dans les cas-type que nous décrivons et les tendances qui s'en dégagent. Nous avons regardé en profondeur le vécu de 25 couples de personnes, des aidants et des aidés, qui sont engagés à des degrés divers dans un processsus de maintien à domicile. Nous croyons que nos observations nous aideront à mieux les comprendre et surtout à mieux les soutenir dans leurs efforts.

Méthodologie.

A. Choix des sujets.

Pour éviter d alourdir le texte, nous allons nous référer aux RS, comme étant les receveurs de soins, et aux DS comme étant les donneurs de soins. Le choix de ces deux termes peut porter à confusion et nous tenons à clarifier le sens que nous leur avons donné. Nous aurions pu choisir le terme plus large de "soutien" plutot que celui de "soins", mais nous avons utilisé ce dernier dans le sens d'aide globale à une personne en perte d'autonomie (caregiver). Malgré le fait que le mot "soutien" n'a pas un référant très clair (Dimatteo et Hays, 1981), nous devons admettre qu il correspond peut-etre mieux au niveau très limité d aide donnée par certains DS.

Le RS est une personne âgée de 65 ans ou plus qui s'est présentée en tant que patient à la salle d'urgence ou qui a été hospitalisée à l'unité de médecine familiale de l'hôpital du St-Sacrement durant l'été ou l'automne 1984. Quand les soins médicaux ne sont plus requis et que le médecin traitant ou le person-

nel infirmier trouve que l'organisation du retour à domicile de ce patient est problématique, la travailleuse sociale est appelée à intervenir. Notre échantillon a été tiré de cas rencontrés par la travailleuse sociale et pour lesquels des problèmes de retour à domicile avaient été identifiés. Nous avons cependant limité notre choix aux cas dans lesquels une personne significative était impliquée dans l'organisation du retour à domicile en tant qu'"aidant".

Nous avons d'abord contacté la personne identifiée comme un RS et durant un entretien d'environ une heure, nous l'avons interrogée sur sa situation passée et présente. Pour identifier le DS, nous avons demandé au RS de nous indiquer la personne qui l'aidait le plus à pouvoir demeurer chez lui, la personne dont l'absence mettrait sa situation actuelle le plus en péril. Cette personne, ainsi identifiée comme DS, a été contactée et interrogée sur son implication auprès du RS. En tout, nous avons interrogé 25 couples DS-RS. Nous avions préalablement sélectionné 32 RS. Toutefois, nous avons eu 7 refus de la part de RS: 5, au premier appel téléphonique, se sont dits trop malades ou simplement pas intéressés; 2 RS n'ont pas voulu qu'on contacte la personne qu'ils ont identifiée comme étant leur DS. Un couple parmi les 25 a été retenu malgré l'incapacité du RS à répondre à notre questionnaire parce qu'il était confus.

B. <u>Description des variables.</u>

Ici, nous passerons en revue les variables les plus importantes de notre recherche en les décrivant et en indiquant les difficultés que nous avons eues à les observer et les analyser.

1. Situation résidentielle

Il est important de souligner ici la difficulté que nous avons eue à définir la situation de cohabitation. Deux couples de DS-RS serviront d'exemples. Dans un des cas, un fils a installé ses parents âgés au sous-sol de sa maison. Il y avait bien deux appartements séparés par une porte en haut d'un escalier, mais le fils et sa famille étaient attentifs au moindre bruit anormal. Au moins deux repas par semaine étaient pris en commun entre les deux familles et les parents étaient inclus dans chaque sortie de la famille du fils. Malgré ces activités communes, nous avons considéré que ceci n'était pas une situation de cohabitation. Dans l'autre cas, un prêtre âgé vit dans la maison provinciale de sa congrégation. Il partage en fait une même résidence mais ne participe pas à la vie de la maison ce qui est souvent caractéristique des grandes résidences de ce genre. Malgré les services rendus et la sécurité de vivre sous le même toit que d'autres, nous n'avons pas considéré que cette situation pouvait être qualifiée de cohabitation.

Ces considérations nous ont amené à définir la cohabitation comme une situation de vie commune comportant à la fois partage de vie quotidienne et résidence dans un même espace d'habitation.

2. Santé

Mentionnons d'abord que nous avons interrogé nos sujets sur leur perception de différents aspects de leur propre santé et de celle de l'autre membre du couple RS-DS. Nous n'avons donc pas "d'étalon objectif" que nous pouvons prendre comme point de

référence dans notre analyse. Cette situation a été voulue pour deux raisons principales: d'abord parce que dans le budget et le temps alloués à cette étude, nous ne pouvions pas avoir recours aux services d'un ergothérapeute et deuxièmement parce que des études déjà réalisées indiquent que cette perception subjective est d'habitude aussi conforme à la "vérité" qu'une évaluation objective (Ferraro, 1981).

Nous nous sommes inspirées en partie du formulaire du CTMSP (Eros, 1981) pour les questions sur le niveu d'autonomie du RS avec sa distinction entre AVQ ou activités de vie quotidienne, et AVD ou activités de vie domestique.

3. Contact avec l'hôpital et retour à domicile

L'analyse de contact avec l'hôpital, surtout en ce qui a trait à la qualité de l'accueil reçu, comprend les éléments que nous avons jugés les plus importants pour la personne malade et la personne qui l'accompagne. Nous avons posé des questions sur la possibilité de pouvoir exposer son problème à l'infirmière ou au médecin; de recevoir de l'information ou des conseils de la part du personnel; d'être accueilli dans un milieu physique adéquat et de recevoir les services désirés dans un délai raisonnable

D'après certaines études, la qualité de l'interaction entre le personnel hospitalier et le patient influence la qualité de la convalescence et le mode de réaction lors d'une situation de crise comme celle vécue à la salle d'urgence. En effet d'après la théorie de G. Caplan:

> "L'accessibilité accrue (du patient durant la crise) offre aux professionnels de la santé et aux autres qui s'occupent du patient une opportunité inusitée d'avoir une influence forte et positive". (Moos et Tsu, 1977: 7-8).

Nous avons aussi voulu savoir quelles options les RS et DS ont considérées quant à l'avenir des gens aidés et l'importance de l'intervention du personnel hospitalier ou des services formels et informels dans la réalisation ou l'empêchement des options choisies.

4. Maintien à domicile

Les questions choisies pour mesurer cette variable ont été prises, pour la plupart, dans deux études assez récentes. Les échelles d'inquiétude, d'impact, de stress, de tension et de relation ont été utilisées par M. Cantor dans sa recherche sur les donneurs de soins à New-York (Cantor, 1983). L'échelle fardeau est adaptée de celle utilisée par S. Zarit dans sa recherche auprès des familles de victimes de la maladie d'Alzheimer (Zarit, 1980). Les questions sur la façon d'affronter des problèmes et des comportements de recherche d'aide ont été inspirées par la recherche de L. George (1984). Nous avons aussi posé des questions sur les sources d'aide informelles sur lesquelles les DS pouvaient compter en cas de besoin et sur les sentiments de sécurité ou d'insécurité que cette situation leur inspirent.

Quant à l'aide formelle, nous avons voulu saisir l'articulation de celle-ci avec les sources d'aide informelle. Nos questions concernent la connaissance des services du réseau public, les sources de contact avec ces services ainsi que le niveau d'utilisation et de satisfaction.

5. Bilan

Nous avons finalement demandé aux couples DS-RS de faire leur propre bilan en rapport avec trois questions fondamentales liées au maintien à domicile. Nous leur avons d'abord demandé qui a la véritable responsabilité d'une personne âgée en perte d autonomie. Ensuite, nous leur avons demandé de nous expliquer pourquoi ils ont choisi le maintien à domicile. Nous avons aussi voulu savoir quels aspects problématiques de la situation du maintien à domicile risquent le plus d'épuiser les ressources du DS et du RS.

Analyse des résultats.

A. Données démographiques

Le tableau 3 présente la distribution de notre échantillon selon l'age, le sexe et l'état civil. On remarque que les femmes représentent 68% des RS rencontrés, soit 17 sur 25. Les RS sont tous agés de plus de 65 ans mais de ceux-ci, 80% ont 75 ans ou plus. Les veufs et veuves forment la majorité. Le nombre important de célibataires, 9 sur 25, est à noter.

Tableau 3

Répartition de l'état civil selon l'âge et le sexe

Sexe-Etat civil / Age	Femmes (n.=17)			Hommes (n.=8)		
	Veuves	Célibataires	Mariées	Veufs	Célibataires	Mariés
65-74	0	2	0	1	1	1
75 et plus	10	4	1	2	2	1

Le tableau 4 présente les mêmes données en ce qui concerne les DS. Il est à remarquer que la majorité de ceux-ci sont mariés et ont entre 35 et 50 ans.

Tableau 4

Répartition de l'état civil des donneurs de soins selon l'âge et le sexe

Sexe-Etat civil / Age	Femmes (n.=17)			Hommes (n.=8)		
	Veuves	Célibataires	Mariées	Veufs	Célibataires	Mariés
35-50	2	1	3	0	1	4
50-64	0	0	2	0	0	4
65-74	1	0	1	0	2	1
75 et plus	1	0	1	0	0	1

Le tableau 5 nous permet d'identifier les types de relation qui existent entre les membres des couples DS-RS. Nous voyons qu'autant de DS féminins appartiennent à la même génération du RS qu'à la génération suivante. Les DS masculins sont, par contre, presque tous membres de la génération qui suit celle du RS. Ce fait s'explique sans doute par les différences d'âge traditionnnelle entre conjoints et par la longévité des femmes.

Tableau 5

Répartition de l'état civil des donneurs de soins selon le sexe et le type de relation avec les receveurs de soins

Sexe	Femmes (n.=12)		Hommes (n.=13)	
Relation	CH.*	Non-CH.	CH.*	Non-CH.
Enfants	0	4	1	4
Neveux et nièces	0	2	0	4
Amis(es)	0	2	0	3
Conjoints	2	0	0	0
Frères et soeurs	2	0	0	0
Cousins(es)	0	0	0	1

*CH.: Cohabitant.

B. Situation résidentielle et occupationnelle

Le tableau 5 indique aussi la situation de cohabitation de nos couples DS-RS. On remarque que les DS n'habitent pas, règle générale, avec leur RS. En effet, seulement 5 sur 25

demeurent avec leur RS et dans deux de ces cas, le DS est le conjoint du RS. Cependant, tous les DS sauf un, vivent à proximité du domicile du RS (moins de 20 minutes en voiture).

Treize des DS occupent un emploi régulier. Six d'entre-eux ont un statut professionnel (administrateur, professeur, infirmière, médecin); six occupent un emploi semi-professionnel (commis de bureau, vendeur, secrétaire, guide touristique); un a un emploi d'ouvrier.

En ce qui concerne les RS, aucun n occupe un emploi maintenant et neuf n'ont jamais eu d emploi rémunérateur. Trois RS ont eu antérieurement un poste de professionnel; six occupaient un poste de type semi-professionnel (commis de bureau, vendeur, barbier); tandis que six étaient ouvriers.

C. Santé et autonomie

Il est important de rappeler, comme nous l'avons mentionné dans la description de notre méthodologie, que nous avons choisi comme point de référence et comme étalon dans cette analyse, le jugement que le RS porte sur sa sante et sur son autonomie. Nos données dans cette section sont présentées aux tableaux 6 et 7.

Tableau 6

Perception des DS et des RS concernant l'autonomie des RS

	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K		L		M		N		O		P		Q		R		S		T		U		V		W		X		Y	
	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS	RS	DS
EST-CE QUE RS EST CAPABLE DE:																																																		
- Se laver?	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
- Prendre un bain/une douche?	3	2	2	3	3	3	1	2	2	2	3	3	1	3	2	2	1	1	1	2	2	3	2	2	2	2	3	3	1	1	2	2	3	2	1	3	3	1	3	2	3	3	3	1	1	3	3	2	2
- Couper ses ongles d'orteils?	2	3	3	3	1	3	2	1	3	3	3	3	1	3	1	2	1	1	2	1	2	3	2	2	2	3	2	1	1	3	1	2	1	4	1	1	3	1	4	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2
- Se vêtir et se dévêtir?	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
- Se laver la tête?	3	2	2	3	1	3	3	2	2	1	3	3	1	3	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	1	3	3	3	2	2	2	2	1	4	3	1	1	2	2	2	3	1	1	3	3	2	3
- Utiliser les toilettes?	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- Se lever et se coucher?	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1
- Manger?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- Marcher?	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1
- Monter/descendre un escalier	1	3	3	3	2	2	1	1	3	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3	2	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2
- Utiliser le téléphone?	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- Préparer ses repas?	3	3	2	3	3	3	3	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	3	3	2	3	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	2	3	3	1	1	3	3	2	2
- S'occuper de ses médicaments	2	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1
- S'occuper de l'entretien mé-																																																	
nager: - tâches légères?	3	3	3	3	3	3	2	1	3	1	3	3	3	3	1	3	1	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	2	3	3	3	1	2	3	3	3	3
- tâches lourdes?	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
- Sortir à l'extérieur pour																																																
faire des emplettes:																																																
- l'été?	1	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	2	3	2	3	3	3	3	1	2	2	2	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
- l'hiver?	1	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3
- Incontinence urinaire?	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	4		2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1
(1=non, 2=oui, 4=ne sait pas)																																																

Légende: 1 = Seule 2 = Avec aide 3 = Pas du tout 4 = Ne sait pas

/247

Tableau 7

Correspondance entre les perceptions du receveur et du donneur de soins concernant l'autonomie des RS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y
EST-CE QUE RS EST CAPABLE DE:																									
- Se laver?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+1	0	+1	+1	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
- Prendre un bain/une douche?	-1	+1	0	+1	0	0	+2	0	0	+1	+1	0	0	0	0	0	-1	+2		+2	+1	0	0	0	0
- Couper ses ongles d'orteils?	+1	0	+2	-1	0	0	+2	+1	0	-1	+1	0	+1	-1	+2	+1	-----	0		-----	0	0	0	0	0
- Se vêtir et se dévêtir?	+1	+1	0	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	+1	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
- Se laver la tête?	-1	+1	+2	-1	-1	0	+2	0	0	+1	0	0	0	+2	0	0	0	-----		0	0	+1	0	0	+1
- Utiliser les toilettes?	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
- Se lever et se coucher?	+1	0	0	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	+1	0	0	0	0	0		+1	0	0	0	0	0
- Manger?	0	0	0	0	+1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
- Marcher?	0	0	+1	0	0	0	0	-1	0	+1	0	0	+1	0	0	0	0	0		+1	0	0	0	0	0
- Monter/descendre un escalier	+2	0	0	0	-1	0	0	0	0	-1	0	0	+1	0	0	-1	0	0		0	0	+1	+1	-1	0
- Utiliser le téléphone?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+1	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0
- Préparer ses repas?	0	+1	0	-1	+1	0	+1	+1	0	0	0	+1	+2	-1	0	0	0	0		+1	+1	0	0	0	0
- S'occuper de ses médicaments	+1	+1	+2	0	0	0	0	0	0	0	+1	0	+2	0	0	0	0	0		0	+1	0	0	+1	0
- S'occuper de l'entretien ménager:																									
- tâches légères?	0	0	0	-1	-2	0	0	+2	0	+1	0	+1	0	0	+1	0	+1	0		0	+1	0	+1	0	0
- tâches lourdes?	0	0	0	-1	0	0	0	+1	0	+1	0	+1	0	0	0	-1	-1	+2		-1	0	0	-1	0	0
- Sortir à l'extérieur pour faire des emplettes:																									
- l'été?	+2	0	0	-1	0	0	0	+1	0	0	+1	+1	0	-2	0	0	0	+1		0	0	0	0	0	+1
- l'hiver?	+2	0	0	-2	0	0	0	0	0	-1	+1	0	0	-1	0	0	0	+1		0	0	0	0	0	+1
- Incontinence urinaire? (1=non, 2=oui)	0	0	0	0	-1		0	0	0	0	+1	0	+1	+1	0	0	0	-----		0	-1	+1	0	+1	-1

Legende: 0 = Perception identique.
+1 ou +2 = Sur-estimation de la perte d'autonomie du RS de la part du DS.
-1 ou -2 = Sous-estimation de la perte d'autonomie du RS de la part du DS.

N.B.: L'importance des écarts entre les perceptions du RS et du DS a été déterminée en fonction du nombre de points différents retrouvés pour chacune des AVQ et des AVD entre le RS et le DS. Ainsi nous considérons que des perceptions seront divergentes lorsque des perceptions différentes sont notées pour plus de 5 activités. La corrélation est, par contre, satisfaisante lorsque les perceptions seront différentes pou au plus 5 activités.

1. Evaluation subjective.

Au tableau 6, on peut noter l'évaluation des RS quant à leur propre niveau d'autonomie. Ce tableau nous permet aussi de constater l'évaluation que chacun des DS a faite concernant l'autonomie du RS aux différentes AVD et AVQ comparativement à l'évaluation que chacun des 25 RS a faite face à sa propre autonomie. Chaque lettre représente un couple DS-RS que nous avons interrogé. Le type de relation dans chaque couple est décrit à la figure 1.

On peut remarquer que deux des RS masculins de notre échantillon se décrivent comme très peu limités dans leurs activités. En effet, un individu (I) se dit totalement autonome par rapport aux AVQ et aux AVD. L'autre (W) ne perçoit des limitations que pour monter et descendre les escaliers, s'occuper des tâches ménagères et faire des emplettes.

Les six autres hommes indiquent tous une perte d'autonomie à plus d'une des AVQ. Ces six hommes ont donc tous besoin d'aide aux AVQ de façon plus ou moins soutenue et aussi aux AVD dans l'accomplissement de certaines activités. Ils se disent tous incapables de préparer leurs repas et de s'occuper de l'entretien ménager. Deux hommes seulement peuvent faire leurs emplettes avec de l'aide l'été alors qu'ils en sont incapables l'hiver. Trois autres vivent cette incapacité été comme hiver. La prise de médicaments doit s'effectuer avec de l'aide pour deux hommes.

En ce qui concerne les RS féminins identifiés au tableau 6, notons qu'une personne (cas S) n'a pu être interrogée parce qu'elle était confuse. Sa perte d'autonomie totale aux AVQ et aux AVD nous a été manifestée par son DS. A l'opposé, une seule femme (cas R) s'est décrite autonome pour toutes les activités. Pour les quinze autres, la perception qu'elles ont de leur autonomie varie. Dix autres RS féminins indiquent souffrir d'incapacités multiples autant aux AVQ qu'aux AVD.

Figure 1
Type de relation du DS avec le RS

		DS	RS
A	-	Conjoint	H
B	-	Amie	F
C	-	Nièce	F
D	-	Fils	F
E	-	Fille	F
F	-	Ami	F
G	-	Fils	F
H	-	Neveu	F
I	-	Fille	H
J	-	Ami	F
K	-	Conjoint	H
L	-	Ami	H
M	-	Fille	F
N	-	Fils	H
O	-	Fille	F
P	-	Cousin	F
Q	-	Neveu	F
R	-	Nièce	F
S	-	Soeur	F
T	-	Fils	F
U	-	Neveu	F
V	-	Soeur	H
W	-	Fils	H
X	-	Neveu	H
Y	-	Amie	F

Pour 61% des cas, les tâches des AVQ concernant l'hygiène personnelle et monter-descendre les escaleirs sont les plus atteintes au niveau de l'autonomie. Nous remarquons qu'une seule femme dit que ses besoins d'aide sont limités à l'entretien ménager et aux emplettes (cas G). Quatre autres ajoutent à cela des problèmes à monter-descendre des escaliers ainsi qu'à effectuer certaines activités mineures d'hygiène personnelle. Seulement une femme (cas D) se dit aussi incapable de préparer ses repas.

La perte d'autonomie aux AVD est généralement plus grande chez les hommes. Ceci tient certainement, en partie du moins, aux roles traditionnels des hommes et des femmes dans notre société. Les AVD représentent les premières activités pour lesquelles les RS rencontrent une perte d'autonomie. L'entretien ménager et les emplettes sont des activités particulièrement difficiles. Quand la perte d'autonomie s'étend aux tâches de toilette et à la marche, les besoins d'aide aux AVD sont déjà très marqués.

2. <u>Correspondance entre les perceptions du RS et du DS quant à leur santé respective et quant à l'autonomie du RS.</u>

Notre étude permet de dégager que la perception des RS de leur propre état de santé correspond rarement à celle que les DS en ont. Ainsi, 17 DS sur 25 perçoivent la santé de leur RS comme étant soit plus satisfaisante, soit plus détériorée que le jugement porté par le RS lui-même. La tendance, cependant, est pour le DS de percevoir la santé du RS plus négativement. Il en est ainsi pour 10 DS.

En ce qui a trait à la perception de la santé des DS, nous notons une simlitude un peu plus grande entre le point de vue du DS et celui du RS. Nous constatons ainsi que 11 couples DS-RS partagent la même perception. Pour 11 autres cas, les RS ont tendance à percevoir l'état de santé du DS plus favorablement qu'il ne le fait lui-meme.

En ce qui a trait à la perception de l'autonomie du RS, un cas a du etre exclu. N'ayant pu recueillir la perception de ce RS (cas S), nous ne pouvons donc pas établir de comparaisons avec celle du DS. Nous remarquons que dans deux cas seulement les perceptions du RS et du DS sont identiques (cas I et F). Dans les 22 autres situations etudiées, des différences de perception sont notées pour certaines ou plusieurs AVQ et AVD. Les activités davantage touchées par une perception du DS d'une plus grande perte d'autonomie chez le RS sont celles qui ont trait à la capacité du RS à prendre un bain, à se couper les ongles d'orteil, à se laver la tete, à préparer ses repas, à prendre ses médicaments, à s occuper des taches ménagères légères et de ses emplettes. L'existence de problèmes d'incontinence fait aussi l'objet de divergence d opinion.

Les cas où les RS manifestent une plus grande diminution de leurs capacités comparativement aux perceptions des DS sont rares. Trois DS n'avaient pas identifié de problèmes d'incontinence pourtant avoués par le RS.

Nous constatons que parmi ces 22 situations, 13 ne montrent pas une opposition importante entre la perception du DS et du RS face à l autonomie de celui-ci. Nous notons donc 9 cas où les écarts sont plus marqués.

Nous devons souligner que l'autonomie du RS aux AVD et aux AVQ ne dépend pas exclusivement de sa capacité fonctionnelle théorique à accomplir ces activités. Elle dépend toujours du vécu psychologique de la personne âgée face à son vieillissement. L'acceptation de sa situation, son désir d'indépendance et sa volonté, traits qui ont pu l'animer tout au long de sa vie, contribuent à motiver le RS à fournir des efforts en vue de préserver son autonomie le plus longtemps possible. Dans les situations ou le DS accepte les conditions de santé et d'autonomie du RS, une corrélation entre les perceptions du RS et du DS a pu être observée. Le DS plus dégagé émotivement à l'égard du RS et qui a établi ses limites d'implication auprès de celui-ci, semble avoir plus de facilité à accepter la perte d'autonomie. Nous constatons d'ailleurs que les DS de ces 13 RS ont principalement une relation de neveu ou niece, d'ami(e) ou de cousin avec leur RS.

De façon générale, lorsque le DS est le fils, la fille ou le conjoint du RS, l'impliation émotive, alors souvent plus forte, amène une corrélation moins grande entre les jugements émis. L'incongruençe des perceptions est alors plus manifeste.

Les DS plus âgés, iniquiétes par leur propre condition physique, perçoivent comme plus détériorées l'autonomie et la santé du RS et se décrivent comme épuisés dans leur role de soutien au RS (cas A et K).

Lorsque le DS limite son implication à du soutien moral auprès du RS sans avoir à offrir directement de l'aide physique, il y a plus souvent divergence des perceptions. Il en est de même quand le DS limite son implication à l'organisation de services concrètement fournis par d'autres.

Les RS peuvent minimiser leur perte d'autonomie au point de la nier lorsqu'ils présentent des troubles manifestes de jugement, lorsque leur peur de devoir quitter leur milieu naturel de vie est importante ou lorsqu'ils n'acceptent pas d'avoir besoin d'aide. Les RS de tempérament peu sociable peuvent parfois se retrouver dans cette situation.

Evidemment, lorsqu'il y a insécurité du DS et du RS face à la perte d'autonomie, une évaluation négative du degré de perte d'autonomie peut être constatée. Le RS peut manifester alors un désinvestissement progressif et une baisse de l'estime de soi.

Enfin, l'incapacité de contrôler sa prise de médicaments peut représenter un malaise pour le RS en confirmant ses troubles de mémoire. Pour les AVQ, il peut être davantage gênant d'exprimer ses limites quant aux incapacités d'accomplir les tâches d'hygiène personnelle, les tâches d'habillage ou lorsqu'il y a problème d'incontinence. Il est donc aisé de comprendre qu'il est plus facile pour les personnes âgées d'avouer leurs besoins d'aide aux AVD.

D. Contact avec l'hôpital et retour à domicile.

1. Accueil

Notre étude a révélé qu'il y avait plus de RS satisfaits que d'insatisfaits face à l'accueil reçu à l'hôpital. En effet, en excluant 5 RS incapables de répondre à la question de la satisfaction, surtout à cause de problème de mémoire, 12 ont affirmé avoir été bien accueillis. Seulement 8 ont dit avoir vécu des difficultés. Les motifs d'insatisfaction les plus souvent

rencontrés sont: l'accueil peu chaleureux du personnel allant jusqu'à un manque de respect de la personne; un médecin peu disponible et peu enclin à fournir attention et explications; une trop grande proximité physique des autres malades. Une seule personne a souligné l'attente trop longue. les RS insatisfaits ne se distinguent pas des autres par leur sexe, leur âge, leur relation avec le DS ou par l'importance de leur perte d'autonomie. Toutefois, en ce qui concerne les motifs d'insatisfaction, les RS féminins se plaignent plus de la qualité de leur relation avec leur médecin et de la proximité des autres patients.

L'étude des réponses des DS dénote un taux d'insatisfaction beaucoup plus grand quant à l'accueil réservé à leur RS. En excluant deux DS qui ne pouvaient se prononcer parce qu'absents lors de la visite à l'hopital, nous comptons 17 DS insatisfaits contre 6 satisfaits. L'insatisfaction des DS tient au même genre de problèmes rencontrés chez les RS. Des 8 RS qui ont noté des insatisfactions, 6 ont des DS également insatisfaits. Aucune relation particulière ne peut etre établie quant à l'âge, au sexe, à la relation avec le RS, ou à l'importance de la perte d'autonomie de celui-ci.

2. Décision de retourner à domicile

Sur 24 RS en mesure de répondre aux questions concernant leur retour à domicile, 20 souhaitaient effectivement cette solution tandis que 4 désiraient être hospitalisés. Deux de ces derniers avaient fait part de leur insatisfaction face à l'accueil. On ne peut donc pas affirmer que le fait de ne pas répondre à leurs attentes amène une insatisfaction face à l'accueil.

Seulement 9 DS souhaitaient le retour à domicile du RS. Huit désiraient l'hospitalisation du RS pour permettre à ce dernier d'améliorer sa santé, tout en acceptant le retour à domicile par la suite. Pour 2 DS, l'hospitalisation leur aurait permis un répit bienfaisant. Six auraient souhaité le placement définitf du RS, considérant généralement la personne âgée comme trop malade, trop handicapée ou ne vivant pas dans un contexte suffisamment sécuritaire. Les attentes des DS n'ont pas été respectées dans 14 cas. Onze de ceux-ci nous avaient précédemment manifesté une insatisfaction face à l'accueil. Que l'on ait ou pas répondu aux attentes des DS, cela n'influence pas de façon significative le niveau de satisfaction quant à l'accueil. Six des 9 DS aux attentes desquels on a répondu ont quand même manifesté des insatisfactions pour diverses raisons.

3. Organisation du retour à domicile

Nous avons demandé aux RS et aux DS de quelle manière ce retour s'était organisé et si les ressources fournies étaient suffisantes pour répondre aux besoins. Environ la moitié des personnes de ces deux groupes ont perçu comme très important le rôle de la travailleuse sociale dans l'organisation du retour à domicile. Hormis 2 cas, personne ne souligne l'implication d'autres intervenants de l'hôpital dans ce processus. Trois RS ont carrément refusé tous les services d'aide à domicile, refus qui a dû être accepté par les DS concernés. Nous remarquerons que jamais un DS n'a refusé l'aide offerte. Cinq couples de DS-RS ont dit ne pas avoir été aidés dans l'organisation du retour à domicile. Leur insatisfaction vient du sentiment de ne pas avoir été assez impliqué ou de ne pas avoir eu des services en quantité suffisante.

E. Maintien à domicile

1. Vie quotidienne: Grand Tour

Le "Grand Tour" est une technique utilisée dans la recherche pour avoir une saisie dynamique des activités qui remplissent les journées des gens interrogés. Les occupations journalières de base comprennent nécessairement les AVD et les AVQ. Comme l'indique le Tableau 6, la capacité des RS d'accomplir ces activités est très variable. Aussi, l'aide concrète reçue sera tout autant variable. Outre les activités faites par la personne elle-meme, par le DS ou par d'autres aidants, la personne âgée a de longues heures à vivre dans une journée. Dans presque tous les cas, le RS est très peu actif. les périodes de sommeil ou de sieste sont très fréquentes et la télévision demeure le loisir quotidien principal. Une minorité s'adonne à la lecture, d'autres aux jeux de cartes ou au tricot. A l'exception de quelques marches dans la maison et plus rarement à l'extérieur, les RS ne font aucune activité physique.

Vis-à-vis ce quotidien, les RS disent ressentir souvent de l'ennui, de la solitude, de l'inquiétude face à leur état de santé, de l abandon et meme l'impression de mourir à petit feu. Ce vécu nettement négatif est exprimé par 14 de nos 25 RS. Par contre, les autres vivant un quotidien analogue s'en accommodent mieux et ceci sans aucun rapport avec l'importance de la perte d'autonomie, ni avec le type de relation avec le DS ou les services rendus par celui-ci ou par d'autres. Il nous apparaît que ces RS ont développé au cours de leur vie une philosophie qui consiste à prendre la vie du bon coté et font un grand effort pour conserver un bon moral.

2. Implication quotidienne du DS auprès du RS

Les DS vivent leur implication auprès du RS de façon variée. En général, les DS-conjoints et les DS-soeurs apportent beaucoup d'aide aux AVD et aux AVQ. Cette charge de travail associée à une lourde implication émotive rend le vécu de ces DS très difficile. Ils se sentent épuisés et inquiets.

L'implication et le vécu émotif ont tendance à croître selon la proximité du lien relationnel. Ainsi, les fils et filles de notre étude, qu'ils vivent ou non sous le même toit que leur RS, et quels que soient les besoins de celui-ci, sont très présents physiquement. Cette implication consiste en des visites quotidiennes, en de nombreux appels téléphoniques, en de l'aide aux différentes AVD et AVQ. La forte implication de deux fils (cas N et cas G) auprès de leur parent suscite des situations conflictuelles avec les épouses qui n'acceptent pas de vivre ce qu'elles perçoivent comme un envahissement du beau-père ou de la belle-mère.

Les neveux, nièces, cousins et amis nous sont apparus généralement plus détachés émotivement à l'égard du RS. Les visites et les appels téléphoniques, bien que réguliers, dépassent rarement une ou deux fois par semaine. L'implication est aux AVD, mais jamais pour la préparation des repas, ni aux AVQ. Ils sont plus enclins à chercher des ressources supplémentaires quand les besoins se montrent plus importants. Deux amis sur cinq ont cependant une implication plus grande, leur présence étant quotidienne auprès du RS.

3. Relation DS-RS

A l'aide de plusieurs échelles nous avons interrogé les DS sur leur relation avec le RS dans le but de mieux saisir leur vécu psychologique en tant qu'aidant, l'impact d'une telle implication sur leur vie quotidienne et l'importance du fardeau que peut représenter l'aide à fournir au RS.

a) Echelle relation

Nous avons d'abord confronté le degré d'accord des RS et des DS concernant des énoncés sur la qualité de l'entente, la compréhension, le respect et l'affection dans leur relation. Le tableau 8 indique qu'il existe généralement une très bonne relation entre les RS et les DS. En effet, il y a accord des RS et des DS dans plus de la moitié des énoncés. Il y a exception cependant, quand nous demandons si le RS comprend bien le DS. Nous trouvons alors seulement le tiers des cas où le sentiment du DS d'être compris par le RS est partagé. Dans un peu plus de la moitié des cas, le DS a l'impression de ne pas être compris dans ses propres besoins, attentes et limites, tandis que dans ces mêmes cas, le RS dit avoir l'impression de bien comprendre son DS. Il est à se demander si la condition de dépendance vis-à-vis une autre personne n'exagère pas la centralisation de ses préoccupations sur sa propre personne et l'incapacité de voir et de comprendre les besoins de l'autre.

Dans presque tous les cas où une différence au niveau des énoncés est présente, les RS perçoivent leur relation comme meilleure que les DS. On constate que tous les DS-filles ou conjoints et plus de la moitié des DS-fils perçoivent leur relation

comme moins satisfaisante que leur parent ou leur mari. Il est important de souligner que ce sont ces mêmes DS qui s'impliquent le plus dans le maintien à domicile même si la qualité de la relation n'est pas aussi satisfaisante que souhaitée par le DS. Il est possible que la grande vulnérabilité ressentie par la personne âgée consciente de sa santé chancelante l'oblige plus ou moins consciemment à ne pas exprimer des insatisfactions qu'elle peut ressentir dans sa relation avec son DS. Sachant bien que les solutions de rechange sont peu nombreuses, elle a peut-être tendance à protéger ainsi ce qui lui reste comme sécurité.

Les parents moins proches et les amis sont davantage d'accord sur les points soulevés. Nous avons cependant déjà noté leur moins grande implication et leur présence beaucoup moins importante auprès du RS.

Tableau 8

Echelle relation: Correspondance entre les perceptions du RS et du DS quant à la qualité de leur relation

	RS - DS 4 - 4	RS - DS 4 - 3	RS - DS 4 - 2	RS - DS 4 - 1	RS - DS 3 - 4	RS - DS 3 - 3	RS - DS 3 - 2
1. Bonne entente	A-B-C-G-I-J-M-O-P-Q-R-U-V-W-X-Y (16)	D-E-F-N-T (5)			H-L (2)		K (1)
2. DS comprend bien RS	A-C-E-F-G-I-J-K-M-T-V-W-X-Y (13)	B-I-O-P (4)	D-N-R (3)		H-L-Q-U (4)		
3. RS comprend bien DS	B-C-F-H-J-P-V-W (8)	D-G-I-R-T-X (6)	A-E-Q-U-Y (5)	K-M-N (3)	L (1)	Q (1)	
4. DS respecte RS	A-B-C-D-F-G-H-I-J-K-M-N-O-P-Q-R-T-U-V-W-X-Y (22)	E (1)			L (1)		
5. RS respecte DS	B-C-D-F-H-I-J-M-Q-R-V-W-X-Y (15)	Q-T (2)	A-E-G-K-N (5)		L-P (2)		
6. DS et RS vivent un lien d'affection	B-C-E-F-G-H-I-J-K-M-P-Q-V-X-Y (15)	A-D-R-U-W (5)	N-Q-T (3)		L (1)		

*Le choix de réponses était: 1 = jamais 2 = rarement 3 = parfois 4 = tout à fait.

b) Echelle d'inquiétude

Nous avons voulu connaître le niveau d'inquiétude des DS en rapport avec plusieurs aspects de la situation du RS et de son propre rôle d'aidant.

Nous pouvons constater au tableau 9 que les sources d'inquiétude sont très variées. Ainsi, la situation financière du RS n'est à peu près jamais source d'inquiétude. Dix-sept DS sur 25 manifestent de l'inquiétude quant à l'état de santé du RS. Quel que soit le type de relation, l'inquiétude est quasi généralisée sur ce sujet. Dans le même sens, 15 DS s'inquiètent de l'avenir du RS et ce sont à peu d'exception près les mêmes personnes. Soulignons que les deux épouses ne s'inquiètent pas quant à l'avenir de leur mari.

Environ la moitié des DS s'inquiètent de l'état d'esprit de leur RS et dans ce nombre sont inclus toutes les filles, tous les fils sauf un, toutes les soeurs et un des deux conjoints. La proximité familiale et le rôle de soutien moral qui s'y rattache semblent amener souvent une plus grande préoccupation quant à l'état d'esprit du RS. La perception d'une relation moins satisfaisante du DS n'est pas associée à un détachement des préoccupations à l'égard du bien-être psychologique de la personne âgée.

Tableau 9

Echelle inquiétude: Sources d'inquiétude des DS suscités par leur rôle d'aidant

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Beaucoup
1. Santé	G-H-K-L-N-O-X (7)	U (1)	A-B-E-F-I-J-P-Q-R-T-Y (11)	C-D-M-S-V-W (6)
2. Etat d'exprit	B-C-G-H-K-L-X-Y (8)	J-P-R-U (4)	D-F-O-Q-T-W (6)	A-E-I-M-N-S-V (7)
3. Situation financières	A-B-C-D-E-F-G-H-J-K-L-M-N-P-Q-R-S-T-U-W-X-Y (22)	D-V (2)		I (1)
4. Capacité de fournir une aide supplémentaire	C-G-K-L-M-O-R-U-X (9)	P-T (2)	A-F-H-I-J-Q-S-V-W-Y (10)	B-D-I-N (4))
5. Possibilité de trouver d'autres personnes pour apporter de l'aide	B-G-I-P-U-X (6)			
6. Avenir de RS	A-B-G-K-N-T-X (7)	D-P-U (3)	F-H-J-L-Q-R (6)	C-E-I-M-O-S-V-W-Y (9)

L'inquiétude quant à la capacité pour les DS de fournir l'aide supplémentaire pouvant être éventuellement nécessaire au RS, est également présente pour 14 DS. L'inquiétude en rapport avec la possibilité de trouver d'autres personnes capables de fournir de l'aide au RS existe chez 16 DS. Ces deux sources d'inquiétude sont importantes et touchent tous les types de relation.

c) Echelle de tension

Cette échelle essaie de capter les sources et degrés de tension perçus par le DS comme étant liées à son implication auprès du RS. A la lumière de ce qui a été mentionné précédemment en ce qui a trait aux inquiétudes liées à l'aspect financier, il n'est pas étonnant de constater qu'il n'y a presque pas de tension qui soit relative aux conditions financières. Aucune tension n'est vécue à cet égard chez 23 de nos 25 DS.

L'état de tension rapporté par les DS aux niveaux émotif et physique est très variable à l'intérieur de notre échantillon. Au niveau émotif, par exemple, 8 DS ne ressentent aucune tension, 8 DS en ressentent un peu et 9 en ressentent beaucoup. Au niveau de la tension physique, elle est jugée comme absente dans 11 cas, comme un peu présente dans 8, tandis que seulement 6 cas en ressentent beaucoup. Nous notons clairement au tableau 10, ce qui est congruent avec les remarques précédentes, que les personnes qui manifestent le plus d'inquiétude face à l'état de santé, l'état d'esprit et l'avenir du RS, sont à peu près les mêmes que celles qui vivent le plus de tensions émotive et physique. Nous visons donc particulièrement les fils, les filles, les soeurs et les conjoints.

d) Echelle impact

Nous avons interrogé les DS afin de connaître l'impact que peut représenter leur implication auprès du RS dans différents aspects de leur vie. Les résultats sont présentés au tableau 11.

Tableau 10

Echelle tension: Sources de tension des DS suscitées par leur rôle d'aidant

	Aucune	Un peu	Beaucoup
1. Emotive	G-H-J-L-P-Q-U-X (8)	B-F-I-K-R-V-W-Y (8)	A-C-D-E-M-N-O-S-T (9)
2. Physique	G-H-J-K-L-P-Q-R-U-W-X (11)	A-B-D-F-I-H-T (7)	C-E-N-O-S-Y (6)
3. Financière	A-B-C-D-E-F-G-H-J-K-L-M-N-O-P-Q-R-S-T-U-V-W X-Y (23)	I-K (2)	

Tableau 11

Echelle impact: Impact du rôle d'aidant dans la vie quotidienne du DS

	Très négatif	Un peu négatif	Aucun	Un peu positif	Très positif
1. Vie quotidienne	H (1)	E-P-S-V (4)	A-B-C-F-G-H-I-J-K-L-N-O-Q-R-T-U-W-X-Y (19)	D (1)	
2. Temps passé avec la famille immédiate		A-E-H-V (4)	B-C-F-G-H-I-J-K-L-N-O-P-Q-R-S-T-U-W-X-Y (20)		D (1)
3. Activités sociales	A-M-S (3)	E-K-V (3)	B-C-F-G-H-I-J-N-O-P-Q-R-T-U-W-X-Y (18)		
4. Loisirs	M-S (2)	D-K-V (3)	A-B-C-E-F-G-H-I-J-L-N-O-P-Q-R-T-U-W-X-Y (20)		
5. Possibilité de travailler		M (1)	A-B-C-E-F-G-H-I-J-K-L-N-O-P-Q-R-S-T-U-V-W-X-Y (24)		
6. Possibilité à prendre des vacances	E-K-N-S (4)	A-C-D-G-I-M-V-T-X (9)	B-F-H-J-L-O-P-Q-R-U-W-Y (12)		
7. Etat financier	I (1)		A-B-C-D-E-F-G-H-J-K-L-M-N-O-P-Q-R-S-T-U-V-W-X-Y (24)		
8. Vie privée vacances		C-E-I-M-N-O-X-V (8)	A-B-D-G-H-J-K-L-P-Q-R-T-U-W-X-Y (16)		F (1)

Comme nous pouvons le constater, en ce qui concerne toutes les questions posées, sauf celle ayant trait aux vacances, les DS affirment pour la plupart que leur implication auprès du RS n'a pas d'impact positif ou négatif. Des exceptions sont pourtant très notables. Les deux conjoints, deux filles et les soeurs voient un impact négatif sur plusieurs aspects. Hormis l'absence des fils dans ce cas-ci, il y néanmoins une nette tendance à ce que l'impact soit jugé négatif par les mêmes personnes qui connaissent des inquiétudes et des tensions physique et émotive.

Une attention particulière doit être portée à la question des vacances. En effet, 13 DS considèrent que l'implication auprès de leur RS nuit à la possibilité de prendre des vacances. Les DS qui voient un impact négatif de leur engagement sur la possibilité de prendre des vacances vivent une implication généralement plus intense auprès du RS.

Nous devons souligner que l'opinion d'un DS n'implique pas que son entourage immédiat soit d'accord avec la perception de l'impact. Ainsi, nous avons pu constater à deux reprises que les épouses des DS-fils étaient en désaccord avec la perception de leur mari.

e) Echelle fardeau

Nous avons quelques questions sur des sources d'insatisfaction supplémentaires susceptibles d'allourdir le fardeau de l'implication auprès du RS. Ces questions apparaissent au tableau 12.

Tableau 12

Echelle fardeau: Aspects de la relation DS-RS pouvant entraîner un sentiment de fardeau.

	Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent
1. DS en veut à certaines personnes qui ne font rien pour DS	A-B-C-E-G-I-K-L-N-P-R-S-T-V-Y (15)	Q (1)	D-F-H-J-G-W (6)	M-U-X (3)
2. RS demande plus d'aide que ce dont il a besoin	B-C-D-F-G-H-I-J-K-L-M-O-P-Q-R-S-U-V-W-X-Y (21)	N-T (2)	A (1)	E (1)
3. RS n'apprécie pas ce que DS fait pour lui	B-C-D-F-G-H-I-J-P-Q-U-V-W-X-Y (15)	T (1)	A-E-N-R (4)	K-L-M-O-S (5)
4. RS essaie de manipuler DS	B-C-D-F-G-H-J-K-L-P-Q-R-S-U-V-W-X-Y (18)		A-I-O-T (4)	E-M-N (3)
5. RS s'attend à ce que DS s'occupe de lui comme s'il était la seule personne sur qui il pouvait compter	B-H-I-J-P-Q-V (7)	D-F-N (3)	L-R-S-T-U-Y (6)	A-C-E-G-K-M-O W-X (9)
6. DS trouve douloureux de voir vieillir RS	G-H-K-N-Q-X (6)	D-P-R (3)	B-F-L-O-Y (5)	A-C-E-I-J-M-S T-U-V-W (11)

Quinze DS sur 25 disent ne pas en vouloir à d'autres personnnes de l'entourage du RS qui ne collaborent pas à son maintien à domicile et qui seraient jugées aptes à le faire. Les 10 autres disent ressentir, plus ou moins fréquemment, des sentiments de frustration en rapport avec cette situation.

Vingt et un DS n'ont jamais l'impression que leur RS demande plus d'aide que ce dont il a réellement besoin et 18 affirment que leur RS n'essaie jamais de les manipuler. Par contre, dans ce dernier cas, il est important de souligner que les 4 filles sont incluses dans les 7 exceptions. Quinze DS ne considèrent pas que leur RS n'apprécie pas ce qui est fait pour lui. Nous constatons cependant que toutes les filles font encore exception.

Lorsque nous demandons aux DS s'ils ont l'impression que les RS s'attendent à ce qu'ils s'occupent d'eux comme s'ils étaient les seules personnes sur qui compter, 15 DS ont parfois ou souvent cette impression. Ce sont surtout les enfants et les conjoints qui sont de cet avis. Le fait que les RS peuvent croire que leur DS soit la seule personne à pouvoir les aider peut sûrement être source de tension et avoir un impact sur plusieurs aspects de la vie du DS. La même chose peut se produire quand le DS a l'impression que le RS n'apprécie pas ce qui est fait pour lui.

La majorité des DS trouvent douloureux de voir vieillir leur RS. Les 16 qui vivent ce sentiment sont sensiblement les mêmes que ceux qui présentent le plus d'inquiétude à l'égard du RS.

En résumé, la proximité du lien qui unit les RS et les DS, tels les liens fils, fille, conjoint et soeur, amène une implication plus grande et aussi des répercussions plus grandes sur la vie des DS. Les inquiétudes sont plus marquées, de même que les impacts émotif, physique et sur la vie en général. De plus, ces DS ont l'impression d'être moins bien compris, moins bien appréciés, parfois même manipulés et vus comme les seuls capables d'apporter l'aide nécessaire au RS. Ainsi l'implication auprès du RS a toutes les chances d'être perçue comme lourde par ces DS, d'autant plus qu'il leur est plus difficile de s'absenter pour se reposer ou prendre des vacances.

4. Façons d'affronter des problèmes

Nous avons tenté de comprendre le mode de fonctionnement des DS et des RS lors de situations difficiles. Nous voulions savoir s'ils resssentaient le besoin d 'avoir plus d'informations concernant leur santé lorsqu'ils en sont inquiets, et s'ils seraient éventuellement intéressés à échanger avec d'autres personnes vivant des situations de vie comparables (groupes d'entraide).

Les réactions des RS devant des situations difficiles varient beaucoup. Nous nous serions attendues à ce que tous les RS s'appuient entièrement sur leur DS dans la recherche de solutions. Seuls 4 RS réagissent ainsi. La croyance en Dieu apporte un support indéniable à plusieurs personnes âgées qui ne comptent parfois que sur Lui dans la résolution de leurs problèmes. Huit RS ont spontanément parlé de Dieu lors des entrevues. Six RS disent qu'ils essaient de comprendre la situation et de faire preuve de courage. Trois tâchent de prendre conseil auprès d'autres personnes que leur DS. D'autres se disent optimistes, ce qu'ils

expriment par des expressions du type "demain, ça ira mieux" sans plus d'élaboration. Deux hommes qui paraissaient minimiser l'importance de leur perte d'autonomie ont exprimé ne jamais avoir de difficultés. Une seule personne affirme demeurer impuissante dans ces situations.

En ce qui a trait aux DS, il faut d'abord souligner qu'aucun d'entre eux ne se réfère au RS pour trouver le support souhaité. De plus, la croyance religieuse n'est jamais évoquée comme source de réconfort. Moins solitaires dans leur recherche de solutions, 13 d'entre eux vont demander conseil auprès de membres de la famille, du médecin, de la travailleuse sociale et d'amis. Mise à part la volonté de maintenir un bon moral quelle que soit la difficulté, les autres s'en remettent soit à des distractions pour éviter d'y penser, soit à de la rationnalisation. Un seul DS dit ne jamais rencontrer de problèmes ni de difficultés. Il ne semble pas se dégager de liens entre les niveaux d'inquiétude et la façon de faire face aux situations difficiles.

Quand les problèmes de santé posent des difficultés particulières auxquelles doivent faire face les RS ou les DS, la majorité indique le besoin d'avoir plus d'informations et ceci, surtout de la part du médecin qui est considéré comme la personne la plus appropriée pour les conseiller. Les autres disent en savoir suffisamment sur les problèmes de santé vécus. Les DS moins fortement impliqués, tels les amis, semblent désirer moins d'informations sur le sujet et sont satisfaits de ce que le RS leur transmet.

Nous croyons que les regroupements de personnes vivant des difficultés comparables seraient bienvenus par ces personnes et leur permettraient de mieux assumer leur situation. Environ le tiers des DS et des RS de notre échantillon souhaiterait bénéficier de tels échanges. La majorité des gens ne croient pas pouvoir être aidés par des gens qui vivent les mêmes problèmes. Les DS identifiés comme vivant des inquiétudes ou des tensions ne manifestent pas plus d'intérêt à de telles rencontres. Nous voyons deux raisons qui pourraient expliquer une telle attitude. Il nous apparait que les personnes perçoivent leur situation de vie comme étant assez unique et donc pas vraiment comparable à celle des autres. Aussi, quand il s'agit de problèmes de santé, on se réfère d'emblée aux professionnels de la santé, avant tout au médecin, considéré comme la seule source de sécurité véritable dans ce domaine. Il est clair que tout effort pour mettre sur pied des groupes d'entraide de personnes en perte d'autonomie se devrait d'avoir l'appui sérieux du corps médical.

5. Ressources informelles

Compte tenu de l importante responsabilité des DS et des difficultés rencontrées, il est important de savoir s'ils peuvent compter sur l'aide des personnes de leur entourage. Il ne s agit pas ici de connaître leur désir d avoir cette aide, mais bien de savoir s ils peuvent bénéficier de support dans des situations urgentes ou pour prendre du répit ou des vacances.

Si d'une part, le support moral est généralement disponible par des encouragements, visites, conseils, appels téléphoniques (20 cas sur 25), par contre 12 DS ne peuvent aucunement compter sur une relève concrète pour une implication auprès du

RS. On aurait pu croire que les inquiétudes et les tensions seraient plus manifestes chez les personnes qui n'ont pas la possibilité d'être aidées concrètement. L'analyse de nos résultats ne prouve pas clairement cette assertion.

Le fait d'avoir des ressources disponibles dans l'entourage ne signifie pas nécessairement qu'elles sont suffisantes pour que les DS se sentent en sécurité. En effet, 3 des 13 DS qui peuvent avoir recours à ces ressources affirment néanmoins qu'elles ne sont pas suffisantes. Ces mêmes personnes ont dit auparavant vivre beaucoup d'inquiétude et de tension (cas C, N et O).

6. Services formels

Nous avons constaté que les DS et les RS avaient une faible connaissance des services d'aide à domicile offerts par le réseau public, même s'ils en bénéficient déjà dans une certaine mesure. Les services de l'Etat paraissent, pour la population en général et particulièrement pour la population âgée, d'une grande complexité malgré l'information existante. Nous avons profité de nos entrevues pour les informer davantage.

Nous observons aussi qu'environ la moitié de chacun des deux groupes rencontrés (12 des 25 RS, et 14 des 25 DS) n'aiment pas l'idée de recevoir des services de bénévoles à domicile. Des raisons de crainte de malhonnêteté, de manque de fiabilité ou de stabilité reviennent à plusieurs reprises. D'autres trouvent que la situation qu'ils vivent à domicile est trop lourde pour un bénévole.

Bilan.

Qui a la véritable responsabilité du maintien à domicile? Les réponses des DS et des RS quant à la responsabilité en situation de perte d'autonomie coïncident presque parfaitement. Pour les uns et les autes, la famille est vraiment la première ressource devant être mise à contribution, même si certains expriment que c'est une tâche souvent très difficile, voire envahissante et même si d'autres considèrent que cet idéal est utopique. Nos constatations confirment le mythe de la croyance dans l'abandon volontaire des personnes âgées par leur famille. En effet, 22 DS croient en la responsabilité de la famille auprès du parent âgé, tandis que 19 RS adoptent cette position. La contribution conjointe des services gouvernementaux s'avère nécessaire, même indispensable, pour plusieurs DS, tandis que cette insistance est beaucoup moins présente pour les RS. Seulement 2 DS mettent la responsabilité du maintien à domicile entre les mains du gouvernement. L'importance de la bonne entente n'est pas négligée par les RS et les DS. La responsabilité familiale peut devoir être exclue le cas échéant. Deux RS considèrent que la responsabilité appartient à la personne âgée elle-même. Ils confirment, par cette position, leur désir d'indépendance.

Pourquoi choisir le maintien à domicile? Vingt-deux RS expriment leur attachement à leur milieu de vie naturel dans lequel il se sentent libres et indépendants. En effet, l'institutionnalisation concrétise leur perte d'autonomie, alors que la vie à domicile, même avec aide, ne leur ravit pas cette impression d'indépendance. La majorité de nos RS sont contre les regroupements de personnes âgées, que ce soit en institution ou dans des clubs de l'âge d'or. Deux RS avaient, par choix, deman-

dé leur place en centre d'accueil, laquelle leur a été refusée parcequ'ils ne correspondaient pas aux critères d'admission. En ce qui concerne les DS, 9 disent faire leur devoir en contribuant au maintien à domicile du RS. Parmi ceux-ci, 6 prennent soin de préciser que ce n'est pas leur choix. Tous les autres respectent la volonté du RS de demeurer attaché à son milieu naturel de vie le plus longtemps possible. Ils veulent que le RS soit heureux. Quatre DS accordent beaucoup de valeur à l'unité de la famille et aux parents âgés. L'institutionnalisation leur apparaîtrait dévalorisante autant pour la personne âgée que pour la famille elle-même.

Où les efforts de maintien à domicile risquent-ils le plus de s'épuiser? Quatre RS préfèrent ne pas penser à l'échec du maintien à domicile. Quinze RS demeurent préoccupés par la possibilité d'une dégradation de leur état de santé physique ou psychique et se résigneraient, le cas échéant, à devoir quitter leur domicile. Deux RS qui déjà défraient des coûts de services à domicile, craignent devoir un jour quitter leur domicile faute de moyens financiers. Un seul mentionne que la solitude pourrait le motiver à rechercher l'institutionnalisation. Du côté des DS, 23 de ceux-ci envisagent ne plus pouvoir prendre charge de la personne âgée si l'autonomie et la santé de celle-ci se dégrade de façon importante. Seulement 2 DS font référence à la possibilité de ne plus pouvoir s'acquitter de leurs tâches par dégradation de leur propre état de santé. Il faut comprendre que ces 2 DS sont déjà âgés.

Conclusions et implications.

Nous avons étudié 25 cas de couples DS-RS très différents, avec des niveaux d'implication variés, allant du conjoint qui partage chaque moment de sa vie quotidienne avec son conjoint-RS, au neveu qui est présent pour sa tante-RS en cas de besoin, mais qui n'est pas engagé émotivement avec celle-ci.

Suite à une description des perceptions des DS et des RS de leur santé respective, nous avons souligné l'accueil reçu lors du passage à la salle d'urgnece ou lors de l'hospitalisation. Nous avons également discuté de la prise de décision dans le cadre du retour à domicile et de l'organisation du maintien à domicile. A travers ces quatres moments, nous mettions l accent sur la relation DS-RS dans le but de mieux saisir la dynamique de cette relation qui peut etre essentielle pour garder la personne en perte d'autonomie dans son milieu naturel aussi longtemps que possible et souhaitable. Enfin, nous avons tracé le bilan et établi les prévisions pour l'avenir telles que suggérées par les RS et les DS.

Nous avons entrepris cette recherche pour tenter de trouver des réponses à une situation difficile dans un hôpital, qui est, bien souvent, le reflet d'une situation difficile au niveau de l'organisation des services de santé dans toute la société. Pour répondre à cette intention initiale, nous suggérons de nouvelles initiatives qui dérivent de nos constatations et que nous allons inclure dans les grandes conclusions de cette recherche.

A. Santé et autonomie.

En ce qui concerne la santé et l'autonomie des RS, nous avons vu que deux groupes de DS - ceux qui sont les plus impliqués émotivement (les conjoints, les enfants et les soeurs) et ceux qui sont les plus âgés - en ont une perception plus négative que le RS lui-même. Si nous maintenons notre décision de prendre la perception du RS comme étalon de mesure, nous pouvons conclure que la perception de ces DS est moins conforme à la réalité. Ceci est peut-être dû au niveau de stress et d'inquiétude plus important que ces DS vivent. Nous devons ajouter cependant qu'il est possible que les RS aient eu une certaine gêne à avouer des pertes d'autonomie dans certaines activités (ex.: incontinence, tâche d'hygiène, troubles de mémoire). Il est possible que dans ces situations, le jugement du RS ne soit pas adéquat.

B. Accueil

En ce qui concerne l'accueil à l'hôpital, les personnes rencontrées ont été surtout insatisfaites du peu de chaleur du personnel, de la piètre qualité de leur relation avec le médecin et de la trop grande proximité des autres malades. Les DS sont, en général, beaucoup moins satisfaits que les RS de l'accueil. Ceci tient sans doute au fait que les RS étaient dans une situation de crise à leur arrivée à l'hôpital et parfois confus ou désorientés. Il faut aussi ajouter que le stress vécu par les DS les a sans doute rendus plus sensibles au manque de chaleur du personnel ou au manque d'informations pour les rassurer. L'insatisfaction due à la proximité des autres malades a été surtout

vécue pendant la période d'hospitalisation et référait à une situation de cohabitation de personnes confuses avec des personnes non confuses.

Au niveau des implications concrètes de notre étude, il nous semble qu'il serait possible, avec assez peu de bouleversement au niveau de l'organisation de l'hôpital, d'amener certains ajustements pour améliorer l'accueil. Dans la salle d'urgence, il est normal que l'atmosphère de tension qui y règne puisse amener le personnel à être peu chaleureux. Il est cependant possible de les sensibiliser aux besoins importants des RS et des DS qui les accompagnent, besoin de réconfort, besoin de réassurance, d'information et de compréhension.

Il y a déjà à l'hôpital du St-Sacrement un groupe de bénévoles qui se chargent de l'accueil à l'urgence. Les commentaires rapportés dans cette recherche pourraient les aider à évaluer leur intervention dans le but de satisfaire les besoins exprimés et de répondre à certaines interrogations des DS.

Quant à la proximité des patients à l'urgence et à l'intégration des patients confus et non confus, l'administration de l'hôpital du St-Sacrement a déjà commandé une étude exhaustive des besoins en aménagement de locaux, incluant en priorité la salle d'urgence (le "plan fonctionnel et technique"). Des changements majeurs sont d'aillleurs prévus dans un avenir rapporché, telle la disparition de 2 salles de 12 patients et de 4 salles de 6 patients dans lesquelles les conditions de promiscuité sont inacceptables.

Le problème de l'intégration des malades confus et non confus tient aussi au manque d'espace. Il y a lieu, toutefois, de recommander une certaine vigilance de la part du personnel infirmier en favorisant l'occupation des chambres de plus d'une personne par des patients partageant certaines affinités. Le bureau des admissions qui initialement assigne les chambres, doit aussi être sensibilisé à cette question, bien que dans la situation actuelle de surcharge, la marge de manoeuvre soit très réduite.

C. La décision du retour à domicile.

En ce qui concerne la décision de retour à domicile, notre étude confirme l'absence de ce qu'on appelle communément le "dumping". Très peu de DS ou de RS souhaitaient une prise en charge complète par l'hopital. Ils désiraient plutôt une période de récupération à l'hopital après une crise. Plus de la moitié des DS n'ont pas vu leur voeu exaucé.

Etant donné le rôle central joué par la travailleuse sociale pour assurer le retour à domicile dans les meilleures conditions possibles, nous suggérons de faire appel à son intertion plus tot auprès des individus qui sont "à risque" ou qui sont au premier stade d'un processus de perte d'autonomie.

Une sensibilisation des médecins et du personnel infirmier de la salle d'urgence concernant le rôle que la travailleuse sociale peut y jouer serait aussi à souhaiter.

L'application d'un protocole élaboré dans le but d'identifier de tels individus peut faire partie d'une action élargie du personnel de la salle d'urgence puisque ce sont les intervenants de première ligne les plus appropriés pour le faire.

D. L'organisation du maintien à domicile

La situation du maintien à domicile a été abordée de plusieurs façons. En ce qui concerne leur vécu quotidien, 14 RS sur 25 disent s'ennuyer beaucoup. En effet, leur description d'une journée typique exprime une grande monotonie. Pourtant, d'autres RS qui ont décrit le même genre de routine quotidienne s'y accommodent mieux. Il semble que certains traits de caractère, innés ou développés grâce à des expériences positives du passé, permettent à des individus de garder un bon moral malgré tout.

En ce qui concerne l'implication du DS dans la vie du RS, nous avons remarqué que plus le lien de parenté est proche, plus cette implication est forte, en fréquence et en qualité.

Les dimensions de la relation DS-RS ont été scrutées à l'aide de 5 échelles: relation, inquiétude, tension, impact et fardeau. Dans toutes ces dimensions, nous avons noté une différence marquée pour les DS-conjoints, filles, fils et soeurs, i.e. ceux qui sont les plus impliqués émotivement avec leur RS. Ils se sentent moins bien compris par leur RS. Ils ressentent plus d'inquiétude quant à l'avenir du RS surtout concernant son état d'esprit. Ils souffrent davantage de tension émotive. Leurs obligations à l'égard du RS les empêchent de prendre du repos ou des vacances. Finalement, en ce qui concerne l'échelle fardeau,

les DS-filles se sont surtout différenciées des autres DS du fait qu'elles sentent que leur RS leur demande plus d'aide que ce qui est nécessaire, qu'il les manipule, qu'il n'apprécie pas ce qu'elles font pour eux et qu'il agit comme si leur DS était la seule au monde sur qui il pouvait compter.

Ces constatations sont peut-etre celles qui peuvent donner lieu le plus rapidement à des actions innovatrices. Il nous parait clair que les DS que nous avons interrogés sont, pour la plupart, extrememement devoués à leur RS; ils assument la responsabilité de continuer à l'aider et de favoriser son maintien à domicile aussi longtemps que possible. Nous pensons qu'il est essentiel que les services publics considèrent ces DS comme des partenaires importants qu'ils ont tout interet à soutenir activement. Pour ce faire, il serait très utile d'offrir une serie de sessions d'informations aux personnes qui s'impliquent comme donneurs de soins. Dans ces sessions, on pourrait donner des renseignements qui semblent actuellement manquer aux DS: les aspects physiques et psychologiques liés au vieillissement, l'aspect des services publics, privés et bénévoles qui leur sont destinés, mais dont ils ignorent souvent l'existence et les amenagements pratiques du domicile qui peuvent contribuer à une meilleure qualité de vie pour leur RS. Il serait à espérer que ces sessions donnent lieu à la formation de groupe d'entraide ou de soutien entre personnes partageant une situation de vie semblable comme DS.

Il nous semble aussi que tout devrrait etre mis en oeuvre pour permettre aux DS tres impliqués auprès de leur RS de prendre des vacances sans avoir à se sentir coupables, ni inquiets. La culpabilité nous a d'ailleurs été souvent exprimée en entrevue

avec des DS quand il s'agissait pour eux de se degager de la responsabilité du RS pendant quelque temps. Donner la possibilité aux DS de prendre du repos serait de nature à améliorer sensiblement leur qualité de vie et à leur permettre de continuer plus longtemps leur implication auprès du RS.

En ce qui concerne les façons pour les DS et les RS d'affronter des problèmes, nous avons remarqué que les DS sont à la recherche de conseils et d'aide de l'extérieur. Ils ressentent le besoin d'avoir plus d'information et ils connaissent très mal les services formels. Tout ceci cadre très bien avec nos suggestions concernant des sessions qui pourraient leur être offertes.

En ce qui concerne le RS lui-même, il nous paraît clair que celui-ci est aussi appelé à fournir un type de soutien à son DS en guise de gratitude et d'encouragement. Nous avons vu que ce sont surtout les DS-filles qui se plaignent de ne pas être appréciées et d'être manipulées. Un effort particulier peut être fait auprès des RS pour les sensibiliser aux besoins de leur DS sans les culpabiliser de leur dépendance.

Bilan.

Il y a un très grand accord entre les DS et les RS concernant la responsabilité ultime de la famille à l'égard de la personne âgée en perte d'autonomie. Plusieurs voient l'Etat comme une source de soutien additionnelle, mais toujours secondaire par rapport à la famille.

La motivation du maintien à domicile semble résider dans le désir de respecter l'attachement du RS à son milieu de vie

naturel. Elle s exprime souvent dans une référence au devoir de rendre heureux celui ou celle qui s est dévoué auparavant.

Les dangers d epuisement des ressources sont surtout reliés à une perte additionnelle d autonomie chez les RS, surtout au niveau des fonctions cerebrales supérieures. Plusieurs des DS ont etabli clairement les limites de leur implication auprès du RS dans une telle eventualité. Cette démarche est évidemment plus facile pour les DS qui sont moins liés émotivement à leur RS.

BIBLIOGRAPHIE

ABU-LABAN, Sharon, "The Family Life of Older Canadians", Canadian Home Economics Journal, 1978: 28.

BELAND, François, "L'évaluation de la politique des services à domicile du ministère des Affaires sociales: études de cas", dans La Revue canadienne sur le vieillissement, vol. 5, no 4, 1984: 175-92.

BOBB G. Earl, Referring Older Persons for Social Service, thèse de maîtrise, Université McGill, Ecole de service social, Montréal, Novembre 1982.

BRANCH, Laurence G. et Alan M. JETTE, Elder's Use of Informal Long-Term Care Assistance, communication présentée au Congrès de l'Association américaine de gérontologie, Toronto, 1981.

BRODY, Elaine, "Women in the Middle and Family Help to Older People", The Gerontologist, Vol. 15, 1975:471.

CANTOR, Marjorie H., "Life Space and the Social Support System of the Inner-City Elderly States", The Gerontologist, Vol. 15, 1975: 23-27.

CANTOR, Marjorie H., "Strain among Caregivers: a Study of Experience in the United States", The Gerontologist, Vol. 23, no 6, 1983: 597-604.

CAPLAN, R., "Patient, Provider and Organization: Hypothesized Determinants of Adherence", in S.J. Cohen (ed), New Directions in Patient Compliance, Lexington, MA: D.C. Health, 1979.

CHAPPELL, Neena L., "Social Support and the Receipt of Home Care Services", The Gerontologist, à paraître, 1985.

CROSSMAN, Linda et al., "Older Women Caring for Dissabled Spouses: a Model for Supportive Services", The Gerontologist", Vol. 21, No. 5, 1981: 464-470.

DIMATTEO, M.R. et HAYS, Ron, "Social Support and Serious Illness", B. Gottlieb (ed), Service Networks and Social Support, Beverly Hills: Sage Publications, 1981: 117-148.

EROS, CTMSP, Montréal: Equipe de recherche opérationnelle en santé, Université de Montréal, 1981.

FERRARO, Self Ratings of Health Among the Old and Old-Old, Akron, Ohio: Université d'Akron, 1981.

GOTTLIEB, Benjamin, "Social Network and Social Support in Community Health", in B. Gottlieb (ed), Social Networks and Social Support, Beverly Hills: Sage Publications, 1981.

GOTTLIEB, Benjamin H. et JOHNSON, Julia, Family Caregiving to the Elderly: Perceptions of Homecare, V.O.N., and Public Health Professionals, Université de Guelph, document non publié, 1984.

GUAY, Jérôme, L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle, Chicoutimi, Gaétan Morin, 1984.

HEBERT, Réjean, Le vieillard à l'hôpital général: du dumping aux lits bloqués, département de Médecine de famille, Centre hospitalier universitaire, Sherbrooke, Québec, 1984.

HOEY, John et STEINMEIZ, N., "Hospital Emergency Room Utilization in Montreal before and after Medicare", Medical Care, Vol. 16, 1978: 133-139.

HOROWITZ, A. et SHINDELMAN, L., "Reciprocity and Affection: Past Influence on Current Caregiving", communication présentée à la réunion scientifique de l'Association canadienne de gérontologie, Toronto, 1981.

LASLETT, P., "Societal Development and Aging", R.H. BINSTOCK et E. SHANAS (eds) Handbook on Aging and the Social Sciences, Toronto, Van Nostrand Reinhold, 1976: 87-116.

MOODS, R.H. et TSU, V.D., "The Crises of Physical Illness: an Overview", R.H. MOOS (ed), Coping with Physical Illness, N.Y: Plenum, 1977.

O'BRIEN, J., "Help Seeking by the Frail Elderly: Problems in Network Analysis", The Gerontologist, Vol. 20, 1980: 78-83.

PAGEAU, Michel et GAGNON, Claude, "Profil socio-démographique et sanitaire du territoire du département de santé communautaire et l'hôpital du Saint-Sacrement", D.S.C., St-Sacrement, Québec, 1985.

SANTE ET BIEN-ETRE CANADA, Enquête Santé Canada, Ottawa, Approvisionnements et Services, 1981.

SATIN, David et DUHL, F., "Help? The Hospital Emergency Unit as a Community Physician", Medical Care, Vol. 10, 1972: 256-59.

SHANAS, E. "The Family as a Social Support System in Old Age", The Gerontologist, Vol. 19, 1979: 169-174.

STRYCKMAN, Paul, "Rapport sur les entretiens non directifs concernant l'image du Service de pédagogie universitaire", Québec, 1982.

ZARIT, Steve et al, "Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden", The Gerontologist, Vol. 20, 1980: 649-55.

L'HABITATION PARTAGEE, UNE ALTERNATIVE A L'HEBERGEMENT COLLECTIF ETUDE DE FAISABILITE, CHICOUTIMI, 1985

Francine Major
Antonio Almeida
en collaboration avec Marc-André Delisle, Ph.D.

Introduction

Ce texte est le compte rendu d'une étude effectuée à Chicoutimi sur la possibilité d'implanter un programme d'habitation partagée. Comme son nom l'indique, l'habitation partagée est un service offert par un organisme sans but lucratif permettant aux gens âgés de vivre avec une ou plusieurs personnes dans un même logis. Cette formule constitue un palliatif aux séquelles de la solitude et représente une alternative à l'hébergement collectif. Pour maximiser les chances de succès d'une telle formule, il faut en examiner au préalable les tenants et les aboutissants. C'est ce qui a été fait en 1985 par les deux premiers auteurs de cet article grâce au support technique et financier du centre d'accueil Mgr-Victor Tremblay.

La démarche suivie a consisté à réunir et à synthétiser la documentation pertinente; à en tirer des hypothèses applicables à la population de l'agglomération urbaine de Chicoutimi; à élaborer et à administrer des questionnaires pour connaître les conditions de vie ainsi que l'attitude de personnes âgées et d'étudiants face à l'habitation partagée et à analyser les informations recueillies. Le plan de cette communication respecte l'ordre dans lequel les étapes de la recherche effectuée ont été

franchies. Vient tout d'abord la problématique, puis la méthodologie et enfin l'interprétation des résultats. Dans la conclusion, un bilan a été fait du travail accompli et ses implications pour l'action ont été dégagées.

2. Problématique

La problématique de l'habitation partagée comporte trois dimensions interreliées: le maintien à domicile des gens âgés; la question de la cohabitation de ceux-ci avec d'autres personnes et la situation particulière de Chicoutimi. Chacune de ces dimensions sont envisagées dans cette section du texte.

2.1. Le maintien à domicile des gens âgés

Le maintien à domicile des gens âgés a des aspects économiques, sanitaires et socio-affectifs. Sur la plan économique, les personnes âgées sont plus pauvres que l'ensemble de la population (1). Même si leur situation s'améliore, nombre d'entre elles ne peuvent encore se payer tous les soins et services dont elles sont susceptibes d'avoir besoin pour demeurer à domicile (2). Il est donc fréquent qu'elles soient obligées de consacrer plus du quart de leur revenu au poste logement (3). La santé est un autre facteur qui peut influencer le mode de résidence des gens âgés. La majorité de ces individus sont capables de demeurer chez eux (4). Toutefois, en vieillissant, ils sont davantage exposés aux maladies chroniques; leur force physique diminue et l'acuité de leurs sens baisse. De telle sorte que les personnes âgées ont plus de difficulté à entretenir leur logis et peuvent être affectées par son architecture (ex.: escaliers) (6).

Le tissu social dans lequel est inséré l'individu âgé est également déterminant du type d'habitat que ce dernier choisit. Celui qui vieillit a plus de facilité à demeurer chez lui quand il est bien entouré que lorsqu'il est seul (7). La solitude est source d'insécurité ou d'ennui et rend attirantes diverses formes d'hébergement collectif (8).

Certes, des mesures sociales ont été instaurées pour aider les personnes âgées à demeurer chez elles (9). Mais ces services n'atteindraient pas toujours leur objectif. En effet, au terme d'une étude sur les désirs d'hébergement des gens âgés, F. Béland a écrit (10): "Ainsi l'aide d'urgence doit être disponible dans la maison pour diminuer les désirs d'hébergement en centre d'accueil; la délégation de la responsabilité des tâches d'entretien est surtout efficace lorsqu'elle est assumée par un résident du domicile de la personne âgée. L'aide est donc efficace lorsqu'elle implique la cohabitation". La cohabitation serait conséquemment la pierre d'achoppement de toute politique visant le maintien à domicile des personnes âgées.

2.2. La cohabitation

2.2.1 Définition et formes existantes

La cohabitation est assimilable au partage du domicile et des équipements qui en font partie. Elle peut être inter ou intragénérationnelle. Le ménage intergénérationnel (parents âgés-enfants adultes) fut une forme de cohabitation très courante dans le Québec rural traditionnel qui est maintenant presque disparue, sans doute, en partie, à cause des contraintes qu'elle imposait à ceux qui la choisissaient (12). Le ménage intragénérationnel

continue d'exister sous plusieurs variantes (frères-soeurs, individus non apparentés, etc.) (13). Il est susceptible de devenir un mode de vie de plus en plus fréquent dans l'avenir parce que la taille des familles diminue (14). Les diverses formes de cohabitation et d'habitation partagée ont des avantages et des inconvénients, ce dont il sera question au paragraphe suivant.

2.2.2 Les avantages et les inconvénients de l'habitation partagée.

Selon Monsieur Douglas H. Rapelje, le but premier de l'habitation partagée est l'amélioration de la qualité de la vie des gens âgés au sein de la communauté. Cette formule permettrait donc à ces gens d'être plus indépendants financièrement, d'être moins seuls et d'éviter d'entrer en institution ou de le faire plus tard. De leur coté, McConnel et Usher considèrent que la cohabitation peut comporter des avantages comme: des économies substantielles (tant pour les partenaires que pour la société); de la compagnie; l'intégration sociale; le rapprochement des générations (le cas échéant); le partage des tâches et la possibilité de demeurer dans son quartier (16). D'après les mêmes auteurs, cette formule est toutefois susceptible d'avoir des inconvénients tels que: le manque d'intimité; l'incompatibilité des partenaires; le fait qu'un des cohabitants soit parfois obligé de quitter son quartier d'origine; le fait que la propriété ne soit pas toujours aménagée adéquatement. Mais le principal inconvénient demeure le risque d'échec, ce dont il sera question dans la prochaine sous-section.

2.2.3 Les risques d'échec.

Plusieurs projets d'habitation partagée ont été initiés au Canada et aux Etats-Unis depuis le début des années 1980 (17). Malgré le dynamisme et le dévouement des individus oeuvrant au sein des organismes responsables de ces projets, quelques échecs ont rendu craintifs les groupes et les institutions subventionnaires qui voudraient s'engager dans cette voie. Les principales causes d'échec seraient:

A) Le fait que l'habitation partagée ne soit pas la solution la plus appropriée aux problèmes vécus par l'individu. Dans certains cas, des modalités de placement telles que la famille d'accueil ou le foyer privé s'imposent.

B) L'anticipation des étapes pré et post-cohabitation. Les étapes d'entrevues, de rencontres pré-arrangement, d'essai d'une semaine et de signature du contrat doivent être franchies sous la supervision d'un intervenant. Sinon, il peut y avoir blocage.

C) Les subventions non récurrentes qui empêchent l'organisme responsable d'assurer un suivi après une entente. Le cas échéant, les personnes âgées sont laissées à elles-mêmes apres la conclusion d'un arrangement, ce qui peut générer suffisamment d'insécurité pour être un frein à l'adhésion au projet d habitation partagée.

D) Les exigences à court terme en ce qui a trait à la crédibilité de l'organisme. L'implantation d'un projet d'habitation partagée prend de deux à trois ans et c'est pendant cette periode que la population apprend à faire confiance à l'organisme responsable.

Le succès ou l échec de l habitation partagée dépend du contexte dans lequel l'expérience prend place. Il y a des facteurs environnementaux (économiques, politiques, architecturaux) sur lesquels les cohabitants ont peu d'emprise. Mais à partir du moment ou l effet de ces facteurs est contrôlé, ce sont les modatés d'application de la formule qui deviennent déterminants des profits que chacun en retire ou des ennuis qu'elle occasionne.

2.2.4 Les modalités d application de la formule de l'habitation partagée.

Bien que les arrangements soient personnalisés, il existe trois principaux modes d'habitation partagée, selon l'expérience de Vancouver Homesharers (18):

A. Les deux colocataires assument les frais à part égale. Il y a également partage de la responsabilité de l'entretien du logis.

B. Une reduction des couts de location en retour de services occasionnels tels que faire les emplettes, déneiger l entrée, tondre le gazon, accompagner la personne âgée chez le médecin ou à la banque, etc.

C. Une réduction substantielle ou la gratuité d'une chambre avec pension pour un ensemble de services d'égale valeur (19).

Même si les gens âgés sont capables de déterminer eux-mêmes les modalités de la cohabitation, il semble que l'intervention d'un organisme indépendant soit utile en cette matière. Le rôle d'un tel organisme est alors de recevoir les demandes des individus intéressés par cette formule, d'évaluer leur degré de compatibilité, de les mettre en contact et de les aider à négocier les termes de leur association. C'est ce que fait Homesharers en Ontario (20). Les responsables de cet organisme croient que pour assurer le succès de l'entreprise, il faut que les futurs partenaires signent une entente écrite concernant les modalités de la cohabitation; qu'ils s'accordent une période d'essai d'au moins une semaine et qu'un suivi (follow up) soit assuré par un permanent du groupe. Quand toutes ces étapes sont respectées, il y aurait peu de dissociations causées par des incompatibilités de caractère. Les principales raisons motivant la fin de la cohabitation sont alors la maladie, le décès d'un des partenaires ou des raisons non reliées aux attitudes et habitudes des colocataires.

2.3 La situation particulière de la ville de Chicoutimi

Chicoutimi est une ville située sur le bord de la rivière Saguenay à un peu plus de 200km au nord de Québec. Son activité économique gravite autour du commerce et des services, ce qui en fait, sur ce plan, une capitale régionale. Les cités voisines, notamment La Baie et Jonquière sont par contre beaucoup plus industrialisées. Au recensement de 1981, Chicoutimi comptent 60,055 habitants, francophones à 98% (21). Dans cette

agglomération, il y avait 6.1% de personnes âgées de 65 ans et plus et 21.5% d'individus avaient entre 15 et 24 ans (22). Dans le premier groupe, 15% des gens vivaient seuls alors qu'il en était ainsi des 2% des membres du second (23). Ce sont ces individus qui constituent la clientèle potentielle des projets d'habitation partagée.

2.4 Hypothèse de recherche

Au terme de cette problématique il est possible de formuler l'hypothèse selon laquelle l'habitation partagée est susceptible de satisfaire en tout ou en partie les besoins d'une certaine proportion de personnes âgées et d'étudiants de la ville de Chicoutimi. Cette hypothèse a été vérifiée empiriquement, comme en rend compte la suite de ce texte.

3. Méthodologie

3.1 Description des questionnaires

Pour vérifier l'hypothèse, deux questionnaires ont été construits et administrés, le premier s'adressant aux personnes âgées et le second, aux étudiants. Les questionnaires ont été élaborés en s'inspirant de ceux dont se sert la Vancouver Homesharers Society pour l'évaluation des demandes d'habitation partagée.

Celui qui était destiné aux personnes âgées, comportait des interrogations sur leur âge et sexe, sur leur opinion concernant le projet d'habitation partagée ainsi que sur leurs conditions matérielles, sanitaires et socio-affectives d'existence.

Les informations inhérentes aux conditions matérielles sont de cinq ordres: la dimension du logis, la disponibilité d'une chambre pour recevoir un pensionnaire, le type de chambre et les commodités offertes ainsi que la possibilité pour le colocataire d'emménager avec quelques-uns de ses meubles.

Les renseignements se rapportant aux conditions sanitaires couvrent quatre dimensions: l'état de santé perçu, les particularités de l'état physique devant être connues par le colocataire éventuel, le mode de résidence et les services requis. Les services se subdivisent en trois catégories, selon l'ordre de priorité des besoins:

- Les services primaires sont les soins d'ordre personnel et sont considérés comme essentiels: soins d'hygiène; assistance au bain, suivi de la médication; aide à la marche.

- Les services secondaires offrant un support appréciable: faire des emplettes, avoir de la compagnie, être une présence sécurisante, préparer les repas.

- Les services tertiaires contribuant à rendre la vie plus facile sans pour autant être indispensables: conduire une voiture, accompagnement pour les sorties, jardinage, déblaiement de la neige.

Les informations touchant les conditions socio-affectives sont de quatre types: les caractéristiques du genere de personne désirée, soit: l'âge, le sexe, l'habitude de fumer; le genre de relation rechercheé, soit: amicale, financière, d'aide ou de soutien moral: le partage des tâches d'entretien du logie et la

participation à des activités sociales telles que les divertissements (cinéma, théâtre, danse, musique), les jeux (cartes, dames, échecs, mots croisés, mots mystère), les passe-temps (hobby, couture, tricot, artisanat), les sorties (magasinage, restaurant, église), les sports (exercices physiques, marche), les repas (manger ensemble), la télévision (regarder des émissions ensemble) et l'autorisation pour le colocataire de recevoir des visites.

Toutes les questions posées étaient fermées, même celles qui avaient trait à l'opinion sur l'habitation partagée et aux raisons du refus d'adhérer au projet. Une section "autres" a cependant été prévue pour permettre aux gens de compléter leurs réponses. Le questionnaire a été prétesté sur un petit groupe de personnes âgées, puis révisé.

Le sondage s'adressant aux étudiants comportait sensiblement les mêmes interrogations. Seules ses particularités seront mentionnées. Il s'agit du niveau d'étude, du besoin d'espace, de l'état de santé perçu (échelle allant de 1-excellent - à 9-très faible) et de l'intention de recevoir des visiteurs. Les autres questions ont permis de connaître l'attitude des étudiants face aux besoins des personnes âgées.

3.2 L'échantillonnage

3.2.1 Les personnes âgées

La technique utilisée pour constituer l'échantillon de personnes âgées est celle dite des "quotas" ou "choix raisonné" (24). Cette technique est non probabiliste. Elle consiste tout

d'abord à construire un modèle réduit de la population de référence, sous le rapport à quelques-unes de ses caractéristiques, à partir des statistiques disponibles sur cette population. Puis, des individus correspondant à ces caractéristiques sont interviewés dans des proportions équivalentes à leur représentation dans la population de référence (25).

Le plan de l'échantillon de la population vieillissante de Chicoutimi a été construit en fonction des données disponibles sur trois de ses caractéristiques: l'âge (65-69 ans; 70 ans et plus), le sexe et la situation géographique (secteurs nord et sud), ce qui a donné en tout huit strates. La banque de noms de gens âgés susceptibles de participer à l'enquête a été constituée à partir de deux listes. La première (410 noms) origine des clubs de l'âge d'or de Chicoutimi. La seconde (38 personnes) est celle de gens inscrits au centre de jour Mgr Victor-Tremblay sis dans cette ville.

Les distributions d'échantillonnage ont été établies en considérant que les ressources permettaient d'interviewer un total de 50 personnes âgées. A l'intérieur de chacune des huit strates, l'échantillon fut tiré au hasard. Après identification des noms et des caractéristiques des personnes âgées susceptibles de représenter la population globale, il a été puisé à tous les cinq noms, dans chacune des catégories, les noms des cinquante personnes de l'échantillon.

Comme le montre le tableau 1, l'échantillon est presque identique à la population de référence sous le rapport aux caractéristiques considérées. Des 88 individus sélectionnés, 38 (soit 43%) n'ont pu être rejoints ou ont refusé de passer l'entrevue.

Tableau 1

Comparaison de l'échantillon de personnes âgées avec la population de référence

AGE	SEXE	SITUATION GEOGRAPHIQUE	N	POP. TOTALE % (a)	N. ECHANTILLON (b)	PROPORTION APRES ECHANTILLONNAGE %
65 à 69 ans	H	TOTAL:	600	17.3	9	18
		SECTEUR SUD:	466	13.4	7	14
		SECTEUR NORD:	134	3.9	2	4
	F	TOTAL:	1258	36.3	18	36
		SECTEUR SUD:	1048	30.2	15	30
		SECTEUR NORD:	210	6.1	3	6
70 ans et +	H	TOTAL:	790	22.8	11	22
		SECTEUR SUD:	646	18.7	9	18
		SECTEUR NORD:	144	4.1	2	4
	F	TOTAL:	820	23.7	12	24
		SECTEUR SUD:	683	19.7	10	20
		SECTEUR NORD:	137	4.0	2	4
TOTAL:			3468	100.0	50	100
	H	TOTAL:	1390	40.1	20	40
		SECTEUR SUD:	1112	32.1	16	32
		SECTEUR NORD:	278	8.0	4	8
	F	TOTAL:	2078	60.0	30	60
		SECTEUR SUD:	1731	49.9	25	50
		SECTEUR NORD:	347	10.1	5	10

a) Statistiques Canada, 1981.
b) Echantillon des personnes âgées de 65 ans et plus.

3.2.2 Les étudiants

Le second échantillon est composé d'étudiants. Plusieurs facteurs ont motivé le choix des étudiants comme catégorie cible pour le sondage. En résumé, ce sont la situation financière des 24 ans et moins (27), leurs besoins en logement et leur état de santé présumé excellent. L échantillon a été restreint aux étudiants en techniques de la santé (collégial) et sciences de la santé (universitaire), cela dans un double but: réaliser le sondage dans un délai raisonnable et sensibiliser à l habitation partagée une des catégories de personnes les plus aptes à accepter un échange de services. Il était alors possible d espérer des conditions idéales pour un échange de services exigeant une approche globale de la part de gens en voie de qualification dans le domaine de la santé.

La technique des quotas a également été utilisée pour déterminer l échantillon des étudiants. Un plan d échantillonnage a été établi à partir des statistiques des inscriptions de la session d automne 1984 provenant des bureaux des Registraires du Cegep de Chicoutimi et de l Université du Québec à Chicoutimi. Ce plan tenait compte de l âge, du sexe et du niveau d étude des individus. Puis les questionnaires ont été distribués à des groupes d étudiants pendant un cours. Après quoi, les questionnaires ont été classés en fonction des caractéristiques retenues et un de ces documents parmi cinq disponibles a été choisi au hasard et analysé (université, n=18; cegep, n=32). Encore ici, comme l indique le tableau 2, l échantillon ressemble presque parfaitement à la population de référence.

Tableau 2

Comparaison de l'échantillon d'étudiants avec la population de référence

NIVEAU D'ETUDE	AGE	SEXE	N	POP. TOTALE %	N. ECHANTILLON (c)	PROPORTION APRES ECHANTILLONNAGE %
COLLEGE: (a)	TOTAL:		539	64.5	32	64
	20 ans & -	H	53	6.4	3	6
		F	329	39.3	20	40
	21 ans & +	H	40	4.8	2	4
		F	117	14.0	7	14
UNIVERSITE (b)	TOTAL:		297	35.5	18	36
	18 - 26 ans	H	3	0.4	0	0
		F	35	4.2	2	4
	27 ans & +	H	22	2.6	2	4
		F	237	28.3	14	28
TOTAL:			836	100.0	50	100
		H	118	14.1	7	14
		F	718	85.9	43	86

a) Statistiques, Registraire C.E.G.E.P. de Chicoutimi
b) Statistiques, Registraire U.Q.A.C.
c) Echantillon des étudiants(es) en sciences de la santé

3.3 Saisie et traitement des données.

Les données ont été recueillies en février 1985 par le second signataire de ce texte (28). La technique utilisée dans le cas des gens âgés fut l'entrevue de personne à personne. La durée moyenne des entrevues fut de deux heures. Toutefois, l'ac-

complissement de cette tache a parfois demandé jusqu'à quatre heures.

Quant aux étudiants, le questionnaire leur a été soumis après un bref exposé sur l'objectif de la recherche. Le traitement des données a été effectué manuellement et aucun test statistique n'a été compilé. L'analyse des résultats sera donc purement descriptive.

4. Résultats

La méthodologie employée a permis d'obtenir des résultats touchant aux divers aspects de la problématique de l'habitation partagée. Seront considérées successivement ici: l'appréciation que font les répondants de l'opportunité d'un programme d'habitation partagée, les caractéristiques des individus intéressés au projet, les raisons de ceux qui refusent d'y adhérer ainsi que les conditions matérielles dans lesquelles se trouvent l'ensemble des individus rencontrés.

4.1 Opinion des répondants sur l opportunité d'un programme d'habitation partagée.

La presque totalité des personnes âgées interviewées (96%) pensent que l'idee d habitation partagée est bonne. Seulement 4% d'entre elles croient que la cohabitation peut priver les gens âgés de leur intimité. Les trois cinquième (60%) des répondants ont commenté leurs réponses. Ces commentaires ont été classés en cinq catégories:

- faisable s il y a compatibilité de caractère : 26%
- faisable pour les personnes qui en ont besoin : 14%
- faisable mais très difficile : 10%
- favorise le maintien à domicile : 6%
- ne peut se réaliser : 4%

Les répondants âgés accordent beaucoup d importance à la compatibilite des caractères. Selon eux, il s agit d'une condition indispensable au succès de tout projet de cohabitation.

Les trois quarts (76%) des étudiants se disent favorables à un tel projet. Huit pourcent d entre eux croient que d autres groupes sociaux que les étudiants pourraient aussi cohabiter avec des gens âgés; 4% des répondants se disent incapables de cohabiter selon la formule proposée et seulement 2% pensent que l habitation partagée est une utopie. Parmi ceux qui n approuvent pas le programme, on retrouve 4% de personnes qui accepteraient quand même d adhérer au projet s il se concrétisait. Quant aux étudiants qui n ont pas commenté leurs réponses, ils se retrouvent en majorité chez ceux qui ont donné leur accord au plan d habitation partagée.

4.2 Caractéristiques des individus intéressés au projet d habitation partagée.

Vingt pourcent des gens âgés et soixante pourcent des étudiants rencontrés s engageraient dans un programme d habitation partagée. Les personnes âgées en cause ont des caractéristiques sanitaires et socio-affectives particulières. Elles se disent en moins bonne santé que celles qui ont refusé. En conséquence, les premières ont davantage besoin de services que

les secondes. Les répondants âgés qui adhèrent au projet ont besoin en moyenne de 4.2 services par personne comparativement a 1.9 service par personne chez ceux ayant rejeté le programme. L'état de santé et le besoin de services seraient donc déterminants de l'intérêt pour de tels programmes.

Le colocataire recherché par les répondants âgés est avant tout une femme (80%), plus jeune qu'eux (tous), de préférence une étudiante (80%). Quarante pourcent des aînés qui acceptent la cohabitation préfèrent vivre avec un non-fumeur. Tous veulent partager des activités telles que les jeux de société, manger ensemble et regarder la télévision. Toutes les personnes agées recherchent dans l'habitation partagée une relation de type amical, d'aide et de soutien moral. Quoique moins souhaitee, il est évident que la relation financière a une grande importance puisque 40% d'entre elles l'ont mentionnée. Soixante-dix pourcent de ces individus acceptent que leur colocataire reçoivent des amis à la maison pendant le jour et soixante pourcent le soir.

Les resulats concernant les étudiants ont également trait aux conditions sanitaires et socio-affectives. Les étudiants qui acceptent le projet sont prêts à offrir 7.9 services en moyenne comparativement à 5.0 pour ceux qui refusent. Quatre-vingt pourcent de ceux qui adhèrent au projet offrent des services primaires et tous, des services secondaires et tertiaires. En ce qui concerne les caractéristiques recherchées chez le colocataire éventuel, les etudiants se disent plutôt indifférents au fait que ce soit un homme ou une femme (83%), bien que 17% d'entre eux préfèrent une femme et qu'aucun n'ait choisi un homme. Les cégépiens et les universitaires acceptent à 83% que le propriétaire

ou le locataire principal soit une personne agée. La majorite des étudiants (53%) souhaitent vivre avec un non-fumeur, les fumeurs etant peu recherchés (3%). Toutefois, cette question laisse indifférents 44% des jeunes répondants.

Bien que les étudiants recherchent avant tout une relation amicale avec un colocataire, 73% d'entre eux sont disposés à entretenir une relation d'aide et de soutien moral et 63% des jeunes répondants considèrent important un arrangement financier. Tous les étudiants veulent partager des activités dans le cadre de l'habitation partagée. Par ordre d'importance, il y a: prendre des repas ensemble et faire du sport (tous); regarder la télévision et avoir des divertissements (90%). Les sorties (87%) et les jeux de société (73%) sont aussi envisagés par les jeunes. La plupart des étudiants ont l'intention de recevoir des amis le jour (93%) et le soir (83%).

Bref, il est intéressant de constater qu'il y a trois etudiants intéressés à adhérer au projet pour une personne agée. Dans la mesure où les individus rencontrés sont représentatifs de leur groupe d appartenance, cela signifierait que chaque personne agée souhaitant une entente d'habitation partagée est susceptible de trouver un colocataire répondant à ses besoins.

4.3 Raisons du refus d adhérer au projet d'habitation partagée.

Les motifs ayant conduit les personnes agées et les étudiants à refuser d adhérer au projet d'habitation partagée sont très significatifs. Voici tout d abord les raisons invoquées par les répondants agés (80%):

- 30% d'entre eux ont une personne (membre de leur famille, conjoint, autre) qui leur fournit les services nécessaires à leur maintien à domicile;
- 22% des aînés n'ont pas besoin de partager leur logis pour l'instant, mais considèrent qu'il leur faudra peut-être en arriver là si leurs capacités diminuent;
- 8% se disent capables de se débrouiller seuls;
- 8% vivent déjà une forme de cohabitation;
- 6% déclarent ne pas avoir un logement adéquat pour la cohabitation;
- 6% ne veulent pas la cohabitation parce que l'idée leur déplaît.

Donc, la principale raison du refus de l'habitation partagée par les aînés en cause est que ceux-ci n'en ont pas besoin. Seule une petite minorité n'aime pas cette formule.

Voici maintenant les raisons données par les étudiants qui ne prisent pas l'habitation partagée (40%):

- 12% préfèrent vivre seuls;
- 10% sont mariés et (ou) ont des enfants;
- 8% prévoient à court terme se marier;
- 8% vivent chez leurs parents;
- 2% considèrent que les personnes âgées seraient mieux d'aller vivre en institution.

Malgré le pourcentage assez élevé de non-adhésion, il ne faut pas perdre de vue que les étudiants sont proportionnellement moins nombreux que les gens âgés à considérer négativement l'habitation partagée.

4.4 Les conditions matérielles

4.4.1 Le logis

Quatre-vingt-quatorze pourcent de l'ensemble des personnes âgées interrogées disposent d'un logis de 4 1/2 pièces et plus. Cependant, 88% d'entre elles ont affirmé avoir suffisamment d'espace, i.e. une chambre disponible pour accueillir un colocataire dans l'éventualité d'une entente de cohabitation. Chez les étudiants, 94% ont indiqué avoir besoin de 2 1/2 pièces et plus. Les raisons invoquées par ces derniers pour justifier le besoin de plus de 2 pièces sont: pouvoir déménager quelques meubles et disposer d'une pièce autre que la chambre afin de recevoir des visiteurs. Soixante-dix-huit pourcent des personnes âgées possèdent une pièce supplémentaire pour les visites du locataire. Cependant, il convient de souligner que seulement 6% des personnes âgées permettraient à l'étudiant d'apporter quelques-uns de ses meubles.

4.4.2 La chambre

Le tableau 3 indique clairement les préférences des deux clientèles concernées quant au type de chambre: les personnes âgées sont d'accord dans une proportion de 44% pour fournir une chambre avec accès aux commodités alors que 70% des jeunes requérants recherchent cela. Par ailleurs, 24% des répondants

âgés se disent prêts à partager les coûts de nourriture contrairement à une infime minorité des étudiants (6%).

Tableau 3: Type de chambre

TYPE DE CHAMBRE	PERSONNES AGEES OFFRE (%)	ETUDIANTS DEMANDE (%)
CHAMBRE SEULEMENT	10	4
CHAMBRE AVEC ACCES AUX COMMODITES	44	70
CHAMBRE AVEC PENSION	10	12
CHAMBRE AVEC PARTAGE DES COUTS DE NOURRITURE	24	6
AUCUN	12	8

4.4.3 Les commodités

Le tableau 4 permet de constater que la majorité des commodités essentielles à la cohabitation sont présentes chez les gens âgés et qu'à ce niveau, l'offre répond dans une large mesure à la demande voire même, la dépasse dans plusieurs cas. Toutefois, les services privés tels salle de bain et téléphone sont beaucoup demandés par les étudiants, mais ne sont pas souvent offerts par les personnes âgées. Quoi qu'il en soit, ces données montrent que dans l'ensemble, les besoins des étudiants peuvent concorder avec les biens meubles et immeubles dont disposent les gens âgés. En conséquence, si l'on ne tenait compte que de la variable "conditions matérielles", le projet d'habitation partagée serait réalisable.

Tableau 4: Commodités

COMMODITES	PERSONNES AGEES OFFRE (%)	ETUDIANTS DEMANDE (%)
SALLE DE BAIN COMMUNE	84	56
ESPACE DE RANGEMENT	86	86
ACCES A LA BUANDERIE	82	78
TELEPHONE PARTAGE	86	50
SALLE DE BAIN PRIVEE	4	36
TELEPHONE PRIVE	2	42
VALEUR MANQUANTE	16	8

4.5 Les conditions sanitaires

4.5.1 L'état de santé

La majorité des personnes agées (54%) interrogées estiment avoir un état de santé bon ou excellent alors que 42% d'entre elles le jugent faible ou passable et que seulement 4% le considerent très faible. D'autre part, la quasi-totalité des étudiants (98%) ont répondu que leur état de santé était bon ou excellent. Parmi les personnes agées interviewées, 30% ont prétendu avoir des particularités physiques devant etre connues de la part d'un colocataire eventuel: maladie cardiaque (12%) et surdité totale, diabète, cancer, bronchite chronique, hypertension, vue faible, incapacité de marcher (18%). Malgré tout, quarante pourcent des étudiants accepteraient de vivre avec des gens ages presentant de tels handicaps.

Tableau 5: Etat de santé perçu

ETAT DE SANTE PERCU	PERSONNES AGEES (%)
EXCELLENT	6
BON	48
PASSABLE	30
FAIBLE	12
TRES FAIBLE	4

4.5.2 La demande et l'offre de services.

Le tableau 6 rend compte du rapport entre le nombre de services nécessaires et le mode d'habitation de la personne âgée. Il indique que 60% des personnes âgées interrogées ont besoin de services. Les personnes vivant seules sont sans contredit celles qui ont le plus besoin de services (100%). Viennent ensuite celles vivant avec un enfant (71%), avec un membre de leur famille (50%), en couple (35%), avec un(e) ami(e) (25%). Les répondants âgés qui vivent seuls sont également ceux qui demandent le plus grand nombre de services par personne. Les femmes âgées de l'échantillon ont davantage besoin de services (2.4) que les hommes (1.8). Cependant, ces derniers nécessitent des services plus urgents - tels les services primaires (9/20) - que les femmes (4/30).

Tableau 6: Demande de services (%) et condition de résidence

CONDITION DE RESIDENCE	N. PERSONNES	%	N. SERVICES/ N. PERSONNES
SEUL(E)S	15	100	2.9 (43/15)
AVEC UN ENFANT	7	71	2.3 (16/ 7)
AVEC UN MEMBRE DE LA FAMILLE	4	50	1.2 (5/ 4)
EN COUPLE	20	35	1.9 (37/20)
AVEC UN(E) AMI(E)	4	25	1.8 (7/ 4)

Le tableau 7 décrit le niveau de la demande et de l'offre de services. La majorité des besoins se situent au niveau des services secondaires (59%); près du tiers (29%) sont de nature tertiaire et seulement 12% sont d'ordre primaire.

L'offre de services de la part des étudiants est plus que satisfaisante car elle englobe toutes les catégories et se répartit assez uniformément entre les différents niveaux. En moyenne, chaque jeune est prêt à fournir 6.7 services en échange d'une diminution de loyer. Cette offre est légèrement plus grande en ce qui concerne les services tertiaires (2.5) quoique la demande soit amplement couverte pour les services secondaires (2.1) et primaires (2.1). Les besoins des gens âgés peuvent donc être comblés par les jeunes.

Tableau 7: Niveau de la demande et de l'offre des services

NIVEAU DE SERVICES	CLIENTELE	DEMANDE/ OFFRE (%)	NOMBRE SERVICES/N	MOYENNE
SERVICES PRIMAIRES	Pers. â.	12	13/50	0.3
	Etudiants	40 à 62	103/50	2.1
SERVICES SECONDAIRES	Pers. â.	59	64/50	1.3
	Etudiants	42 à 72	107/50	2.1
SERVICES TERTIAIRES	Pers. â.	29	31/50	0.6
	Etudiants	30 à 64	125/50	2.5

Conclusion.

L'étude dont les résultats ont été rapportés en ces pages a été effectuée pour savoir si l'habitation partagée pouvait devenir une alternative valable à l'hébergement collectif. Dans ce but, des personnes âgées et des étudiants de la ville de Chicoutimi ont été interviewés et leurs réponses ont été analysées à la lumière de la problématique préalablement élaborée. Cette problématique est celle du rôle de la cohabitation dans le maintien à domicile des personnes âgées. Ce rôle en serait un de premier plan. En effet: selon F. Béland (29), la cohabitation "fournit un cadre social immédiat où des activités de support moral et d'entraide peuvent s'accomplir". Telle est en substance l'hypothèse qui a été retenue et vérifiée. Les dimensions considérées furent les conditions matérielles, sanitaires et socio-affectives dans lesquelles vivent les gens âgés et les étudiants.

Quarante pourcent des gens interrogés sont intéressés au projet d'habitation partagée. Les personnes âgées le sont à 20% et les étudiants à 60%. La majorité des personnes âgées de l'échantillon (88%) possèdent un logis suffisamment vaste pour accueillir un corésident et offrent dans plus de 80% des cas les commodités essentielles. L'état de santé perçu est plus faible chez les adhérents âgés au projet que dans l'ensemble de l'échantillon. En conséquence, le besoin de services est plus considérable chez les premiers. Les jeunes, quant à eux, sont prêts à fournir les services requis (7.9 services offerts vs 4.2 services demandés). Tous les répondants veulent partager leurs activités quotidiennes, les plus populaires étant prendre les repas ensemble, regarder la télévision et avoir des divertissements. Plus de 51% des répondants (40% chez les gens âgés et 63% chez les

étudiants) croient qu'un arrangement financier est souhaitable.

L'habitation partagée permet à certaines personnes âgées souhaitant demeurer à domicile de meubler leur solitude et de se sentir utiles. De plus, cette formule répond au besoin de logement chez les étudiants puisqu'il y a pénurie et (ou) cherté relative dans ce secteur. Dans l'ensemble, les personnes âgées offrent des conditions physiques adéquates pour la cohabitation et les étudiants sont prêts à donner les conditions de support nécessaires au maintien à domicile des gens âgés.

Cependant, compte tenu de l'aspect flottant de la population étudiante d'un côté et la diminution progressive de l'autonomie de la population vieillissante de l'autre il importe, avant de jeter les bases d'une planification à long terme et d'amorcer le processus d'actualisation de projets d'habitation partagée de s'interroger sur la continuité ou le caractère provisoire d'ententes entre colocataires. Qui plus est, il va falloir, dans la gestion de tels projets prendre en considération et composer avec les nombreuses difficultés d'adaptation des partenaires âgés: adaptation à leurs propres changements bio-psychologiques; adaptation à leur famille à cause des nouvelles valeurs; adaptation à la société globale en mutation profonde; adaptation à leurs nouveaux et jeunes corésidents.

Les résulats de la présente recherche montrent que les projets d'habitation partagée sont réalisables à certaines conditions. Il s'agit toutefois d'une recherche exploratoire et des études plus poussées devraient être entreprises sur les conditions favorisant la corésidence; sur l'opinion de ceux qui l'ont vécue; sur les facteurs qui incitent les gens âgés à recou-

rir à cette ressource et sur les conditions qui aident ces gens à s'adapter à leur nouvelle situation. La réalisation de ces études devrait permettre de maximiser les chances de succès de telles expériences.

NOTES ET REFERENCES

1. Québec, 1985 a et b.

2. Québec, 1985 b; Québec, 1984 a.

3. Québec, 1984 b.

4. Québec, 1985 b.

5. CASF, 1984.

6. Bélanger et Delisle, 1981.

7. Bélanger, 1979; Bernardin-Haldemann, 1981.

8. Bélanger, 1979; Bélanger et Delisle, 1981; Carp, 1976; Rosow, 1967, Winiecke, 1973.

9. Québec 1984 b et c et 1985 b; MAS, 1979.

10. Béland, 1982 a: 24.

11. Zay, 1981: 107.

12. Delisle, 1983.

13. Mindel, 1979.

14. Kobrin, 1976, Québec 1985 c.

15. M. Rapelje est directeur du département de l'âge d'or de la Municipalité régionale de Niagara. Il a inauguré en décembre 1980, le premier programme "Home Sharing" au Canada. Cf. Lalonde et Lefebvre, 1984: 14.

16. McConnell, J.R.; Usher, C.E., Intergenerational Housesharing: A Research Report and Resource Manual. Los Angeles, University of Southern California, Andrus Gerontology Center, 1980, p. 5, cité par Zay et Wigdor, 1985, p. 98.

17. Liste des organismes dont nous avons obtenu de la documentation (dépliants, documents de travail).

. Vancouver Homesharers	Vancouver	B.C.
. Sharing	Toronto	Ontario
. Home Sharing	Niagara	Ontario
. Match-and-Share Senior Accomodation	Ottawa	Ontario
. Double occupancy	Montréal	Québec
. Project Home	Burlington	Vermont

18. D'après le document fourni par l'organisme.

19. Les responsables de Vancouver Homesharers évaluent qu'une heure de service par jour correspond au loyer d'une chambre (envrion 35$/semaine) et que deux heures quotidiennes de services peuvent être équivalentes au coût d'une chambre avec pension. Cependant, chaque arrangement est différent et un appartement au sommet d'un édifice avec vue sur la ville est susceptible d'être plus dispendieux qu'une chambre au sous-sol d'une maison.

20. Cf. Lalonde et Lefebvre 1984, p. 17.

21. Sources:

- Population: Statistique Canada, 1983a, Informations statistiques sur la ville de Chicoutimi préparées pour le sommet économique de Chicoutimi.

- Langue maternelle: Statistique Canada, 1983b. Population, logements privés occupés, ménages privés et familles de recensement et familles économiques dans les ménages privés. Certaines caractéristiques économiques et sociales. Québec. Partie I, tableau 1-297, no. de cat. 93-X-941-E-575.

22. Statistique Canada, 1983 a.

23. Statistique Canada, Ménages privés selon le genre de ménage par groupe d'âge et sexe du soutien du ménage. Subdivisions de recensement de 5000 habitants et plus. Microfiches du recensement de 1981. SPH81A15.

24. Loubet Del Bayle, 1978.

25. Cette technique s'apparente à celle de l'échantillon stratifié sauf que dans le cas des choix raisonnés, la sélection des individus n'est pas effectuée de façon aléatoire à partir de la liste complète de ceux qui composent la population de référence.

26. Les personnes âgées bénéficiant de services publics pour se loger (C.A., famille d'accueil, HLM) ont été volontairement exclues. A chaque fois que le nom de l'une d'elles apparaissait au cinquième nom, il était éliminé au profit du nom suivant.

27. Statistique Canada, 1983 c, Répartition du revenu au Canada selon la taille du revenu, 1981. Tableau 86. Ottawa, Statistique Canada, no. de cat. 13-207.

28. C'est également lui (A. Alméida) qui les a analysées.

29. Béland, F., 1982 b: 95.

BIBLIOGRAPHIE

BELAND, F., 1982a, Les principaux résultats de l'analyse des désirs d'hébergement de trois échantillons de personnes âgées du Québec. Québec, ministère des Affaires sociales du Québec.

BELAND, F., 1982b, "Les désirs d'hébergement et les modes de cohabitation des personnes âgées", Cahiers de l'ACFAS, 13, La recherche gérontologique au Québec, 89-100.

BELANGER, L., 1979, "Relations entre les motivations d'entrée en logements autonomes réservés aux personnes âgées et le statut socio-économique". Service social, 28, 2-3, 50-68.

BELANGER, L., DELISLE, M.A., 1981, Les habitations à loyer modique pour personnes âgées: effets psychologiques et sociaux de l'entrée en HLM et du refus de la demande d'admission. Québec, Laboratoire de gérontologie sociale de l'Université Laval.

BERNARDIN-HALDEMANN, V., 1981, L'habitat des personnes âgées à Québec. Québec, Laboratoire de gérontologie sociale de l'Université Laval.

CARP, F., 1976, "Housing and Living Environments of Older People". In Binstock, R.H., Shanas, E., Eds., Handbook of Aging and the Social Sciences. New York, Van Nostrand Reinhold, 244-269.

CASF (Conseil des affaires sociales et de la famille), 1984, Objectif santé. Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé. Québec, Editeur officiel du Québec.

DELISLE, M.A., 1983, La république du silence. La solitude des personnes âgées. Thèse de doctorat inédite. Département de sociologie de l'Université de Montréal.

KOBRIN, F.E., 1976, "The Fall in Household Size and the Rise of the Primary Individual in the United States". Demography, 13, 1, 127-138.

LALONDE, L., LEFEBVRE, G., 1984, Projet d'intervention: "Habitations partagées". Université du Québec à Hull, cours GER 1063.

LOUBET DEL BAYLE, J.L., 1978, Introduction aux méthodes des sciences sociales. Toulouse, Privat.

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

MINDEL, C., 1979, "Multigenerational Family Household: Recent Trends and Implications for the Future". The Gerontologist", 19, 5, 456-463.

QUEBEC (Prov.), 1984a, Les années pour seul capital. Evolution de la répartition des revenus de la population âgée au Québec 1971-1981. Québec, Editeur officiel du Québec.

QUEBEC (Prov.), 1984b, Se loger au Québec. Une analyse de la réalité. Un appel à l'imagination. Québec, Editeur officiel du Québec.

QUEBEC (Prov.), 1985a, Agir maintenant pour demain. Une politique québécoise de sécurité du revenu à la retraite. Québec, ministère des Affaires sociales et ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu.

QUEBEC (Prov.), 1985b, Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées. Québec, ministère des Affaires sociales.

QUEBEC (Prov.), 1985c, L'avenir démographique du Québec. Québec, Editeur officiel du Québec.

ROSOW, I., 1967, Social Integration of the Aged. New York, The Free Press.

WINIECKE, L., 1973, "The Appeal of Age Segregated Housing to the Elderly Poor". International Journal of Aging and Human Development, 4,4, 293-306.

ZAY, N., 1981, Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale. Québec, Presses de l'Université Laval.

ZAY, N., WIGDOR, B., et al., 1985, La planification de la retraite. Montréal, Ed. Grosvenor.

QUATRIEME PARTIE

Retraite, tourisme et activité physique

ETUDE SUR L'ELARGISSEMENT DU PROCESSUS DE DEQUALIFICATION DE LA POPULATION ACTIVE DE PLUS DE 55 ANS AU QUEBEC POUR LA PERIODE DE 1951 A 1981

Louis Plamondon

> "Le chômage n'est que la manifestation visible d'une réduction beaucoup plus fondamentale du travail dans la société moderne. Cette tendance est irréversible. Quelle alternative reste-t-il? Vers quoi nous mène l'abolition du travail?
>
> Ralf Dahrendorf (cité par André Gorz, Les chemins du paradis)

La retraite mise hors circuit.

C'est à la suite de la généralisation de l'industrialisation du Québec et de l'urbanisation conséquente qu'apparaissent les premières mesures législatives qui vont progressivement créer la catégorie sociale des retraités. Si 1921 marque la charnière démographique où les citadins deviennent majoritaires au Québec, c'est en 1927 que le Gouvernement fédéral promulgue la première loi dite d'assistance vieillesse au Canada; cette mesure de "charité publique" veut en fait assister économiquement les travailleurs de plus de 70 ans, suite à leur exclusion du marché du travail, dans la mesure où celle-ci les a jetés dans la misère. Avec l'expulsion de plus en plus massive des travailleurs âgés de la population active à la suite des innovations technologiques de l'après Deuxième guerre, de la restructuration de l'industrie canadienne et de la "modernisation" de l'organisation du travail, le début des années cinquante marquera la formalisation au Canada et au Québec de la retraite comme réalité sociale.

En effet, 1952 marque l'entrée en vigueur du programme universel de "Sécurité de la vieillesse", pour tous les résidents(es) canadiens(nes) de plus de 70 ans; le programme d'Assistance vieillesse sera maintenu pour les personnes âgées de 65 ans à 70 ans qui feront la preuve de nécessité et d'indigence. On comprend sans peine que la perte du travail et du salaire associé peut principalement expliquer le recours à l'Assistance vieillesse, à laquelle se substitue automatiquement la Pension de sécurité de la vieillesse après 70 ans.

En 1951, 78% des hommes et 95% des femmes de plus de 70 ans au Québec étaient hors de la main d'oeuvre. Déjà, chez les hommes de 65 à 69 ans, 41.3% étaient hors de la main d'oeuvre (Recensement 1951, vol. IV, tome 3,7).

En fait, la loi de pension de 1952 ne venait que "consacrer", par une législation sociale, le résultat des pratiques d'expulsion de la main d'oeuvre âgée déjà commençées au début des années vingt (M.A. Delisle, 1983).

Le retraite repos mérité?

A la suite de la mise en vigueur du Régime des rentes du Canada et du Québec en 1967, l'âge de l'admissibilité aux pensions de vieillesse fut progressivement abaissé de 70 à 65 ans. De fait, au Québec, en 1971, le taux d'activité des hommes de plus de 65 ans n'était plus que de 21.5%, celui des femmes de plus de 65 ans de 9%; cette donnée de 1971 correspond au taux d'activité des plus de 70 ans en 1951 (Statistique Canada, Recensement 1951, vol. IV, 3,7). C'est dans ce contexte, identique aux années cinquante sur le plan de l'indice d'activité de

la main d'oeuvre âgée, que l'état "normalise" l'accès à la rente de retraite et à la pension de vieillesse en abaissant l'âge d'admissibilité à 65 ans.

Pour une troisième fois depuis le début du siècle, l'Etat consacre le fait social de l'expulsion massive, de plus en plus tôt, de la main d'oeuvre âgée; nous constatons qu'il prend en charge par ces diverses mesures le résultat d'un processus qui a ses origines dans la sphère de la production et de l'économie marchande.

La vieillesse prend de la vitesse!

On pourrait dire qu'avec l'abaissement de l'âge d'admissibilité à la pension de vieillesse entre les années 1951 et 1971, la population canadienne devient vieille de plus en plus jeune!

Par ce fait historique, nous constatons que l'exclusion de la vie productive construit pour une bonne part la réalité de la vieillesse dans notre système social et que celle-ci n'est pas le seul fait du rapport d'un sujet humain à son être biologique.

Nos premières données sur l'abaissement de l'âge de la retraite 1951-1971 nous permettent de voir que le fait que la vieillesse résulte du rapport travail/non-travail est un élément du système social, celui-ci subissant les effets des transformations dans la structure des rapports sociaux. La vieillesse est un enjeu des rapports de classe. Et l'on doit supposer que si l'on devient vieux de plus en plus jeune (c'est dire que si on vieillit de plus en plus vite), c'est que l'axe de définition de

la vieillesse n'est pas principalement l'atteinte d'un âge chronologique avancé, mais le fait d'un autre rapport: celui de la déqualification de la force de travail du travailleur par le fait du renouvellement de plus en plus rapide des connaissances et des techniques.

> "La retraite est mise hors circuit. Du point de vue du système de production capitaliste, le travailleur est rentable tant que sa force de travail dépasse le coût de la reproduction de cette force de travail par l'entreprise". (Guillemard, Anne-Marie, 1972).

La productivité et le salaire sont les deux termes de cette proposition qui mesurent la valeur relative de la force de travail, et qui déterminent le maintien ou l'expulsion des travailleurs et travailleuses dans la population active avec leur avance en âge.

C'est donc <u>ultimement</u> l'intérêt privé des producteurs capitalistes, la rentabilité de leurs investissements (y compris les salaires) qui va décider des pressions qui s'exerceront en direction d'un abaissement de l'âge de la cessation de l'activité de travail. Nous avons vu plus haut que la rentabilité de la main-d'oeuvre se mesure par rapport au coût de sa reproduction - c'est-à-dire le coût payé par l'entreprise pour qu'une force de travail qualifiée X soit disponible chaque jour; les facteurs économiques du marché du travail vont donc être les pièces maîtresses du processus de déqualification des travailleurs âgés.

Voyons à l'aide de la littérature récente examinée par Normande Lewis (1979) comment se manifeste sociologiquement le processus du vieillissement de la main-d'oeuvre en Amérique du Nord.

> "Ainsi, au plan économique, les variations de la conjoncture ont-elles dicté aux travailleurs âgés des comportements précis (Kasschau, 1976). Suite à la Grande Dépression on institua les pensions de retraite visant à sortir la main d'oeuvre âgée du marché du travail et à laisser plus d'emplois aux jeunes. Ceux-ci, suivant les valeurs en cours, se devaient d'assumer eux-mêmes le fardeau de leur famille. (...).
>
> Le fait que les taux de départ varient d'une industrie à l'autre, loin de compromettre la thèse économique, la confirme plutôt, selon Kasschau (1976). En effet, les travailleurs autonomes, ayant plus de liberté quant au moment de leur retraite, ont démontré des taux de départ relativement bas. Par ailleurs, considérant le ratio des
>
> $$\frac{\text{employés de 45 à 54 ans}}{\text{employés de 55 ans et plus}}$$
>
> suivant les industries, Kasschau fait observer les résultats suivants:
>
> lorsque le taux est supérieur à un (c'est-à-dire que le poids des 45-54 ans est supérieur au poids des 55 ans et plus), les taux de départ sont supérieurs à la moyenne pour toutes les industries, les travailleurs plus jeunes poussant les plus âgés vers la retraite[1].
>
> Le poids que représente la main-d'oeuvre dans une industrie influence également les départs: les industries où le capital humain est important par rapport aux autres inves-

---

1. On verra en annexe comment peut se présenter dans le contexte actuel des coupures de poste dans le secteur public parapublic la pression d'exclusion des plus de 55 ans du marché du travail.

tissements ont affiché dans les temps des taux de départ bien inférieurs à ceux des autres industries (Kasschau, 1976).

On a également considéré le type de travail le plus courant dans l'industrie (travail manuel vs travail non manuel): les industries où prédomine le travail manuel ont toujours eu des taux de départ plus élevés que les autres à cause de l'abondance de cette main-d'oeuvre (Kasschau, 1976).

Une autre manifestation des forces macro-économiques en jeu se retrouve dans le développement des régimes de pension privés, très inégal selon les caractéristiques des industries. Dyer et Schwab (1971) ont montré que les industries qui offrent un plan de pension privé comprennent les plus grosses entreprises, se caractérisent par des taux de syndicalisation et des échelles de salaire élevées et regroupent moins de travailleurs âgés et de femmes que les autres. La décision d'offrir un régime de pension a semblé principalement déterminée par des raisons économiques et institutionnelles, concluent les auteurs: les désirs des employés ont très peu compté

D'ailleurs, si les régimes avaient eu pour but de répondre aux voeux des employés, les syndicats auraient normalement joué un rôle important dans leur établissement (Kasschau, 1976). Or, Clague (1971) a montré que les syndicats ont été très lents à réagir aux désirs des travailleurs et qu'en fait ce sont les employeurs qui se sont faits les promoteurs de ces régimes, parce qu'ils considéraient qu'il y allait de leurs intérêts: percevant que les progrès de la technologie rendraient les travailleurs inutiles, et ceci de plus en plus rapidement, les employés se sont inquiétés de ce que les niveaux de prestation de sécurité sociale étaient trop bas pour inciter les travailleurs à quitter le travail. Ils ont donc institué les régimes supplémentaires afin de combler le vide laissé par la sécurité sociale".

1980: Vers le meilleur des mondes

L'étude de la progression/régression du taux d'activité par cohorte d'âge, après 55 ans, nous est apparue une méthode appropriée pour saisir la réalité du vieillissement de la main-d'oeuvre; on le définit comme le rapport du nombre d'individus d'un groupe d'âge donné membre de la population active sur l'ensemble de ce groupe d'âge (donné en pourcentage). Par ce moyen nous tenterons une exploration des nouvelles tendances à la déqualification/au vieillissement de la force de travail au Québec après 1971. Nous faisons l'hypothèse que le taux d'activité des groupes d'âge de plus de 55 ans a continué à régresser depuis 1951, et que le processus de déqualification s'élargit par un accroissement du nombre des inactifs dans chaque groupe, et par l'abaissement de l'âge des cohortes qui sont "victimes" de vieillissement prématuré.

Pour vérifier notre hypothèse, nous avons consulté les divers recensements de Statistique Canada et certains de leurs catalogues hors série pour la période de 1951 à 1981. Nous avons cru nécessaire dans un premier temps d'établir la progression de l'inactivité des plus de 65 ans depuis 1951 pour les hommes et les femmes. Nous avons dû exclure le recensement de 1961 de notre étude puisque la cueillettee de données disponible ne fut pas basée sur la même division de cohorte d'âge. Pour ce qui est de l'étude des tendances récentes à la lumière de nos hypothèses, nous avons utilisé les recensements de 1971, 1976 et 1981.

Le tableau 1 nous a permis de vérifier la continuité du processus de retrait du travail de 1951 à 1981 pour les hommes et les femmes du Québec après 65 ans. En effet, le taux d'activité

des hommes de plus de 65 ans est passé de 36.38% à 14.7% en trente ans; celui des femmes s'est maintenu à 5.8% à l'exception de 1971 où il a atteint 9.0% sans que l'on puisse saisir la cause de cet écart pour l'instant.

Le tableau 2 a été construit afin d'évaluer la part relative des hommes et des femmes de 55 ans à 64 ans dans l'ensemble de la main-d'oeuvre. De 1951 à 1981, la cohorte 55/64 ans dans la population active est passée de 8.73% à 10.28% de tous les actifs.

Le tableau 3 nous permet d'expliquer cet accroissement par le vieillissement de la population où la même cohorte 55/64 ans est passée de 1951 à 1981 de 6.3% à 8.65% de l'ensemble de la population. De plus, le tableau 3 nous permet de mettre en relief, sur une longue période, l'existence d'une nouvelle tendance à l'abaissement de l'âge de retraite pour les hommes; en effet, le taux d'activité de la cohorte des 55/64 ans, hommes, est passé entre 1951 et 1981 de 85.58% à 74.03%. Pour les femmes de la même cohorte et la même période, le tableau 3 révèle au contraire une tendance à la réinsertion de ce groupe dans la population active. Une étude des caractéristiques sociologiques des femmes de cette cohorte pourrait sans doute nous donner quelques hypothèses explicatives sur cette particularité de la cohorte féminine. Nous y reviendrons. Par ailleurs, notons que le tableau 3 révèle une très légère progression du taux d'activité des hommes de 55/64 ans entre 1971 et 1981. Nous en reparlerons plus loin.

Ainsi, les tableaux 1, 2 et 3 nous ont permis de vérifier la valeur de notre première hypothèse quant à l'accroissement des inactifs pour les cohortes des plus de 65 ans et de 55 à 64 ans.

Pour les plus de 65 ans, le taux d'activité est passé en trente ans de 36% à 14.7% pour les hommes et celui des femmes est demeuré le même. Le nombre total d'inactifs de la cohorte est passé de 183,871 en 1951 à 476,115 en 1981.

Pour la cohorte des 55/64 ans, le taux d'activité des hommes pour la meme période est passé de 85% à 74%. Celui des femmes est passé de 13.9% à 29%. Notons cependant que le nombre d'inactifs de cette cohorte est passé de 127,710 en 1951 à 277,760 en 1981; il a plus que doublé en trente ans, la part des hommes inactifs passant de 15% a 25% de tous les inactifs de cette cohorte.

Cependant, nous nous sommes interrogé sur la signification du taux d'activité quasi constant des hommes entre 1971 et 1981 (de 73.4% à 74.3%). Mettrait-il en cause la validité de notre hypothèse, assiterions-nous depuis 1971 au renversement de la tendance?

Pour vérifier, nous avons décidé de scinder notre cohorte 55/64 ans en deux groupes, de 55 à 59 ans et 60 à 64 ans et de l étudier sur une plus courte période (1971-1981). La régression devrait etre plus apparente sur la partie la plus âgée de la cohorte d'age 55/64 ans. Le tableau 4 nous donne une première confirmation de la valeur de notre hypothèse; l'indice moyen d'activités de la cohorte 60-64 ans est passé de 44.0% à 42.7%; l'indice des hommes du groupe est passé de 67.4% à 65.8%, celui des femmes est demeuré constant à 22%.

La cohorte de 55/59 ans a quant à elle progressé dans sa contribution au marche du travail de 1971 à 1981; l'indice des

hommes du groupe est passé de 78.3% à 80.5%; celui des femmes de 29.6% à 34.2%. Il semble donc que ce sont les plus âgés des cohortes qui subissent l'impact de la déqualification de leur force de travail.

Ainsi, nous pouvons conclure qu'il existe bien une tendance structurelle à l'expulsion des plus âgés de la population active. Nous avions cru que l'étude diachronique du phénomène serait la plus à même de révéler le bien-fondé de nos hypothèses; cela est sans doute confirmé pour la mise en valeur de l'aspect historique du processus en tant qu'élément durable de notre société. Cependant, l'analyse du même phénomène dans une perspective synchronique a été la plus à même de mettre en évidence la progression de la tendance à la dévalorisation de la force de travail avec l'avance en âge; le tableau 5 révèle en effet que le processus joue de manière extrêmement significative pour une même période: ainsi, en 1971, la cohorte des hommes de 60/64 ans comparée à celle des 55-59 ans voit son indice d'activité régresser de plus de 10%; pour la cohorte des femmes, la régression est de 7%.

En 1976, la régression pour les mêmes cohortes passe à 14% pour les hommes et à 9.4% pour les femmes. En 1981, la diminution dans l'indice d'activité est de 14.7% pour les hommes et de 11.4% pour les femmes. Ainsi, depuis les années 1950 jusqu'à nos jours, le fait de passer de la cohorte des 55/59 ans à celle des 60/65 ans accroît brutalement les risques d'exclusion de la population active.

L'analyse comparée de notre étude du phénomène pour 1971, 1976 et 1981 révèle un accroissement de l'écart entre l'indice

d'activité des cohortes 60-64 et 55-59 ans, tant pour les hommes que pour les femmes. Ainsi, l'élargissement du processus de déqualification/vieillissement de la population se développe-t-il selon une double dynamique: à chaque période chacune des cohortes est plus largement affectée par "l'inactivité", et d'une période à l'autre, la tendance à l'inactivité rejoint des personnes de plus en plus jeunes. C'est ce que nous confirment les tableaux 6 et 7 où sont graphiquement distribués les données du tableau 5.

Entre 1971 et 1981, la population active s'est accrue de 18% (tableau 2); le tableau 5 montre que chez les plus de 55 ans, seule la cohorte de 55-59 ans a subi les effets de cette progression de l'activité tant chez les hommes que chez les femmes. Se trouvent ainsi résolues les apparentes contradictions que présentaient les données du tableau 3: l'accroissement du niveau d'activité ne joue que pour une seule fraction des plus de 55 ans: les plus jeunes! Cela ne remet pas en cause pour autant l'intérêt d'une étude sur les caractéristiques sociologiques de ce groupe.

Au premier abord, cette donnée semble révéler une certaine capacité des moins de 60 ans à se maintenir, sinon à retourner dans le nombre des actifs. Il semble que cette cohorte de 55/59 ans soit encore capable, d'une manière générale, de mériter le coût de sa reproduction... encore faudrait-il vérifier à quel prix et à quelles conditions? "Ghettoïsation", temps partiel, temporaire, sur appel, à domicile? Seules des recherches complémentaires pourraient nous le dire.

/332

Tableau 1

Population active et taux d'activité par sexe,
pour les plus de 65 ans, au Québec,
1951, 1971, 1981

		1951	1971	1981
Population active				
+ 65 ans	Total	48,226 (7)	59,625 (9)	50,180 (3)
	Hommes	41,288	38,785	32,610
	Femmes	6,938	20,840	17,570
Population				
+ 65 ans	Total	232,097 (1)	412,625 (4)	526,295
	Hommes	113,467	180,730	222,365
	Femmes	118,630	231,895	303,930
Taux d'activité				
+ 65 ans	Total	20.77 (8)	14.5 (4)	9.5
	Hommes	36.38	21.5	14.7
	Femmes	5.8	9.0	5.8

Source: Statistique Canada

(1) CAT 92.715 T.7
(3) CAT 92.915 T.1
(4) CAT 94.704 T.10
(7) CAT 94.783 (SE-2) T.4
(8) Nos calculs
(9) CAT 94.804 T.9

Tableau 2

Population active et taux d'activité par sexe, pour les plus de 15 ans, au Québec, 1951, 1971, 1981

		1951	1971	1981
Population active				
+ 15 ans	Total	1,467,287 (7)	2,242,835 (4)	2,719,545
	Hommes	1,266,696	1,488,095	1,661,850
	Femmes	340,591	754,748	1,057,695
Population active				
55/64 ans	Total	128,106 (7)	225,820 (4)	279,745 (3)
	Hommes	110,352	167,755	194,065
	Femmes	17,754	63,065	85,680
Pourcentage de la population active 55 à 64 ans				
(15 ans + = 100%)				
	Total	8.73% (8)	10.06% (8)	10.28%
	Hommes	8.71%	10.93%	11.67%
	Femmes	5.21%	8.35%	8.10%

Source: Statistique Canada

(3) CAT 92.915 T.1
(4) CAT 94.704 T.10
(7) CAT 94.783 T.4
(8) Nos calculs

Tableau 3

Population active et taux d'activité par sexe, pour les plus 55 à 64 ans, au Québec, 1951, 1971, 1981

		1951	1971	1981
Population				
55/64 ans	Total	255,816 (1)	460,285 (4)	557,505 (3)
	Hommes	128,944	221,665	262,120
	Femmes	126,872	238,620	295,380
Taux de l'ensemble de la population totale				
	Total	6.30	7.63	8.65 (3)
	Hommes	6.37	7.40	8.26
	Femmes	6.23	7.86	9.04
Population active				
55/64 ans	Total	128,106 (7)	225,820 (4)	279,745 (3)
	Hommes	110,352	162,755	194,065
	Femmes	17,754	63,065	85,680
Taux d'activité				
55/64 ans	Total	50.07 (8)	49.1 (4)	50.17 (3)
	Hommes	85.58	73.4	74.03
	Femmes	13.99	26.4	29.00
Nombre population				
totale	Total	4,055,681 (1)	6.027,765 (1)	6,438,405 (10)
	Hommes	2,022,127	2,994,545	3.172,195
	Femmes	2,033,554	3,033,220	3,166,205

Source: Statistique Canada

(1) CAT 92.715 T.7
(2) CAT 92.921 T.3
(3) CAT 92.915 T.1
(4) CAT 94.704 T.10
(7) CAT 94.783 T.4
(8) Nos calculs
(10) CAT 92.901 (vol. 1).

Tableau 4

Population active et taux d'activité par sexe,
pour les plus 55 à 59 ans et 60 à 64 ans,
au Québec, 1951, 1971, 1981

		1951		1971		1981	
Population active							
55/69 ans	Total	134,395	(9)	148,310	(9)	172,995	
	Hommes	95,870		104,415		118,015	
	Femmes	38,525		43,895		54,980	
Population active							
60/64 ans	Total	91,420	(9)	100,300	(9)	106,750	
	Hommes	66,890		73,220		76,050	
	Femmes	24,535		27,080		30,700	
Taux d'activité des							
55/59 ans	Total	53.3	(9)	55.0	(9)	56.2	(3)
	Hommes	78.3		81.0		80.5	
	Femmes	29.6		31.2		34.2	
Taux d'activité des							
60/64 ans	Total	44.0	(9)	43.0	(9)	42.7	(3)
	Hommes	67.4		67.0		65.8	
	Femmes	22.6		21.8		22.8	

Source: Statistique Canada

(3) CAT 92.915 T.1
(9) CAT 94.804 T.9

Tableau 5

Taux d'activité selon certains groupes d'âge
par sexe qu Québec
1951, 1976, 1981

		Taux d'activité des 55 à 59 ans	(écart)	Taux d'activité des 60 à 64 ans	Taux d'activité des + de 65 ans
1951	Total	53.3%	(- 9.3%)	44.0%	14.5%
	Hommes	78.3%	(-10.9%)	67.4%	21.5%
	Femmes	29.5%	(- 7.0%)	22.6%	9.0%
1976	Total	55.0%	(-12.0%)	43.0%	11.7%
	Hommes	81.0%	(-14.0%)	67.0%	17.1%
	Femmes	31.2%	(- 9.4%)	21.8%	7.7%
1981	Total	56.2%	(-13.5%)	42.7%	9.5%
	Hommes	80.5%	(-14.7%)	65.8%	14.7%
	Femmes	34.2%	(-11.4%)	22.8%	5.8%

Source: Statistique Canada

(3) CAT 92.915 T.1
(9) CAT 94.804 T.9

Bibliographie

DELISLE, M.A., 1983, La république du silence. La solitude des personnes âgées. Thèse de doctorat inédite. Département de sociologie de l'Université de Montréal.

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

LEWIS, N., 1979, Les travailleurs âgés: examen de littérature. Québec, Gouvernement du Québec, Centre de recherche et de statistiques sur le marché du travail.

L'EFFET DE LA RETRAITE SUR LES DEPARTS EN VACANCES DE LA COHORTE D'AGE DES 66-71 ANS

Marcel Samson
Jean Stafford
Avec la collaboration de Daniel Bibeau

Dans cette communication, nous allons donner les principaux résultats d'une enquête traitant des effets de la retraite sur les départs en vacances des personnes âgées. Il s'agit pour nous, et pour l'ensemble de la recherche québécoise, d'une première tentative d'isoler les conséquences de la retraite sur les départs en voyage des personnes âgées. C'est au Québec et au Canada un champ de recherche sous-étudié.

La retraite étant une période charnière importante dans la vie des personnes âgées, notre principal objectif était d'étudier les comportements de vacances des retraité(e)s avant et après la retraite. Ces comportements se résument pour nous:

- aux départs en vacances;
- aux modalités de ces départs (destination, transport, hébergement, coûts, etc.).
- aux attentes des personnes âgées, avant et après la retraite, vis-à-vis ces départs en vacances.

Nous avons en somme tenté de répondre à une seule question: quelle est l'importance de la retraite sur les départs en vacances des personnes âgées?

Le vieillissement de la population.

La vieillesse devient un problème de plus en plus préoccupant pour l'ensemble des sociétés occidentales. Au Canada, la part occupée par les personnes âgées dans l'ensemble de la population totale s'est accrue, de 1901 à 1976, de plus de sept fois (1). Au Québec, ce vieillissement accéléré de la population est bien visible dans l'évolution du rapport entre la population de plus de 64 ans sur celle de 15 ans à 64 ans; en 1971 ce rapport était de 10,9% et il était de 14,4% en 1981 (2). Ce vieillissement généralisé sera un phénomène important au cours des vingt prochaines années (3).

Le vieillissement de la population va entraîner une série de conséquences (4):

- on peut s'attendre à une augmentation importante des besoins spécifiques des personnes âgées (santé, pension de retraite, etc.);
- à une revalorisation de ce groupe d'âge et de ses besoins (particulièrement dans le domaine du logement, des transports, des loisirs et des vacances);
- à la recherche de nouveaux processus permettant une meilleure insertion sociale des personnes âgées.

On peut penser que le statut de retraité est un nouveau phenomène dans notre société; il est plus particulièrement le résultat des immenses développements technologiques, économiques, sociologiques et politiques des trente dernières années. Ces bouleversements ont amené une définition nouvelle du rôle de chacun des différents groupes d'âge à l'intérieur du système social

(5). Ce qu'on peut dire aujourd'hui, c'est que le rôle imparti aux personnes retraitées, dans ce système, est, pour le moins, ambigu!

Si les vieillards ont un rôle différent des autres groupes d'âge ils ne constituent pas, comme le signale justement Moses Finley: "...un segment isolé ou isolable au sein de la société. Ils font intégralement partie de cette dernière. Leur situation et leurs besoins sont indissolublement liés à la structure de base de la société (6). Seules les fins de l'analyse socio-économique justifient cette segmentation.

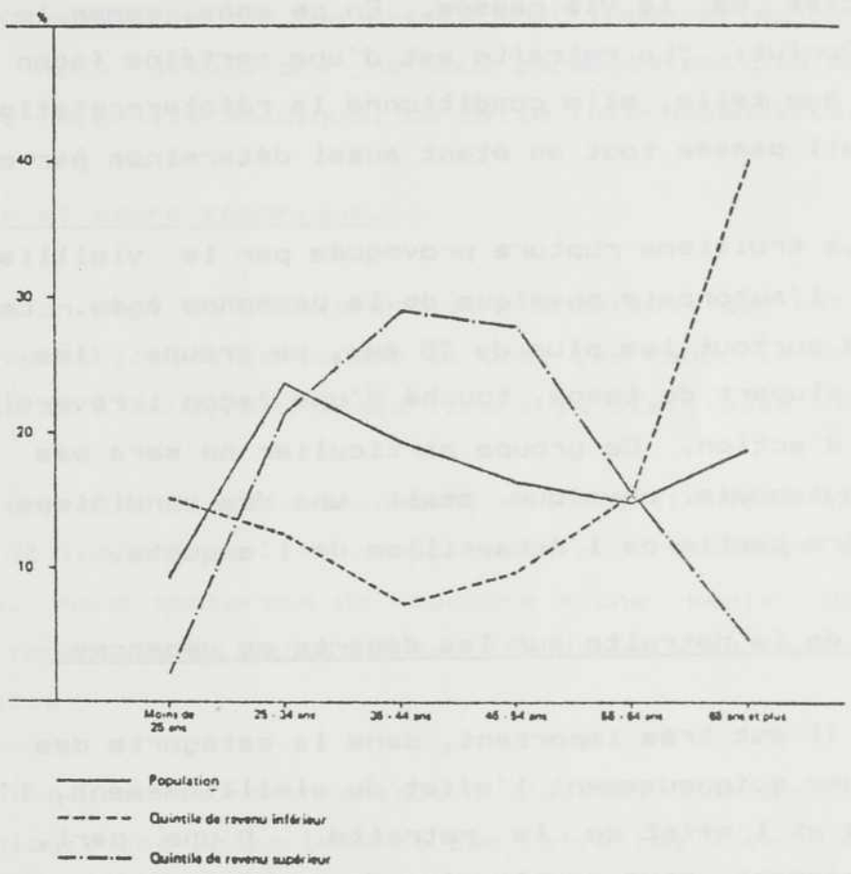
Les ruptures.

Le vieillissement et son corollaire "la mise à la retraite" entraînent pour les personnes âgées des ruptures plus ou moins fortes avec la vie antérieure (7). L'ensemble du cycle de vie est fait lui-même de cassures et de discontinuités; les ruptures propres à la vieillesse sont relativement plus nombreuses et plus importantes; dans certains cas, elles sont aussi multiplicatives.

La première coupure est économique: on sait qu'une bonne partie des personnes âgées au Québec vivent dans une situation financière assez précaire. Le graphique ci-dessous montre bien cette rupture.

Graphique 1

Repartition de l'ensemble des unités familiales dans la population totale et dans les quintiles de revenu total inférieur et supérieur, selon l'âge du chef, Québec 1981



Source: Les années pour seul capital? Bureau de la statistique du Quebec, Québec, août 1984, p. 32.

Selon le Bureau de la statistique du Québec: "Il existe donc une forte surreprésentation des personnes âgées et des familles dont le chef est âgé dans le quintile des revenus inférieurs. Cette surreprésentation se traduit par une forte proportion d'unités familiales vivant sous le seuil de faibles revenus (en 1981, 30% des unités vivant sous le seuil de pauvreté ont des chefs de 65 ans et plus)" (8).

La rupture économique amène une diminution du niveau de vie qui entraînera lui-même un changement, quelquefois important, du statut social de la personne âgée. Ce changement de statut et ses conséquences psychosociologiques vont se moduler en fonction des cycles de la vie passée. En ce sens, comme le remarque C. Attias-Donfut: "La retraite est d'une certaine façon achèvement en tant que telle, elle conditionne la réinterprétation de la vie de travail passée tout en étant aussi déterminée par elle" (9).

La troisième rupture provoquée par le vieillissement est liée à l'autonomie physique de la personne âgée. Cette rupture concerne surtout les plus de 75 ans, ce groupe (les "old old") est, la plupart du temps, touché d'une façon irréversible dans sa liberté d'action. Ce groupe particulier ne sera pas étudié ici car l'autonomie physique était une des conditions nécessaires pour faire partie de l'échantillon de l'enquête.

<u>L'effet de la retraite sur les départs en vacances.</u>

Il est très important, dans la catégorie des effets, de distinguer soigneusement l'effet du vieillissement, l'effet de la pauvreté et l'effet de la retraite. D'une part, l'effet du vieillissement nous semble plus du ressort de la médecine-biologie et de la gérontologie que d'une analyse strictement socio-économique; d'autre part, il faut penser que la rupture économique n'est pas subie avec la même intensité par les personnes âgées: dans bien des cas la pauvreté existait bien avant la "mise à la retraite".

Notre étude se concentre uniquement sur les effets de la retraite sur les départs en voyage. Ce parti-pris théorique et méthodologique nous a permis de bien isoler et d'analyser les effets de la retraite sur les départs en vacances. Il est bien évident que dans la réalité ces effets sont interreliés mais les moyens dont nous disposions ne nous permettaient pas de tenir compte, d'une façon systématique, de cette interdépendance.

Problématique et cadre théorique.

Comme on peut le constater notre problématique est volontairement réductrice; elle laisse de côté les rapports entre les groupes d'âge et l'étude des temps liés à la vieillesse (10).

Notre projet vise, modestement et essentiellement, à jeter un peu de lumière sur les comportements de vacances des personnes âgées. Nous tenterons de répondre à une seule question: quel est l'impact de la retraite sur les départs en vacances des personnes âgées?

Au niveau du cadre théorique d'analyse, nous avons élaboré une typologie des comportements des retraités face aux vacances.

Cette typologie prend la forme suivante:

Tableau 1

Typologie des comportements des retraités face aux départs en vacances

Voyages avant la retraite	Voyages après la retraite	
	Oui	Non
OUI	1	2
NON	3	4

1. Le premier type de comportements face aux vacances en est un de continuité. Cette catégorie de répondants correspond aux personnes âgées retraitées qui ont, à peu de choses près, les mêmes comportements de vacances avant et après la retraite.

2. Le deuxième type de comportements face aux vacances regroupe ceux qui ont renoncé, pour une raison ou une autre, à avoir des vacances.

3. Le troisième type de comportements face aux vacances va permettre d étudier les "nouveaux vacanciers", c est-à-dire ceux qui accèdent aux vacances à leur retraite.

4. Enfin, Le dernier type possible de comportements des retraités face aux vacances comprend tous ceux qui avant la retraite ne prenaient pas de vacances et n en prennent pas plus après la retraite. Par rapport au premier type, c est une "continuité négative" dans les comportements face aux vacances de ces personnes âgées.

Nous avons élaboré des hypothèses pour chacun de ces types de comportements, nous les exposons ici:

A. Hypothèse expliquant la continuité des comportements de vacances des personnes âgées: la continuité des comportements de vacances des personnes âgées s'explique par un niveau socio-économique et culturel élevé, par des habitudes de vacances profondement enracinées et par des attentes raisonnables face aux possibilités de vacances qu'apporte la retraite.

B. Le renoncement aux vacances après la retraite va être déterminé par des raisons endogènes (problème de santé et/ou la mort d'un conjoint) et exogènes (problèmes liés à la situation économique et/ou sociale du ménage). Ces raisons peuvent être additives et le renoncement aux vacances deviendrait une conséquence supplémentaire des effets négatifs que peut entraîner la retraite.

C. Les "nouveaux vacanciers" sont des personnes âgées qui profitent pleinement des temps libres offerts par la mise à la retraite; nous croyons que ces comportements se retrouveront en plus grand nombre dans certaines catégories sociales (par exemple, dans le secteur tertiaire: commerçants et autres...) On peut faire aussi l'hypothèse que ceux qui avaient des attentes très fortes face aux vacances (avant la retraite) se retrouveront dans ce groupe.

D. Nous croyons que la continuité négative dans les comportements face aux vacances sera due à un niveau socio-économique et culturel faible; elle dépendra aussi du peu de consistance

(ou même de l'absence) des habitudes de vacances avant la retraite ainsi qu'à un niveau très faible des attentes face aux vacances pendant la retraite.

Le tableau 2 résume les hypothèses expliquant les comportements des personnes agées après la retraite.

Tableau 2

Typologie et principales hypothèses

Voyages avant la retraite	Voyages après la retraite : Oui	Voyages après la retraite : Non
OUI	- niveau socio-économique élevé. - niveau socio-culturel élevé - habitudes de vacances. - attentes fortes face aux vacances après la retraite. - peu de rupture	- ruptures économiques et sociales très fortes. - perte importante d'autonomie. - attentes faibles.
NON	- attentes très fortes face aux vacances après la retraite. - niveau économique moyen et faible.	- niveau économique social et culturel faible. - peu d'habitudes de vacances. - faibles attentes face aux vacances après la retraite.

La typologie des comportements de vacances des personnes âgées et les hypothèses sous-jacentes à chacun de ces comportements ont servi de cadre d'analyse des résultats de la recherche.

Méthodologie de la recherche.

Pour les fins de cette recherche, nous avons élaboré un questionnaire qui a permis de recueillir les donnés conséquentes à notre cadre théorique d'analyse; il comprend 130 variables. Pour mettre au point ce questionnaire nous avons fait plusieurs pré-tests.

Pour les besoins de cette recherche la définition de la population-mère des personnes âgées a été la suivante: l'ensemble des personnes âgées de 66 à 71 ans en 1984; résidant dans la région 06 centre (Montréal) et vivant dans une résidence autonome et accessible par le biais du téléphone.

Notre base de sondage provient des listes électorales provinciales mises à jour en 1981. En fonction de cette base de sondage nous avons sélectionné un échantillon probabiliste. Au point de vue géographique nous avons utilisé la notion de "ville centrale", c'est-à-dire ici la Ville de Montréal et les villes directement enclavées dans celle-ci.

La plupart des entrevues ont été faites entre le 1er novembre et le 22 décembre 1984. Muni d'une liste de personnes âgées, les assistants et assistantes de recherche prenaient, par téléphone, rendez-vous avec les répondants. Ces entrevues ont été faites au domicile même de chacune des personnes âgées interrogées. De cette façon, 502 questionnaires ont été complétés.

Le taux de réponse est de 50,7%. Compte tenu de la taille de la population échantillonnée, l'intervalle de confiance de l'estimation de la vraie proportion dans la population-mère se situe entre 4-5%.

Interprétation des principaux résultats.

Notre modèle théorique supposait la possibilité de quatre types de comportement des personnes âgées, nous présentons les résultats aux tableaux 3a et 3b.

Tableau 3

A. Répartition procentuelle des comportements des retraités face aux départs en vacances

Voyages avant la retraite	Voyages après la retraite: Oui	Voyages après la retraite: Non	Total
OUI	62,7	7,2	69,9
NON	12,7	17,3	30,1
TOTAL	75,5	24,5	100,0

B. Répartition procentuelle des vacanciers partants et non partants parmi les nouveaux retraités selon la fréquence des départs avant et après la retraite.

Avant la retraite		Après la retraite	
1 fois et plus par année	54,8%	1 fois et plus par année	64,0%
3ou 4 fois en 5 ans	15,1%	1 fois aux 2/3 ans	11,5%
Rarement/jamais	30,0%	Jamais	24,5%

Nous avons donc dans le tableau 3a quatre groupes de répondants. Le premier groupe exprime la continuité: ce sont les "vacanciers stables". C'est de loin le groupe le plus important. Le deuxième groupe est formé des "ex-vacanciers": ce sont les personnes âgées qui, pour une raison ou une autre, ont dû renoncer au départ en vacances. Dans le troisième groupe, on retrouve les "néo-vacanciers": ce sont les personnes âgées pour qui la retraite a au moins un aspect bénéfique. Enfin le quatrième groupe est celui des éternels perdants ceux qui ne partent ni avant/ni après la retraite.

Des personnes âgées qui voyagent beaucoup.

Par l'addition des groupes des "vacanciers stables" et des "néo-vacanciers" le total des partants après la retraite se situe à 75,4% de notre échantillon. Ce dernier chiffre donne l'allure générale du comportement des nouveaux vacanciers, c'est-à-dire qu'il nous révèle que la retraite n'a pas interrompu les départs en vacances pour une forte majorité des nouveaux retraités. Mais, pour obtenir une image plus précise, nous avons voulu tenir compte de la fréquence des départs et de leur répartition entre retraités partants et retraités non partants (tableau 3b). Il est intéressant de constater ici aussi une augmentation sensible des départs annuels après la retraite. Autrement dit, en 1984, dernière année considérée dans notre étude, 64% des nouveaux retraités sont partis au moins une fois en séjour de vacances.

Cette mobilité est beaucoup plus forte que nous l'avons prévue. Les quelques études parues sur les comportements touristiques des Québécois et des Canadiens révèlent que les personnes

âgées de plus de 65 ans présentent un taux de départ généralement inférieur à la moyenne de la population adulte. Ainsi d'après une enquête sur les comportements des Canadiens menée en 1984, 44% des personnes âgées de 65 ans et plus font un voyage de vacances (déplacement d'au moins quatre nuits) au cours d'une période de douze mois (11). L'étude Samson-Barnier de 1980 indiquait un taux de départ de 55% pour les 65 ans et plus dans la région métropolitaine de recensement de Montréal alors que celle de Laplante-Nadeau (1983) indiquait un taux de 51% pour la région économique de Montréal (12).

Les différences entre ces pourcentages dépendent de deux raisons principales. La première est que notre enquête portait particulièrement sur le groupe d'âge des 66-71 ans et non sur l'ensemble de la population de 65 ans et plus. La distinction entre la retraite et la vieillesse prend ici tout son sens; selon les études récentes des démographes Bertrand Desjardins et Jacques Légaré la distinction entre la retraite et le seuil de la vieillesse se définirait à partir des années possibles "en bonne santé". Selon eux: "Ce seuil sera donc l'âge pour lequel l'espérance de vie se décompose en 10 années à vivre en santé et en un certain nombre d'années à vivre en santé et en un certain nombres d'années à vivre en mauvaise santé" (13). D'après cette étude l'âge-seuil de la vieillesse se situerait, au Québec, à 63 ans; ce qui donnerait 73 ans comme âge moyen pour "l'entrée en vieillesse".

On peut donc logiquement s'attendre à une baisse draconienne des départs en vacances pour les 73-75 ans et plus.

La deuxième raison est que la totalité de nos répondants sont des urbains dont la résidence est située dans "la ville centrale"; or, toutes les études le confirment, la population urbaine a une propension à voyager beaucoup plus grande que la population rurale.

Comportements de vacances des personnes âgées à partir de certaines variables indépendantes.

Pour analyser plus en profondeur les différents groupes isolés plus haut nous avons croisé notre typologie avec un certain nombre de variables indépendantes.

Emploi rémunéré avant la retraite.

Tableau 4

Emploi rémunéré avant la retraite et comportements de vacances des personnes âgées

Emploi / Types	Oui	Non	Total
1. Vacanciers stables	70,8	29,2	100
2. Ex-vacanciers	66.7	33,3	100
3. Néo-vacanciers	68,8	31,3	100
4. Non-vacanciers	49,4	50,6	100

Chi carré: 14.14517; D.L.: 3; signification: .0027.

Nous voyons, dans le tableau 4, que 50,6% des non-vacanciers n'avaient pas d'emploi rémunéré avant la retraite, ce groupe compte aussi pour 61% de femmes.

La profession exercée avant la retraite.

Si l'on considère la profession, nous avons les résultats suivants:

Tableau 5

Profession avant la retraite et comportements de vacances des personnes âgées

Professions / Types	Professionnels et semi-professionnels	Cols Blancs	Ouvriers spécialisés et non spécialisés	Total
1. Vacanciers stables	30,8	24,0	45,2	100
2. Ex-vacanciers	37,5	20,8	41,7	100
3. Néo-vacanciers	32,6	18,6	48,8	100
4. Non-vacanciers	11,6	11,6	76,8	100

Chi carré: 21.90949; D.L.: 9; signification: .0092.

La grande majorité des "non-vacanciers" étaient, avant la retraite, des ouvriers spécialisés ou non spécialisés. Les autres groupes comprennent à peu près autant de professionnels et de semi-professionnels.

Les années de scolarité.

Tableau 6

Nombre d'années de scolarité et comportements de vacances des personnes agées

Types	Nombres d'années de scolarité	7 années et moins	8-12 années	13 années et plus	Total
1. Vacanciers stables		28,4	50,2	21,4	100
2. Ex-vacanciers		36,1	52,8	11,1	100
3. Néo-vacanciers		48,4	43,8	7,8	100
4. Non-vacanciers		63,2	32,3	4,6	100

Chi carré: 45.35970; D.L.: 6; signification: p < .00001

La plupart des "non-vacanciers" ont une 7e année ou moins de scolarité. Plus nous allons vers l'autre partie de l'échelle, vers les "vacanciers stables", plus la scolarité augmente. Dans ce dernier groupe, 21,4% ont 13 années et plus de scolarité, ce qui est le double du groupe des "ex-vacanciers" et cinq fois plus que le groupe des "non-vacanciers".

Le revenu familial.

Le revenu familial des personnes âgées interrogées est relativement faible; ici, la rupture économique provoquée par la retraite est apparente.

Tableau 7

Montant annuel du revenu familial et comportements de vacances des personnes âgees

Types / Revenu	Moins de 9,999$	10,000$ a 14,999$	15,000$ a 19,999$	20,000$ a 24,999$	25,000$ et plus	Total
1. Vacanciers stables	23,1	34,1	19,8	8,1	14,9	100
2. Ex-vacanciers	42,4	24,2	24,2	6,1	3,0	100
3. Néo-vacanciers	44,8	37,9	6,9	3,4	7,0	100
4. Non-vacanciers	59,5	32,4	4,1	4,0	0,0	100

Chi carre: 31.50025; D.L.: 126; signification: .0017

Il y a ici un certain continuum des revenus des "vacanciers stables" vers les "non-vancanciers"; il semble bien que chacun des groupes possede sa structure de revenus. Aussi, on peut constater que 91,9% des "non-vacanciers" gagnent moins de 15,000$ par année, ce pourcentage tombe a 57,2% pour les vacanciers stables".

La propriété d'une auto.

La propriété d'une auto peut être un facteur incitatif au départ en vacances car plus de 60% des voyageurs adoptent ce moyen de transport.

Tableau 8

Propriété d'une auto et comportements de vacances des personnes âgées

Propriétaire / Types	Oui	Non	Total
1. Vacanciers stables	54,6	45,4	100
2. Ex-vacanciers	50,0	50,0	100
3. Néo-vacanciers	28,1	71,9	100
4. Non-vacanciers	28,7	71,3	100

Chi carré: 28 21 892; D.L.: 3; signification: p < .00001

On voit dans le tableau 8 que la grande majorité des "néo-vacanciers" et des "non-vacanciers" n'ont pas de voiture. La moitié des "vacanciers stables" et des "ex-vacanciers" sont propriétaires d'une automobile. Il semble ici y avoir deux sous-groupes plutôt que quatre...

Le niveau de sante.

A partir d'une douzaine de questions nous avons construit un "score", une échelle du niveau de santé des personnes agées interrogées.

Tableau 9

Niveau de sante et comportements de vacances des personnes agées

Niveau de santé / Types	Faible	Moyen	Fort	Total
1. Vacanciers stables	4,1	16,5	79,4	100
2. Ex-vacanciers	2,8	11,1	86,1	100
3. Néo-vacanviers	6,3	26,6	67,1	100
4. Non-vacanciers	6,9	33,3	59,8	100

Chi carré: 18.53093; D.L.: 6; signification: .0050.

Dans l'ensemble, les personnes agées interrogées dans notre échantillon ont une assez bonne santé; si on considère le niveau le plus élevé ("fort") on voit qu'il y a, là aussi, un certain continuum entre les "non-vacanciers" et les "vacanciers stables". Le niveau de sante semble moins bon chez les "néo-vacanciers" et les "non-vacanciers".

Le niveau culturel.

Nous avons aussi construit, à partir de certaines variables du questionnaire, une mesure du niveau culturel des personnes retraitées. On voit dans le tableau 10 que les partants (ceux qui partent en voyage de vacances) sont proportionnellement plus nombreux dans la catégorie "niveau culturel fort"; si l'on tient compte des niveaux "moyen" et "fort", les "vacanciers stables" dominent nettement le peloton, les "ex-vacanciers" et les "néo-vacanciers" sont ex aequo et les "non-vacanciers" se retrouvent au bas de l'échelle du niveau culturel.

Tableau 10

Niveau culturel et comportements de vacances des personnes âgées

Types \ Niveau culturel	Faible	Moyen	Fort	Total
1. Vacanciers stables	40,0	24,4	35,6	100
2. Ex-vacanciers	61,1	25,0	13,9	100
3. Néo-vacanciers	60,9	15,6	23,5	100
4. Non-vacanciers	78,2	16,1	5,7	100

Chi carré: 53.17578; D.L.: 9; signification: $p < .00001$.

Retour aux hypothèses.

Les hypothèses que nous avons formulées au sujet des "vacanciers stables" sont presqu'entièrement confirmées. Ces retraités ont un niveau socio-économique et socio-culturel plus elevé que les autres groupes. Ce groupe semble aussi avoir des habitudes de vacances fortement enracinées et des attentes assez fortes à ce niveau.

Dans le deuxième groupe, celui des "ex-vacanciers", nos hypothèses sont partiellement confirmées. Le recul de ce groupe face au depart en vacances semble s expliquer surtout par des causes endogènes. Des analyses plus approfondies nous permettront de tracer plus completement le profil de ce groupe.

Pour les "neo-vacanciers", nos hypotheses sont aussi partiellement confirmées. Les personnes âgées de ce groupe se retrouvent à 50% dans les categories socio-professionnelles des "cols blancs" et des "professionnels" et "semi-professionnels". Le principal obstacle à la prise de vacances avant la retraite est surtout économique et social. Ce groupe est le plus intéressant à observer; de nouvelles analyses nous aideront à mieux comprendre les comportements des membres de ce groupe.

Enfin, pour le quatrième groupe, celui des "non-vacanciers", nos hypotheses de départ sont entièrement confirmées. Ce groupe est formé de personnes qui n'avaient pas d'emploi rémunéré avant la retraite; il est constitué de veuves et, en général, de personnes agées ayant un niveau socio-economique et culturel assez faible par rapport aux trois autres groupes.

La logique des groupes.

Il semble y avoir une certaine logique dans la dynamique des groupes de personnes retraitées. Cette logique va prendre des formes différentes selon les variables utilisées dans les tableaux à double entrée. Par exemple, au niveau des variables économiques (emploi rémunéré avant la retraite, profession, revenu familial), les trois premiers groupes (les "vacanciers stables", les "ex=vacanciers" et les "néo-vacanciers") ont sensiblement le même profil.

Pour d'autres variables (la scolarité par exemple), il s'agit d'un véritable continuum qui va des mieux nantis, "les vacanciers stables", aux "non-vacanciers". Dans d'autres cas (la propriété d'une auto et le niveau de santé), on pourrait penser qu'il y a là deux groupes majeurs, les "vacanciers stables" et les "ex-vacanciers" d'une part, et les "néo-vacanciers" et les "non-vacanciers" d'autres part.

Enfin, d'autres regroupements apparaissent, par exemple, selon le niveau culturel, où les partants (les "vacanciers stables" et les "néo-vacanciers") semblent avoir un comportement similaire face aux deux autres groupes. Il y a donc logique particulière des groupes à partir des variables croisées avec les comportements de vacances des personnes âgées. Dans des analyses ultérieures, nous allons pousser plus loin cette étude de la logique des groupes.

La valeur des vacances chez les retraités.

On peut penser que, contrairement aux idées reçues, cette cohorte des 66-71 ans est bien imprégnée des valeurs liées aux vacances. Ce groupe d'âge, qui a connu deux guerres mondiales et la grande crise économique des années trente, est entré, au pas de charge, dans le monde du loisir touristique.

On peut constater que l'effet de la retraite est bénéfique à la participation des personnes âgées aux départs en vacances. Avant la retraite, 70% des personnes âgées partaient en vacances; après la retraite la proportion monte à 75,4%; il y a donc ici un gain de près de 5% qui est dû aux effets conjugués de la retraite (il faut dire qu'il y a aussi une perte de 7,2% de gens qui voyageaient avant la retraite et qui ne voyagent plus après la retraite).

Malgré les ruptures provoquées par la "mise à la retraite", le départ en voyage demeure une valeur dominante pour les personnes âgées; il reste dans les changements, souvent importants, vécus par le(la) retraité(e) un point d'ancrage, une assise par rapport à l'ensemble des valeurs globales de la société. Nous croyons que les personnes âgées ont bien saisi l'importance de ce vecteur de l'intégration sociale.

Les retraités de l'avenir.

On peut croire à la pérennité de ce désir de voyager chez les personnes âgées. Cette cohorte étudiée (des 66-71 ans) porte un enseignement: la hausse de la scolarité et la hausse des revenus pour les futures générations de retraités vont transformer,

selon nous, toutes les données du problème. Les taux de participation aux départs en vacances n augmenteront pas d une façon substantielle (le taux actuel correspond sans doute à une certaine saturation).

Ce qui va changer surtout, c est la durée des voyages (un allongement), le choix des destinations (plus varie) et les styles de vie des vacanciers retraites (on retrouvera là aussi une grande variété dans les modèles de comportements). Les grands voyageurs des années futures ne seront plus les jeunes mais les personnes agées retraitées.

NOTES

1. Voir: Perspectives 2030, l'avenir des régimes de retraite, Conseil Economique du Canada, Ottawa, 1979.

2. Voir: Analyse actuarielle au 31 décembre 1981, Régie des rentes du Québec, Québec, 1982.

3. Voir à ce sujet l'excellent volume de MATHEWS, G. Le choc démographique, Montréal, Boréal Express, 1984.

4. Voir: Population, revenus et mode de vie, Prospective socio-économique du Québec, vol. 2, dossier 2.1, O.P.D.Q., Québec, 1978.

5. Voir: ROSENMAYR, L., "Eléments d'une théorie du vieillissement", Loisir et société, vol. 2, no 2, Trois-Rivières, novembre 1979.

6. FINLEY, M., "Les personnes âgées dans l'Antiquité classique", revue Communications, no 37, Paris, Seuil, 1983, p. 44.

7. Voir: GUILLEMARD, A.-M., "La préparation à la retraite", dans Gérontologie, no 26, mars 1977, p. 23-30.

8. Les années pour seul capital? Bureau de la statistique du Québec, Québec, août 1984, p. 31.

9. ATTIAS-DONFUT, C., "La vieillesse inégale", revue Communications, no 37, Paris, 1983, p. 135.

10. De la même façon, notre démarche s'inscrit en dehors des problématiques usuelles axées sur l'analyse des activités de loisir.

11. Enquête menée par le Print Measurement Bureau et citée dans Tourisme Canada, vol. 5, no 9, novembre 1984.

12. SAMSON, M. et V. BARNIER, Vacances et tourisme 1980, INRS-Urbanisation, Etudes et Documents no 30, 1982; LAPLANTE, M., Gens qui partent et gens qui restent, Document #1, Etudes urbaines et touristiques, UQAM, 1983. Voir aussi: DELISLE, M.-A., BELANGER, L., FOURNIER, R., Le temps des vieux. Etude portant sur l'aménagement du temps et les loisirs des personnes agées, Québec, Laboratoire de gérontologie sociale de l'Université Laval, 1981: 74-75.

13. DESJARDINS, B. et J. LEGARE, "Le seuil de la vieillesse" in Sociologie et societés, Montréal, vol. XVI, no 2, octobre 1984, p. 46.

MOUVEMENT CREATIF ET VIEILLISSEMENT: ANALYSE DES PATRONS DE MOUVEMENT CHEZ LES PERSONNES DU 3e AGE

Rose-Marie Lèbe-Néron

L étude que j aimerais vous présenter n'est en réalité que l'un des aspects d'une recherche multidisciplinaire impliquant les domaines de la physiologie, de la psychomotricité et de l analyse du mouvement. Elle vise à analyser quantitativement et qualitativement la motricite du 3e age afin de tenter d établir des patrons de mouvement propres aux personnes agees qui pourraient etre reliés aux modifications biologiques, psychologiques et sociologiques accompagnant le vieillissement.

C'est le cote de l analyse du mouvement et de la description des patrons observables qui fera l objet de notre propos.

Les buts de l étude etaient les suivants:

1. De construire et de tester un instrument de mesure (grille d observation) fiable afin de décrire quantitativement et qualitativement le mouvement (en cela nous nous inspirions de la mèthode de mesure creee par Laban au début de ce siecle "Labanalysis" et de celle un peu plus recente de Bartenieff).

2. D observer et de decrire les caractéristiques de la motricite d un groupe de personnes du 3e age, engagé dans un programme d activite créatrice par le mouvement (danse créative) afin de degager, s il y a lieu, des patrons de mouvement spécifiques au 3e age.

Méthodologie.

Groupe échantillon:

Un groupe de 8 individus (3 hommes, 5 femmes) fréquentant le CLSC Centre-ville de Montréal ont accepté de participer volontairement à cette étude. Les âges s'échelonnaient de 57 à 85 ans (âge moyen 70.6 ans). Ils étaient tous des Canadiens-français, autonomes, vivant chez eux (HLM centre-ville), de niveau socio-économique modeste et n'étaient pas exempts de problèmes physiques (1 asthmatique, 1 cardiaque, 1 semi-voyant).

Le groupe assistait à une séance hebdomadaire de 1 heure 30 minutes de mouvement créatif dirigée par une spécialiste de cette approche créatrice et motrice chez les personnes âgées (Madame Delpha Vaznaugh). La session s'est déroulée sur 10 semaines durant le semestre d'automne au centre sportif de l'Université de Montréal. Les séances ont été enregistrées intégralement sur vidéo en s'assurant que chaque participant soit filmé en gros plan au moins pendant 2 minutes.

Programme.

Le programme visait à amener progressivement les participants à s'exprimer par le biais du mouvement dans le cadre d'activités au début très structurées et imposées, puis de plus en plus vagues, de façon à leur laisser l'initiative de la réponse motrice à fournir.

Le contenu du programme visait plus particulièrement 3 aspects du mouvement que nous désirons examiner:

- L espace — analyser la façon dont l individu se meut dans son espace environnant (amplitude du mouvement, direction du mouvement, localisation du mouvement par rapport a lui-meme et aux autres).
- La forme — découvrir les parties du corps que l individu privilégie dans le mouvement, voir les relations des différentes parties du corps entre elles pendant le mouvement.
- L energie — étudier la façon dont l énergie se libère dans le mouvement, comment elle le fait et quand.

Déroulement des sessions.

Chaque session debutait par une période d activation physiologique (sollicitation articulaire d intensite faible) ou les individus étaient toujours assis sur une chaise. Le corps de la leçon comportait surtout des solutions de problèmes impliquant souvent du matériel (ruban, ballon, baton). Une partie était reservée a l aspect plus ludique souvent associe avec le déplacement. Enfin un retour au calme avec relaxation cloturait la séance. Durant la session, l échange verbal entre l intervenant et les participants etait favorisé.

Collecte des données.

Les vidéos furent analysés à l'aide d'une grille d'évaluation élaborée par Mlle Gurney Bolster à partir d'une grille Laban produite par l'Institut de Labanotation de New York et d'une grille utilisée par l'Association américaine de danse thérapie. Chaque individu fut évalué pour 3 séances.

Analyse des données.

Il n'y a pas eu d'analyse statistique des données mais un examen des résultats bruts afin de dégager les tendances qui pouvaient apparaître.

ESPACE

Les résultats de l'étude confirment ceux relatés dans la littérature par Chandler et Neugarten. L'espace utilisé par l'individu vieillissant tend à se restreindre = la kinesphère se rétrécit:

- les mouvements restent plus près du corps;
- l'extension est restreinte;
- l'extension est limitée aux segments.

L'espace se colore, les portions deviennent privilégiées.

- avant et coté deviennent prédominants (arrière devient angoissant);
- espace supérieur au niveau des bras et de la poitrine (le bas est délaissé).

Ainsi, nous avons tendance à voir des mouvements:

- lineaires;
- biodimensionnels (pas de 3e dimension, pas de profondeur ni de torsion).

FORME

L'utilisation des différentes parties du corps est intéressante.

- dissociation entre les membres et le tronc;
- dissociation entre le tronc et la tête.

Le tronc est toujours sous contrôle; il est souvent statique; s'il bouge c'est d'un bloc; en général peu de mouvements l'affectent.

Le mouvement est limité aux extremités et a la périphérie. Aucune relation entre les parties du corps (la tête va bouger sans participation du tronc).

Les mouvements se font brusquement sans séquence.

La contre-action est difficile→crainte de perte d'équilibre. On découvre des zones de tension marquée dans certaines parties du corps (surtout nuque et articulation proximale du tronc, hanche et épaule).

ENERGIE

C'est au niveau de l'énergie que les caractéristiques les plus intéressantes se manifestent.

La libération de l'energie se fait brusquement sans modulation comme si l'on percevait une diminution du controle de l'énergie (les membres superieurs sont les moins atteints en comparaison des membres inferieurs ou du tronc).

En general, entre ces sursauts d'énergie, cette dernière tend à diminuer.

On ne peut noter de relation entre l'age et la diminution d'energie; la plus dynamique et energique des sujets est la plus agee; la moins energique est la cadette de 57 ans (la personnalite semble etre un facteur tout aussi important que l'age). Il en va de meme pour le rythme des mouvements; le facteur personnalite semble aussi en cause.

En general, les participants semblent heureux d'utiliser ce medium d'expression; ils recherchent le mouvement→souvent passe leur limite; ils recherchent le contact, le toucher.

Conclusion.

Il ressort qu'un programme en activité physique doit mettre l'emphase sur:

- l'espace;
- l équilibre;
- la libération des tensions;
- le travail en torsion;
- le synchronisme entre les différentes parties du corps;
- la libération au niveau du tronc.

A la lumière des résultats présents, les modifications de la motricité ne semblent pas dépendre uniquement de l âge; d'autres facteurs sont en jeu tels:

- facteurs génétiques;
- degré d expérience motrice;
- état de santé ou vécu corporel;
- niveau socio-économique;
- caractère et personnalité.

A la lumière de cette étude il est suggéré:

- d examiner plus spécifiquement les différentes tranches d'âge physiologique;
- d'établir des corrélations avec des aspects de la personnalité tels: l image de soi, le concept de soi, la perception de soi.

BIBLIOGRAPHIE

ALLPORT, G.W. and VERNON, P.E., Studies in Expressive Mouvement, New York, Hafner Publishing Co., 1967.

BARTENIEFF, I., Body Mouvement. Coping with the Environment, New York, Gordon and Breach Science Publishers, 1980.

BLUM, D., et al., Coding Sheet for "Core" Qualities in Dance Style Analysis, Ohio State University: Labanalysis Research Workshop, 1976.

DALLAIRE, H., "Réapprendre à être a travers son corps au trosième age". in J.T. Partington, T. Orlick and J.H. Salmela (Eds.), Sport in Perspective, Ottawa, Coaching Association of Canada, 1982, 151-153.

DAVIS, M., Mouvement Diagnostic Scale, American Dance Therapy Association, 1972.

LOMAX, A., BARTENIEF, I and PAULAY, F., "Choreometrics. A Method for the Study of Cross Cultural Pattern in Film" In New Dimensions in Dance Research: Anthropology and Dance I. The American Indian, Proceedings of the Third Conference on Research in Dance, 1972. Comstock, T. (Ed.), New York, Committee on Research in Dance (CORD), 1974.

NEUGARTEN, B., "Personality and Patterns of Aging", Gawein, 13, 1965, 249-256.

SAMUELS, A. and CHAIKLIN, S., Mouvement Observation Sheet. American Dance Therapy Association, 1972.

SOBOL, G.C., Older and Younger Adults: Patterns of Mouvement in Space Based on Three Parameters of Effort-Shape, Master's Thesis, George Washington University, 1977.

SYDNEY, K.H. and SHEPHARD, R.J., Attitudes of Health and Physical Activity in the Elderly, Medecine and Science in Sport, 1976, 8, 246-252.

CARACTERISTIQUES D'UN PROGRAMME D'ACTIVITE PHYSIQUE POUR DES POPULATIONS AGEES RURALES

Jean Claude Pageot, Ph.D.
Léo Deschênes, Ph.D.
Guy Métivier, Ph.D.

Jusqu à la fin des années 70 et le début des années 80, les programmes d activite physique pour les personnes agees etaient offerts presqu uniquement dans des milieux urbains et durant une courte periode de temps. Le niveau d adhesion n était toutefois pas tres élevé et le taux de participation était bien inférieur aux autres cohortes d age.

Les études et les expériences de cette periode ont toutefois permis d établir un cadre opérationnel a l interieur duquel de tels programmes sont efficaces et commencent a influencer le taux de participation de la population agée tel que le démontrent les resultats de l enquete Condition physique et vieillissement (1982).

L objectif ultime de tout programme d activite physique pour les personnes agées est de leur permettre de se maintenir en sante le plus longtemps possible et de fonctionner plus efficacement que les cohortes precedentes (Laerum & Laerum, 1982). German (1982) et McPherson (1982) ont ete parmi les premiers a suggerer un cadre de reference et des regles a respecter pour atteindre cette efficacite d operation.

La principale règle à respecter est de favoriser une démarche individualisée pour chacun des participants (Mulder, 1981; Nadeau et Simard, 1981; McLellan, 1982; Maclean, 1982; et Perry, 1982). L'approche consistant à enregimenter tous les gens dans un groupe et à leur demander de fonctionner ensemble à un seul rythme s'est révélée peu efficace. L'avantage d'une démarche individualisée est qu'elle favorise le développement d'un style de vie plus actif et qu'elle peut s'appuyer sur des activités physiques, sociales et récréatives déjà pratiquées par chaque participant (Coutier, Camus et Sakar, 1977; Gibbs, 1982; et Weiner, 1982).

Deux conséquences découlent de cette démarche. Tout d'abord, les participants améliorent l'image qu'ils ont d'eux-mêmes (Wright, 1977; Gissal, Ray et Smith, 1980; Beck, 1982; et Hogan, 1982) et ils développent une plus grande autonomie envers leur environnement (Coutier, Camus et Sakar, 1977).

Enfin, cette même période d'études laisse entrevoir que la personne âgée peut agir efficacement comme leader dans de tels programmes même si elle ne reçoit pas une formation poussée (Boyd, 1982) et qu'une approche multidisciplinaire dans de telles études est plus efficace à tous les points de vue (Riffle, 1982).

Le présent rapport est donc une description sommaire d'un projet d'étude qui doit durer au moins cinq ans et qui s'inspire des préceptes précédemment énumérés. Il donne aussi un compte rendu préliminaire des premières données recueillies.

Le présent projet d'études cherche à identifier les besoins des aînés en ce qui concerne leurs loisirs et leurs activités physiques; à déterminer les rapports existant entre leurs activités physiques; leurs loisirs et le degré de motivation à participer; à évaluer la qualité de leurs programmes de loisir et d'activité physique; à déterminer les paramètres qui permettront à certains aînés d'agir comme leaders dans ces programmes; à développer un modèle d'intervention et d'évaluation physique; à évaluer les effets de ces programmes sur certains paramètres physiologiques, psychologiques et sociaux de la population âgée impliquée; et, finalement, à développer et faire connaître des programmes types d'activité physique et de loisir pour les aînés.

Cette étude devrait aussi permettre à l'équipe de chercheurs de déterminer si les résultats de ces programmes sont persistants à long terme; si les leaders actuels vont être capables de préparer une relève; et si les participants vont développer de nouveaux styles de vie orientés vers l'activité physique.

Caractéristiques des sujets.

Tous les sujets et les groupes ont été recrutés parmi les milieux ruraux de la banlieue d'Ottawa et plus précisément dans des groupes de l'âge d'or déjà existants. Sept de ces clubs ont été étudiés dans la première phase et ont permis d'obtenir les données de base du présent rapport.

L'âge des participants varie de 55 à 92 ans avec une moyenne de 71 ans. Ce sont toutes des personnes autonomes qui vivent dans leur propre foyer ou avec un parent. Plus de 80% d'entre elles se déclarent en bonne ou très bonne santé même si

53.4% des individus doivent prendre au moins un médicament à tous les jours. Moins de 11% sont des fumeurs. Toutefois, près de la moitié ont déjà fumé.

Les deux tiers de ces participants sont mariés et vivent encore avec leur conjoint. Toutefois, ce sont surtout les femmes qui participent et qui sont majoritaires dans une proportion de trois pour un. Plus de 80% de ces participants n'ont qu'un secondaire ou moins comme scolarité. Finalement, les groupes sont assez homogènes puisqu'ils sont composés majoritairement de cultivateurs ou de cols bleus.

Motivation.

Chaque participant a été contacté individuellement pour déterminer les motifs l'ayant incité à s'inscrire aux divers programmes et pour déterminer par la suite les raisons qui l'avaient motivé à demeurer actif jusqu'à la fin.

Le désir d'augmenter son autonomie physique ou de la protéger dans le cas des participants faisant face à un malaise chronique est la principale raison donnée par ces derniers pour s'inscrire. Personne ne veut devenir une charge pour les autres et vivre dans un état végétatif.

Le médecin traitant peut renforcer beaucoup ce désir en faisant ressortir les bienfaits de l'activité physique et des loisirs et en recommandant ou prescrivant de tels programmes à ses patients. Comme l'influence de ce dernier a été souvent mentionnée, elle fera l'objet de recherches plus détaillées dans une autre phase du projet.

A ces deux premiers motifs incitant à l'inscription, s'ajoute le désir d'être avec des amis. La majorité des groupes étaient formés de sous-groupes et les résultats démontrent que, très souvent, il s'agit qu'une personne s'inscrive au programme et soit convaincue de ses bienfaits pour que les gens qui forment son entourage décident de le suivre. Cette constatation est importante pour qui veut instaurer un programme. En effet, il suffit d'étudier la population visée, d'identifier quelques leaders et de les convaincre des bénéfices du programme. Dès qu'ils seront inscrits, ils agiront comme pôle d'attraction pour les autres personnes qui hésitent à devenir actives.

Finalement, il y a la pression sociale du groupe. Dès qu'un premier noyau est formé et qu'il devient dynamique, il se crée une pression sur les autres membres du groupe pour participer. Cette pression peut être plus ou moins forte selon le dynamisme du noyau de base.

Ces quatres motifs ne sont cependant pas suffisants pour assurer l'adhésion des membres du groupe au programme. Il est d'ailleurs plus difficile de conserver les divers membres à l'intérieur d'un programme que de les persuader à se joindre au dit programme.

C'est ainsi, que dans le présent projet, le facteur d'adhésion le plus important a été l'amélioration de la santé. Presque tous les sujets ont rapporté avoir ressenti un mieux-être qu'ils reliaient à leur santé. Ils voulaient tous conserver cette sensation même au prix d'efforts physiques durant le programme.

Cette donnée soulève une question importante à savoir si cette sensation est d'ordre psychologique, physiologique ou les deux en même temps. Les résultats préliminaires ne permettent pas de fixer la quantité d'effet de placebo qui peut toujours se produire au début d'une telle expérience. Une certaine amélioration physique fut mesurée mais pas aussi importante que les participants ont indiquée durant l'entrevue. Dans une prochaine étape, l'amélioration du mieux-être sera mesurée et il sera alors possible de mesurer l'effet placebo.

Relié à cette sensation de mieux-être, les participants ont signalé qu'ils se sentaient beaucoup plus détendus qu'avant le début du programme. C'est pourquoi, au cours des prochaines étapes de l'étude, les participants passeront un test d'anxiété qui mesurera plus en détail cet état de relaxation qui a été rapporté.

L'aspect socialisant du programme où chaque participant pouvait communiquer avec les autres avant, pendant et après chaque rencontre a aussi été rapporté comme étant un élément incitatif à poursuivre le programme. Chaque rencontre, en plus de permettre de faire des exercices, était l'occasion de fraterniser, de planifier de nouvelles activités et, en quelque sorte, de combattre la solitude.

Enfin, il y avait le plaisir retiré de la pratique des activités. Tout en respectant les critères nécessaires à l'amélioration de la forme physique, le contenu du programme demeurait la responsabilité de chaque groupe. Dans l'ensemble, les contraintes étaient maintenues au minimum. Les participants provoquaient des occasions de rire et de s'amuser. Le tout revêtait

un aspect récréatif et faisait beaucoup appel aux expériences passées et à l'expérimentation qui en découlait.

Les observations relatives aux moyens de motiver les gens à de tels programmes semblent assez précises puisque, lors de la première année, le projet a débuté avec sept groupes et qu'en utilisant les données recueillies il a été possible d'augmenter le nombre de groupes à 22 pour la seconde phase. Il est prévu qu'il atteindra environ la cinquantaine pour la troisième phase.

Toutefois au niveau de l'adhésion, il sera intéressant de vérifier après trois et cinq ans si les facteurs sont demeurés les mêmes ou s'il en est apparu d'autres. Il est aussi dans les intentions des chercheurs d'investiguer les causes d'abandon après la troisième phase.

Modèle d'organisation.

La première phase du projet a permis d'identifier quelques caractéristiques d'organisation communes à tous les groupes participant à l'expérience et qui permettent à un futur responsable de programmes de créer un environnement physique, social et psychologique adéquat.

Il est tout d'abord important de structurer un programme qui permette à chacun de participer à son rythme tout en étant avec son conjoint, ses amis ou, même, avec de parfaits inconnus. C'est ainsi que chacun doit être capable d'adapter les activités à son propre niveau de condition physique et d'évoluer sans avoir à se préoccuper des autres participants.

La présence d'amis et de parents demeure quand même un facteur important dans l'organisation puisque ces derniers fournissent la majorité du temps un feedback positif. Ces contacts amicaux ou familiaux sont aussi une occasion d'amorcer des échanges avec d'autres participants grâce à l'atmosphère détendue et agréable qui existe dans de tels cours. Comme chacun partage un but commun, il devient donc plus facile d'accepter certaines formes de critique.

Le nombre idéal de participants semble se situer aux environs de 25 avec un minimum de 10. Il y a toutefois des indices qui suggèrent que ce n'est pas le nombre de participants qui soit le plus important mais le nombre d'interrelations qui existent dans un groupe avant ou au début d'un programme. Un des groupes les plus dynamiques et où le niveau d'adhésion fut le plus élevé était formé de plus de 90 personnes. Les interrelations à l'intérieur de ce groupe et de ses sous-groupes étaient parmi les plus élevées et l'unité entre les gens était au dessus de la moyenne.

Cette unité qui existait à divers niveaux dans tous les groupes a créé une situation dans laquelle les participants recherchaient surtout la compagnie de leurs pairs et ne souhaitaient pas la venue de gens plus jeunes ou appartenant à d'autres milieux ou organisations. Les programmes sont devenus une extension de leur style de vie avec toutes les contraintes et avantages que cela présuppose.

Règle générale, les participants et leurs organisateurs ont recherché des groupes homogènes quant à la représentation par sexe mais sans grand succès. Ce problème n'a pas été résolu et il n'y a pas de solution en vue.

Le fait que les programmes deviennent une extension du style de vie des gens et que les groupes développent un esprit de corps assez élevé peut limiter le champ d'intervention des organisateurs. En effet, les participants ont préféré tenir leurs activités dans un environnement physique qui leur était familier. La majorité du temps, ils utilisaient les locaux de leur club pour pratiquer les activités offertes.

Parmi les limitations que cette attitude provoquait il y a le nombre et le genre d'exercices, ainsi que leurs variantes sportives ou récréatives. Ces limitations pouvaient être dues à un plafond trop bas, à des colonnes trop près les unes des autres ou, tout simplement, à un ameublement qui ne pouvait être déplacé.

Il y avait aussi très souvent des lacunes au niveau hygiénique causées entre autres par l'absence de douches. Les participants ont clairement démontré qu'un environnement connu était préférable à de belles installations où il n'y a pas d'esprit et d'ambiance.

Il a été souvent rapporté par les organisateurs que, dans la planification de tels programmes, ils ne désiraient pas s'embourber dans des dédales administratifs et répondre à toutes les exigences posées par les administrations publiques et parfois privées pour avoir accès à leurs locaux spécialisés dans le

domaine de la condition physique et du sport.

La période du matin s'est avérée la plus populaire pour tenir les activités. Plusieurs explications ont été fournies pour justifier ce choix. Les plus importantes furent la grande disponibilité de chacun à cette période de la journée; le désir d'être libre l'après-midi pour vaquer à des occupations personnelles ou sociales. La soirée était rejetée par tous comme étant une période où il est préférable d'être à la maison pour des raisons de sécurité surtout en hiver. Un nombre plus restreint voulait l'utiliser pour etre avec leur famille.

La distance à parcourir pour se rendre au lieu de rencontre du programme et le coût d'inscription sont deux facteurs restrictifs. Dans le premier cas, les participants ont clairement indiqué qu'ils n'étaient pas prêts à parcourir plus de deux kilomètres pour se rendre au lieu de rencontre. De même, ils ont demandé que les coûts d'inscription soient maintenus à un niveau assez bas. Il ne semble pas, d'après leurs indications, que les programmes d'activité physique pour les débutants soient considérés au même titre que des activités récréatives et qu'ils justifient une somme importante du budget personnel.

Toutefois, après une session, plusieurs se sont dit prêts à défrayer un montant plus élevé pour pouvoir progresser et rendre le programme plus sophistiqué. Mais ce n'est pas encore la majorité des participants qui partage ce point de vue.

Pour conserver au programme son aspect récréatif et populaire, les leaders, à la suggestion des membres des groupes, ont limité les activités à des gestes, des exercices ou des jeux ne

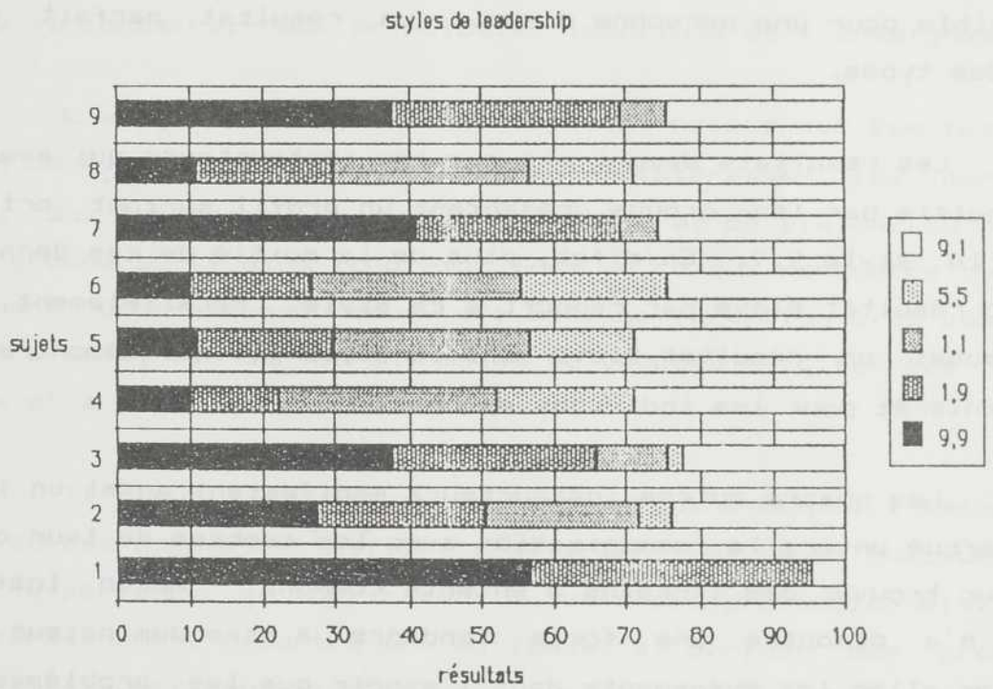
demandant pas un haut niveau d'habiletés psychomotrices. Certains indices venant d'un groupe où la majorité des participants avaient une histoire de participation aux activités sportives, semblent indiquer que cette attitude peut changer à mesure que chacun des membres des groupes acquiert ou maîtrise les habiletés de base.

Reste à savoir jusqu'à quel point cette évolution se fera et quel sera l'équilibre entre la participation pour le plaisir et le désir de s'améliorer. Seule l'analyse des données enregistrées sur une longue période de temps permettra de décrire l'évolution des groupes dans un sens ou dans l'autre et d'identifier des facteurs d'évolution.

Une question se pose à ce stade-ci de l'étude: le désir de se perfectionner ne pourrait-il pas être annulé totalement ou partiellement par le déclin physique qui est souvent observé à cette période de la vie. Le ou les leaders actuels et futurs auront certainement une influence dans cette évolution car ils ont été jugés essentiels à l'atteinte des objectifs des programmes par les participants. Il est pris pour acquis que l'assurance et les connaissances des leaders évolueront avec le temps, de sorte qu'ils essayeront d'expérimenter de nouvelles activités et seront plus en mesure de répondre aux questions des membres de leur groupe. Déjà, à la fin de la première phase, tous les leaders avaient hâte de commencer la seconde et se disaient sûrs de pouvoir faire mieux que durant la première. Ils mentionnaient qu'ils étaient surpris de constater que leur potentiel était plus élevé qu'ils ne l'avaient imaginé au début.

Style de leadership.

Neuf des instructeurs ont été étudiés quant à leur approche avec les membres du groupe et à leur efficacité à communiquer la matière et à diriger l'activité. Dans un premier temps, le test de Blake et Mouton leur a été administré et le tableau ci-bas résume les résultats pour chacun d'eux.



Le style 9,9 correspond à la capacité pour une personne de faciliter l'atteinte des objectifs du groupe et ceux des individus dans une proportion égale. Le style 9,1 pour sa part, est surtout caractéristique d'un leader dominateur pour qui les objectifs du groupe priment sur ceux des individus. Le style 5,5 est celui d'une personne qui utilise la communication à l'inté-

rieur d'un groupe pour y maintenir l'harmonie et atteindre un minimum d'objectifs. Quant au style 1,9, il est orienté vers l'atteinte des objectifs individuels et il est prêt à sacrifier ceux du groupe pour ce faire. Enfin, le style 1,1 est celui du laisser-faire où chacun est libre d'agir et où il est presqu'impossible de retrouver des objectifs de groupe.

Ce test donne un profil des leaders en soulignant leur tendance principale et leurs traits secondaires. Il est donc impossible pour une personne d'avoir un résultat parfait sous l'un des types.

Les résultats démontrent que les instructeurs qui avaient été choisis par leur groupe présentent un profil surtout orienté vers le style 9,9. En effet, plus de la moitié de ces derniers ont un résultat élevé par rapport à ce style. Parallèlement, ils ont aussi un résultat élevé dans le style 1,9 qui démontre que leur intérêt pour les individus est réel.

Les quatre autres instructeurs manifestent aussi un intérêt marqué envers la communication avec les membres de leur groupe pour trouver des terrains d'entente communs. Aucun instructeur n'a démontré une forte tendance à être dominateur ou à laisser aller les événements dans l'espoir que les problèmes se résoudront d'eux-mêmes.

Donc, dans l'ensemble, ces instructeurs présentent un profil plutôt positif en fonction de ce qui était attendu d'eux, soit organiser des programmes d'activité physique tout en satisfaisant les besoins individuels de chacun des participants.

Ces résultats démontrent aussi que les personnes âgées, membres des divers groupes sont assez habiles pour juger de la capacité de leurs pairs à les diriger dans un domaine qui était jusqu'à présent réservé à des spécialistes.

Comme ces leaders n'avaient aucune expérience dans l'enseignement ou la direction d'activités physiques et qu'ils n'avaient suivi qu'une seule journée de formation, chacun d'entre eux fut observé deux fois par session pour déterminer combien de temps il consacrait aux principales fonctions de l'enseignement.

L'analyse des premiers résultats indique que ces instructeurs bénévoles ont été très habiles à intéresser les participants aux diverses activités offertes et qu'ils ont su garder leur groupe actif plus longtemps lors de chaque rencontre que ne le font généralement ceux qui ont une formation plus poussée. D'autre part, ils consacrent moins de temps à susciter des questions et à y répondre.

Il faut, à ce stade-ci, être prudent dans l'interprétation de ces données et éviter d'affirmer que des instructeurs sans expérience se sont conduits comme des professionnels. Ils ont certainement démontré une aptitude à diriger des groupes. Toutefois, ceci peut être le résultat de la somme des expériences de leur vie et de leur travail. Ces premiers résultats ne tiennent pas compte non plus du fait que ces gens pouvaient consulter les membres de l'équipe de recherche lorsqu'ils faisaient face à un problème. En conséquence, ces résultats peuvent avoir été influencés par la présence de ces spécialistes.

Comme la majorité des instructeurs ont accepté de revenir dans les prochaines phases et d'aider à la formation des nouveaux instructeurs, il sera intéressant de vérifier s'ils pourront continuer à se comporter comme des gens avec plus de formation et d'expérience.

Conclusion.

Les résultats préliminaires sont donc très encourageants puisqu'ils indiquent que les personnes âgées sont parfaitement capables de se prendre en charge avec un minimum de préparation et de supervision. Les prochaines phases préciseront encore plus ces points et démontreront si le momentum du départ peut-être maintenu à l'intérieur des groupes pour une longue période de temps.

De plus, nous avons élaboré un modèle d'organisation incluant des facteurs sociaux, psychologiques et physiques. Ce modèle sera d'une grande utilité pour aider cette cohorte d'âge à développer un style de vie où l'activité physique pratiquée en vue du maintien de la santé est partie intégrante.

D'autre part, l'étude du rôle des leaders permettra de suggérer des critères pour la sélection de ces derniers et un modèle d'intervention efficace pour le développement d'un style de vie actif chez les participants.

Enfin, il est à espérer que l'équipe de recherche pourra développer des standards qui permettront de savoir si l'individu peut se prendre en charge et être bien dans sa peau.

BIBLIOGRAPHIE

BECK, L.L., 1982, Recreation and the Elderly. Mosentum 7(2): 9-19.

BOYD, C.A., 1982, "Health, Physical Education and Recreation and the Aging Process". Florida Journal of Health, Physical Education, Recreation and Dance 20(2): 19-21.

Condition Physique Canada, 1982, Condition physique et vieillissement. Ottawa: Condition Physique et Sport Amateur.

COUTIER, D., CAMUS, Y., SARKAR, A., 1977, 3ème age: Mouvement et animation physique. Paris, Institut National du Sport et de l'Education Physique.

GERMAN, E., 1982, "Exercice Activity for the Elderly". Recreation Research Review 19(4): 34-39.

GIBBS, R., 1982, "Living Longer and Growing Younger. Exercice Prescriptions for the Elderly". Australian Family Physician 11(10): 775-781.

GISSAL, M.L., RAY, R.O., SMITH, E.L., 1980, "Fitness Trails: A Healthful Activity for Older Adult". Therapeutic Recreation Journal 14(2): 43-48.

HOGAN, P.I., 1982, "Leisure Satisfaction, Physical Activity and Older Adult . Leisure Information Newsletter 9(2): 9-11.

LAERUM, M., LAERUM, O.D., 1982, "Can Physical Activity Counteract Aging?" Scandinavian Journal of Social Medecine. Supp. 29: 147-152.

MACLEAN, J.R., 1982, "Aging and Fitness". Educational Horizons 60(4): 191-195.

MCLELLAN, J., 1982, Condition physique à l'age d'or. Ottawa: Association canadienne des loisirs et parcs.

MCPHERSON, B.D., 1982, "Leisure Lifestyles and Physical Activity in the Later Years of the Life Cycle". Recreation Research Review 19(4): 5-15.

MULDER, J.A., 1981, "Patient Compliance to Individualized Home Exercice Programs". Journal of Family Practice 12(6): 991-996.

NADEAU, G.A., SIMARD, C.P., 1981, Modele de programme d'éducation de plein air adapté aux personnes agées. Nouvelle Orléans, Conférence I.S.A.P.A.

PERRY, B.C., 1982, "Exercice Patterns of an Elderly Population". Journal of Family Practice 15(3): 545-546.

RIFFLE, K.L., 1982, "Promoting Activity: An Approach to Facilitating Adaptation to Aging Changes". Journal of Gerontological Nursing 8(8): 455-459.

WEINER, A., 1982, "Leisure Education for Retirement". Life Long Learning: The Adult Years 6(2): 14-23.

WRIGHT, A., 1977, Assessment of the Effects of a Developmental Motor Activity Programme on the Self-Image of Aged Females. Ottawa: D.H.W.

CINQUIEME PARTIE

Outils de travail pour les chercheurs en gérontologie: histoire de vie, observation particpante et microthésaurus

L'HISTOIRE DE VIE COMME INSTRUMENT DE RECHERCHE ET TECHNIQUE D'ANIMATION SOCIALE AUPRES DES PERSONNES AGEES

Renaud Santerre

Introduction.

Contre l'engouement, souvent stérile, pour les méthodes quantitatives et ce qu'on a pu appeler "la folie furieuse des ordinateurs", l'histoire de vie connaît depuis le début des années 1970 un regain de vie et redonne confiance dans les méthodes qualitatives pour la recherche sociale, en particulier dans le domaine du vieillissement.

Le but de cet exposé est de susciter une réflexion collective sur les particularités de cet instrument de recherche (par ailleurs assez bien analysées et illustrées) et sur son utilité comme technique d'animation sociale. Dans les deux cas auprès des personnes âgées puisqu'elles sont au centre des préoccupations de ceux et celles qui, à un titre ou l'autre, s'intéressent à la gérontologie.

I. Instrument de recherche.

Comme instrument de recherche, l'histoire de vie mérite réflexion à cinq niveaux: 1- celui de son histoire déjà passablement longue et mouvementée; 2- celui de la nature et de la portée de cet outil de recherche scientifique; 3- celui de son maniement; 4- les problèmes posés par son utilisation; 5- les résultats qu'elle permet d'obtenir.

1. Histoire de cet outil.

Daniel Bertaux a bien montré (1) que c'est à l'histoire de vie que la première école de Chicago doit son essor grâce à la publication en 1918 du fameux Polish Peasant par W.I. Thomas et F. Znaniecki; que cette vogue d'un "empirisme" qualitatif durera aux Etats-Unis jusque vers les années 1940 avant d'être emportée jusqu'à maintenant par une "quantophrénie", le mot est de Sorokin, qui a fait dégénérer la sociologie américaine en psychologie sociale axée essentiellement sur les attitudes et les opinions recueillies par questionnaires et traitées par ordinateur.

Il faudra attendre les années 1970 pour voir en sociologie, du côté français, l'approche biographique revenir sur le devant de la scène scientifique et hanter de nouveau les débats méthodologiques, à la suite des travaux des Bertaux en France sur la boulangerie artisanale et de l'équipe de Nicole Gagnon sur les mutations sociales au Québec.

Exceptionnellement du côté polonais l'histoire de vie n'a jamais subi d'eclipse dans l'arsenal méthodologique depuis le Znaniecki du "paysan polonais" jusqu'aux chercheurs actuels qui font partie du groupe international formé autour des Bertaux et de Nicole Gagnon. Utilisent également cette approche qualitative les sociologues, les historiens, les économistes et les ethnologues, tellement la ferveur est grande et si étroites en Pologne sont les relations entre ces disciplines soeurs.

L'anthropologie, un peu plus tardivement que la sociologie, commence en 1926, avec le Crashing Thunder de Paul Radin, son recours à la technique de l'histoire de vie, qu'elle utilisera de façon plus continue jusqu'à maintenant, sans en faire nécessairement un usage systématique ni exclusif comme en témoigne la vogue récente, pour ne pas dire à retardement, du quantitativisme et de l'approche hypothético-déductive même en anthropologie.

Avec l'observation participante, l'histoire de vie est une technique de recherche qualitative qui fait partie de l'arsenal classique de l'anthropologie et qui a produit plus d'une oeuvre significative au cours des soixante dernières années. Sans prétendre les énumérer toutes, mentionons parmi les plus significatives Sun Chief (Soleil Hopi) en 1942 par l'anthropologue américain Leo W. Simmons, le même qui introduira en 1945 l'anthropologie dans le champ de la gérontologie avec son fameux The Role of the Aged in Primitive Society; Baba de Karo de l'Anglaise Mary Smith en 1954; The Children of Sanchez (1961), best-seller de l'Américain Oscar Lewis; et le Liban déraciné. Immigrés dans l'autre Amérique (1978) du Libanais Selim Abou, qu'on peut à bon droit assimiler à la tradition française.

Du côté français d'ailleurs, prolifère depuis la parution en 1975 du livre de Pierre Jakez Hélias, Le cheval d'orgueil, toute une littérature paysanne à base d'histoires de vie. On s'arrache "son vieux paysan" dans toutes les maisons d'édition et les postes de radio. Cette vogue rappelle celle du cinéma-vérité il y a 15-20 ans. Plus n'est besoin, comme le signalait J.P. Sartre à la lecture élogieuse des Enfants de Sanchez, plus n'est besoin d'un Maupassant, d'un Flaubert ou d'un Balzac pour

décrire de façon réaliste la vie des gens ordinaires; il suffit d'un magnétophone et, comme Oscar Lewis, de les laisser parler.

Ces histoires de vie célèbres n'ont pas toujours comme personnage central une personne âgée. Si Don Talayesva dans Soleil Hopi a cinquante ans et si Baba de Karo dépasse la soixantaine, que n'attteindra pas de si tôt le personnage central de La Vida, d'Oscar Lewis, Fernanda, qui à 40 ans est grand-mère une douzaine de fois et a pour 6e mari un garçon de dix-huit ans, les quatre enfants de Jesus Sanchez, lui-même trop rapidement évoqué à cinquante ans, voisinent la trentaine, de même que deux des quatre descendants d'immigrants libanais en Argentine que met en scène Selim Abou, alors que les deux autres évoluent vers la cinquantaine.

Large reste donc encore la place à occuper par les personnes âgées dans la recherche sociale par histoires de vie, surtout quand cette recherche porte justement sur la vieillesse.

2. Nature et portée de cette recherche.

Qualitative, la recherche menée avec un tel instrument est de nature inductive, par opposition à l'approche hypothético-déductive, qu'en certains milieux on a tendance à considérer comme seule véritablement scientifique et qui se sert de la quantification comme moyen de vérification et base de généralisation. Ce n'est pas le moment de tracer ici un tableau complet des deux approches, d'en montrer les virtualités et les limites. Je l'ai déjà fait dans un texte encore manuscrit, mais qui devrait paraître bientôt (2).

Qu'il suffise de noter que l'approche inductive procède a posteriori et non a priori, c'est-à-dire qu'elle émet ses hypothèses sur le terrain ou au retour du terrain après avoir observé les faits et non avant; qu'elle met l'informateur/trice au centre de la recherche plutôt qu'à la périphérie et qu'elle lui laisse la parole au lieu de lui imposer une réponse par oui ou non à une question fermée; qu'elle tire le sens des données au lieu de le leur imposer; qu'elle s'intéresse beaucoup plus à la signification et à la qualité des faits observés qu'à leur nombre et à la représentativité de l'échantillon; enfin si elle s'avise de compter, c'est pour mieux contrôler l'observation sur des hypothèses limitées plutôt que dans une vaine tentative de généraliser à de vastes ensembles de population des découvertes personnelles ou locales. Bref, la méthode inductive observe en profondeur un nombre limité de cas ou un univers restreint, formule ses hypothèses en cours de route et les vérifie en comptant elle aussi, mais aboutit à une forme de généralisation "singulièrement" différente de la méthode déductive. La portée est aussi générale toutefois. On y reviendra plus loin.

Ainsi donc l'approche inductive constitue une démarche scientifique complète qui obéit à ses règles propres, aboutit à des résultats aussi valables et convient aussi bien, parfois mieux, à certaines conditions d'enquête, en particulier parmi les défavorisés, les marginaux ou les personnes âgées. On est loin de cette science naïve, subjective, incomplète, bref de cette pré-science que veulent y voir les tenants du déductivisme quantitativiste en la jugeant tout au plus utile à alimenter les théories de sociologues en cabinet!

Appliquée à l'étude de la vieillesse, l'approche inductive de type biographique met la personne âgée à l'avant-scène et repousse au second plan le chercheur et ses schémas préconstruits. Dans sa vie qu'elle raconte, c'est elle qui donne un sens à tel geste, à telle action ou événement et dévoile la signification que revêt pour elle les sinuosités de son parcours vital. Là on découvre, comme Kevin Eckert dans les quartiers miteux de San Diego, que la misère et la désorganisation des chambreurs âgés sont des inventions de planificateurs en mal de rénovation urbaine et que la fameuse solitude dont souffriraient les vieillards n'est souvent qu'une projection de travailleurs sociaux bien nantis et encadrés.

3- Maniement de la technique.

Comme Monsieur Jourdain faisait de la prose, tout le monde peut réussir une histoire de vie, la sienne ou celle d'un(e) autre. Il n'est pas inutile toutefois d'attirer l'attention sur certains points sans vouloir ici livrer aux amateurs le petit "kit" qu'ils recherchent du parfait historien de vie.

Mes remarques portent sur les trois moments de la pratique de l'histoire de vie: avant, pendant, après.

Avant.

Il importe d'abord de définir dans ses grandes lignes le projet de recherche. L'histoire d'une vie est tellement riche qu'une vie, pourrait-on dire, est à peine suffisante pour la raconter. Il convient donc d'orienter les informateurs/trices dans une direction précise tout en demeurant assez souple pour

naviguer "vents contraires".

Monsieur X ne me dira pas la même chose si, anthropologue de l'éducation, je m'intéresse aux modes de transmission du savoir dans une société d'illétrés ou si, technologue, je me penche sur la pratique de la pêche en Gaspésie. Les informateurs/trices des Bertaux étaient plus diserts sur la boulangerie française que sur les mutations sociales au Québec, encore que l'équipe de Nicole Gagnon pourrait a posteriori dégager du matériel des Bertaux les grandes lignes de certaines mutations sociales en France!

L'histoire de vie de personnes âgées ne prendra pas la même tournure si j'examine l'incidence du métier ou de la profession antérieure sur la vieillesse ou l'influence du facteur ethnique sur le vieillissement. Il importe donc au point de départ de savoir où l'on va et de ne pas être à la remorque complète de ses informateurs/trices. Souplesse et ouverture se marient très bien avec un certain sens de la direction.

Avoir une idée générale de la direction à suivre et même prévoir mentalement un certain schéma d'entrevue, puisque l'histoire de vie est une forme d'entrevue, ne nous ramènent pas du tout à la méthode hypothético-déductive, pour qui la recherche est virtuellement terminée quand le chercheur part sur le terrain à la rencontre de ses informateurs pour vérifier simplement l'application de ses constructions théoriques à un échantillon de population.

Quel que soit le sujet d'une recherche faite par histoire de vie et nonobstant la non-directivité de l'entretien, il importe d'obtenir de l'informateur/trice, au cours de l'entrevue, les

informations suivantes, de type objectif, qui serviront de clés à l'interprétation de ses faits, gestes ou opinions:

- Date et lieu de naissance
- Famille d'origine: père, mère, frères et soeurs
- Degré de scolarisation
- Statut marital et famille de procréation (fils et filles; petits-enfants)
- Métier ou profession
- Résidence(s) et déplacements au cours de sa carrière.

Deuxième grand pas à franchir avant de partir à la rencontre d'informateur/trice/s, choisir ses informateur/trice/s et négocier au préalable les conditions de leur collaboration.

Le choix des informateurs/trices/ ne correspond pas du tout à la constitution préalable d'un échantillon représentatif dans l'approche quantitative. Rien n'est comparable quant au nombre d'individus et au jeu du hasard.

Le hasard ne joue pas ici de rôle scientifique. Et l'informateur privilégié dans notre recherche sera le vieillard non pas anonyme, mais qualifié par sa parenté, sa proximité, la connaissance directe ou indirecte qu'on en a. L'échantillon, si "échantillon" il y a, n'est jamais fixé au préalable, mais se constitue progressivement, au gré de l'avancement de la recherche, des informations obtenues grâce aux contacts établis, voire au simple hasard (hasard simple), jusqu'à ce qu'arrive le point de saturation, sur lequel on reviendra plus bas.

Le nombre d'individus atteints par cette méthode qualitative, qui cherche à explorer la profondeur du singulier, est nécessairement minime par comparaison aux énormes échantillons des quantitativistes. Songez que les Bertaux ont interviewé moins de 100 boulangers sur les 200,000 en France et que l'équipe de Nicole Gagnon s'est contentée de 150 histoires de vie pour les 6,000,000 de mutants québécois!

Le recueil d'une histoire de vie est un véritable contrat passé entre un/e informateur/trice, qui a accepté de se mettre au blanc, et un/e chercheur/euse, qui se propose de l'écouter en vue de tirer de cette vie <u>privée</u> des enseignements <u>généraux</u> pour la société. Tout contrat implique plus ou moins négociation, à plus forte raison quand c'est sa propre vie personnelle qui est en cause.

Dans cette négociation préalable, qui peut nécessiter plus d'un coup de téléphone et même une visite préliminaire, le/la chercheur/euse expose le projet de recherche, ses objectifs, son utilité, aborde les conditions concrètes de l'enregistrement - durée, moment, lieu, magnétophone, etc. - et rassure son informateur/trice sur la confidentialité de cet entretien. C'est là que se pose la condition éthique principale de cette forme de recherche.

La délicatesse de cette négociation et du sujet en soi explique qu'elle puisse être facilitée par des relations personnelles déjà existantes entre les deux protagonnistes, qu'elle prenne du temps et exclue absolument toute analogie avec l'entrevue en coup de vent, et anonyme, d'une sondeuse d'opinion.

Pendant.

Les deux qualités principales d'un/e chercheur/euse qui enregistre une histoire de vie sont la souplesse dans la conduite de l'opération et la chaleur communicative dans ses rapports avec son informateur/trice. Déjà la relation entre eux/elles deux est créée par suite d'une éventuelle connaissance antérieure et de la négociation préalable des conditions d'enregistrement. De la qualité de cette relation et du degré d'empathie existant dépendent tout le succès de l'opération et la richesse de ses résultats.

Pour la personne âgée, souvent cloîtrée dans son mutisme faute d'auditoire, le/la chercheur/euse est un/e auditeur/trice privilégié/e qui, à la limite, représente toute la société ambiante. Tout à coup sa vie prend un sens parce qu'enfin quelqu'un est là pour écouter. Rares, dans ces conditions, sont les échecs, sauf quand interviennent des incidents externes -défectuosités du magnétophone, visites imprévues, téléphones, etc. Il appartient alors au/à la chercheur/euse de rétablir le contact, par exemple en revenant à un autre moment, et de recréer le climat favorable à l'entretien, qui peut, sans inconvénient, dégénérer en un long monologue. L'habileté suprême d'un/e chercheur/euse devant un/e bon/ne informateur/trice, c'est de paraître s'effacer totalement et de se contenter de ponctuer la conversation.

Après.

C'est après que l'histoire de vie a été enregistrée que les véritables problèmes commencent. Problème de la transcription de l'enregistrement, qui constitue une première forme d'analyse; problèmes de l'analyse proprement dite, du cadre à utiliser et de la construction théorique à élaborer sur la base des données recueillies; problèmes de l'édition finale.

On s'attardera peu ici à la transcription et parfois à la traduction des enregistrements ni à leur édition définitive (problème, entre autres, du montage comme au cinéma). Ces problèmes sont amplement discutés dans les travaux des Bertaux, de Nicole Gagnon et surtout d'Oscar Lewis et de Selim Abou.

Quant à l'analyse des données, c'est le moment le plus crucial de ce type de recherche parce que l'élaboration théorique se fait a posteriori et non a priori comme dans le modèle hypothético-déductif, où la créativité théorique est antérieure au terrain. C'est à partir de ses données, un certain nombre d'histoires de vie, que le/la chercheur/euse doit développer un cadre d'analyse approprié et dégager la cohérence qui sourd de ses matériaux.

Sans doute peut-il emprunter aux cadres d'analyse existants et proposer une lecture historique, sociale, psychanalytique, matérialiste ou structuraliste de son matériel. Mais c'est de ce dernier qu'il doit partir pour en tirer une interprétation cohérente.

En résumé, et c'est le cas avec des informateurs âgés aussi bien qu'avec les autres, le plus difficile en recherche, ce n'est pas de recueillir des histoires de vie, mais d'en tirer tout le parti qui convient.

4. Problèmes posés par l'usage de cet instrument.

Multiples, on le voit, sont les problèmes posés par l'usage de cet instrument.

Problèmes pratiques de collecte, comme on vient de le souligner, et de détermination a posteriori de l'échantillon. On n'y insistera guère puisque les deux concepts clés en cette matière, celui de saturation et celui de fermeture, ont été déjà discutés par Bertaux abondamment dans le premier cas et par moi brièvement l'an passé dans ma communication à l'ACFAS sur "les études de communautés dans la recherche sur le vieillissement".

Le deuxième ordre de problème tourne autour de la question de représentativité qu'on soulève à l'encontre des méthodes qualitatives en général et de l'histoire de vie en particulier. La représentativité de l'échantillon, au sens où l'entendent les quantitativistes, ne s'applique pas vraiment en histoires de vie. Le nombre ne fait rien à l'affaire, c'est la qualité et la profondeur qui comptent; c'est par là qu'on peut atteindre à la signification profonde des choses.

Que m'importe si telle vieille dame âgée "tombant" dans l'échantillon d'une vaste enquête par questionnaires sur les centres d'accueil au Québec soit représentative des célibataires de sexe féminin âgées de plus de 75 ans dans un foyer public de

taille moyenne en zone rurale et réponde "oui" à une question fermée si l'observation de ses comportements quotidiens et le recueil de son histoire de vie "signifient" exactement le contraire? Un oui superficiel proféré par une multitude de gens est-il plus valable qu'un seul "non" vécu et senti?

Le problème de la généralisation, - c'est ici que réside l'incompréhension entre les deux types de sciences -, ne se pose pas de façon univoque en méthodologie quantitative et qualitative. Là c'est la représentativité qui fonde la généralisation. Ici le singulier, à la limite, se trouve porteur universel. Singulier universel sans doute, qu'il faut par voie d'analyse profonde dégager de sa gangue de particulier, mais qu'avaient sûrement en vue des chercheurs aussi éminents que Freud en généralisant sa notion d'inconscient à partir de cas comme Anna O. et que Durkheim quand il affirme en conclusion aux Formes élémentaires de la vie religieuse (p. 593): "Quand une loi a été prouvée par une expérience bien faite, cette preuve est valable universellement".

Les problèmes d'enregistrement et de transcription des histoires de vie, sans être aussi fondamentaux au plan de la théorie et de la méthode, soulèvent quand même la question du passage de ce qui est oral et gestuel à l'écrit, dont le code figé ne peut qu'appauvrir considérablement la réalité. Si l'introduction du magnétophone a transformé l'enquête orale, que dire de la caméra vidéo qui restitue en plus du son le geste et la couleur? A quand une technologie pour ressusciter les codes tactiles et olfactifs?

Dernier problème de l'histoire de vie, en ordre de séquence et non d'importance, l'analyse de son contenu et son interprétation. C'est là ou les promoteurs et les théoriciens de l'approche biographique sont le moins avancés et où la majorité des progrès restent à accomplir. Non, le "kit" du parfait analyste d'histoires de vie n'est pas pour demain et la place est encore libre pour beaucoup d'interprètes, voire une nouvelle herméneutique. On se retrouve pratiquement dans la position de Freud en train d'inventer les regles d interpretation du reve...

5. Les resultats escomptés.

Comme dans le cas de la psychanalyse, l histoire de vie apporte une connaissance renouvelee de l homme et de ses problemes, comme la vieillesse: elle permet une vision de l intérieur, vécue et sentie, que ne peut fournir aucune enquete quantitative qui rape les singularites et les differences dans le "melting pot" des moyennes.

Jamais les Selim Abou et les Oscar Lewis ne nous auraient fait si bien sentir les problemes d identité en Argentine et la misère des taudis de San Juan et des faubourgs de Mexico si, délaissant les vastes enquetes sociologiques par questionnaires et sondages par lesquelles ils avaient commence, ils n avaient décidé de laisser parler pour eux-mêmes les descendants des émigrés libanais, les Porto-Ricains et les Mexicains. La theorie de l'identité culturelle (3) et l élaboration du concept de "culture de pauvrete" (4) ne sont venus qu'après. Et pourtant, qui, lisant les Enfants de Sanchez ou Baba de Karo, n'a pas le sentiment de comprendre, mieux que dans un épais traité ou un fouillis de statistiques, ce qui fait l essentiel de la vie d un

chomeur mexicain ou d'une vieille paysanne musulmane polygame en pays haoussa du Nord-Nigéria?

Ce qu'apporte l'histoire de vie à la gérontologie, c'est une façon pour les vieillards de regarder leur vieillesse avec d'autres yeux et de la faire vivre immédiatement, par procuration, aux plus jeunes qui s'y intéressent. Poussée à bout, l'histoire de vie rejoint l'observation participante et débouche par le fait même sur une forme d'animation sociale.

2. Technique d'animation sociale.

Si la réflexion commence à peine à porter sur les virtualités de l'histoire de vie comme technique d'animation sociale auprès des personnes âgées, les perspectives ouvertes par cette réflexion et quelques expériences en psychologie et en anthropologie s'avèrent prometteuses.

Psychologie.

Le directeur du Ethel Percy Andrus Gerontology Center de Los Angeles, James Birren, préconise dans ses recherches et enseignements (5) le recours à l'histoire de vie pour des fins de santé mentale et d'intégration personnelle pour l'adulte. Plus encore que le vieillard, on vise l'intervenant qui s'en occupe. Faire sa propre autobiographie dans des conditions assez sophistiquées devient pour l'intervenant comme l'équivalent de l'analyse préalable en psychanalyse.

Pour un vieillard, écrire ses mémoires ou raconter sa vie à un autre, magnifié dans sa spécialité de l'écoute, c'est reprendre possession de son passé, donner un sens à sa vie et apprivoiser en quelque sorte sa fin prochaine. La fonction heuristique s'accompagne d'une fonction clinique: la mémoire défaillante se revigore à la recherche des souvenirs de son vécu.

Anthropologie.

Les expériences anthropologiques me sont plus familières. A Los Angeles toujours, la regrettée Barbara Myerhoff a connu un curieux cheminement dans ses recherches auprès de la communauté juive d'un centre de jour du quartier Venise. Perçue comme professeure et soucieuse de s'intégrer à cette communauté dont la séparait l'âge, sinon la tradition ancestrale, elle offrit de donner un cours hebdomadaire aux habitués du Centre et, sans idées préconçues, leur proposa tout bonnement comme thème de raconter leur vie.

Ce qui devait être un à-côté de la recherche et un moyen pour la chercheuse de compenser en services professoraux l'accueil bienveillant du Centre et de sa clientèle se transforma vite en extraordinaire expérience d'auto-animation pour et par le groupe et en source privilégiée de données pour l'auteure de Number Our Days.

Chaque semaine une vingtaine d'habitués du Centre se retrouvaient ensemble toute une matinée pour raconter leur cheminement depuis leur shtetl (village natal en Pologne), leur émigration en Nouvelle-Angleterre (nord-est des Etats-Unis), leur vie laborieuse dans l'industrie du vêtement et leur déménagement

à l'orée de la vieillesse dans le sud-ouest américain pour profiter du soleil couchant, dans tous les sens du terme; pour se remémorer les persécutions, les pogroms, le déchirement des pertes et des départs; pour discuter, et parfois de façon très vive, de traditions juives, de points particuliers de la Thora, de politique aussi, de l'Etat d'Israël et du sionisme, etc.

Sans doute cet exercice de mémoire collective se trouva-t-il favorisé par la clientèle particulière de ce centre qui partageait la même tradition judaïque, la même langue de formation religieuse et la même expérience de persécutions millénaires, qui renforcent nécessairement le sens de l'Histoire. Mais ce trésor commun serait resté partiellement enfoui dans le non-dit et toutes ces vies auraient terminé leur cours plus ou moins parallèle n'eussent été l'intervention fortuite de Myerhoff et la présence d'une anthropologue et de son magnétophone.

Présence rapidement apprivoisée d'ailleurs, tellement vive était la chaleur des discussions et intense l'interrelation entre les participants âgés trop occupés à dire leur vie et à contrôler celle des autres pour se soucier de l'observattrice et de ses instruments. Il ne resta plus à cette dernière qu'à retranscrire ces enregistrements, à compléter et vérifier certaines informations par entrevue auprès de quelques membres du Centre et à oublier son ouvrage célèbre, doublé d'un documentaire sur la même communauté. Pour les participants, l'expérience ne s'arrête pas là et le mouvement amorcé se prolonge au-delà même de la mort de l'anthropologue.

La réflexion sur cette aventure et même l'expérimentation de la technique dans un autre contexte ont conduit Barbara Myerhoff à publier, en collaboration avec Virginia Tufte dans The Gerontologist (vol. XV, no 6, 1975, pp. 541-543), un court article intitulé "Life History as Integration. An Essay on an Experimental Model".

Une de mes anciennes assistantes d'enseignement, aujourd'hui coordonnatrice du Centre d'accueil Youville à Rouyn, rédige sa thèse de maîtrise en anthropologie sur le divorce des femmes âgées à partir de 17 histoires de vies. L'entrevue en profondeur réalisée avec chacune de ces 17 informatrices a fait réaliser à Suzanne Lavallée la pénible solitude où se trouvaient ces femmes dépourvues à leur âge de tout réseau d'amitié et l'a incitée à lancer avec elles une association regroupant les divorcées de cinquante ans et plus. Voilà un cas où l'enquête qualitative débouche immédiatement sur l'action.

S'il m'est permis de faire état de mes propres expériences anthropologiques à ce propos, je signalerai mon recours à la technique de l'histoire de vie à la fois dans mes recherches en Gaspésie et dans le Bas-St-Laurent et dans mon enseignement de la gérontologie tant à Laval, qu'à St-Jérome, Rivière-du-Loup et Shippagan.

Chaque fois que dans mes recherches je développe avec une personne âgée une relation privilégiée au point de lui demander d'enregistrer son histoire de vie, je suis toujours surpris de constater avec quel empressement elle accepte d'y participer et quels effets positifs cette opération de réminiscence et d'exposition à autrui peut avoir sur elle. Ces effets bénéfiques

d'ailleurs se prolongent bien au-delà de la séance d'enregistrement et même de la réaudition de la bobine. Comme si se mettait en mouvement chez la personne âgée un processus de reprise en charge de son passé et de revalorisation de son existence.

Il m'arrive de constater le même émerveillement chez la plupart des étudiants de mon cours Anthropologie et vieillissement à qui je donne, comme travail personnel sujet à évaluation, la réalisation d'une histoire de vie avec une personne âgée de leur choix. Une fois passés les premiers moments d'inquiétude et dissipées les craintes quant à la difficulté de maniement de la technique, chacun/e se lance dans l'aventure, part à la rencontre, souvent une redécouverte, qui de son père, qui de sa tante, qui d'un voisin ou ami âgé et revient non seulement avec un matériel d'une grande diversité et richesse, mais aussi avec le sentiment, souvent exprimé, que cette expérience a un peu changé leur vie et celle de leur informateur/trice. "J'ai ainsi découvert ma mère après trente ans", m'écrivait une étudiante encore tout récemment. Sa mère sans doute peut en dire autant.

Conclusion.

Qu'ajouter en conclusion, sinon un dernier et bref plaidoyer en faveur d'une expérimentation plus poussée de l'histoire de vie à la fois comme instrument de recherche du côté surtout des méthodes d'analyse du matériel ainsi recueilli et principalement comme technique d'animation sociale? Là, les expériences valent d'être multipliées. Et celles qui existent déjà, comme le concours Mémoires d'un époque de l'Institut québécois de recherche sur la culture, devraient faire l'objet d'une évaluation pour en mesurer les divers effets sur les participants âgés.

Dernier souhait, que très bientôt soit suivie l'initiative d'un couple de mes anciens étudiants d'utiliser la caméra vidéo pour recueillir l'histoire de vie d'une vieille dame institutionnalisée et reprojeter le document audio-visuel ainsi constitué dans le centre d'accueil où s'épanouit leur informatrice. L'effet d'animation du vidéo, la "rétroaction", pourrait-on dire, n'a rien de comparable avec le magnétophone. Comme quoi le progrès technologique ne se situe pas qu'en informatique et peut aussi affecter une méthodologie qualitative!

NOTES

1. Daniel BERTAUX, Histoires de vies ou récits de pratiques? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie, Paris, CORDES, 1976, 229 p.

2. Renaud SANTERRE, "Le modèle dominant en sciences humaines ou l'équivoque d'une évaluation par les pairs", Manuscrit, 1982, 13 p.

3. Selim ABOU, L'identité culturelle. Relations interethniques et problèmes d'acculturation, Paris, Editions Anthropos, 1981, 234 p.

4. Oscar LEWIS, "La culture de pauvreté" dans le postface à La Vida, origineilement publiée en 1965.

5. Un stage de formation sous sa direction avait lieu l'an dernier à Vancouver en présession avant le dernier Congrès de la C.A.G.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1. Méthodologie.

BERTAUX, Daniel (ed.), Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences, Londres, Sage Publications, 1981, 309 p.

FERRARROTTI, Franco, "Sur l'autonomie de la méthode biographique" dans J. Duvignaud (éd.), Sociologie de la connaissance, Paris, Payot, 1979, pp. 131-152.

KLUCKHOHN, Clyde, "The Personal Documents in Anthropological Sciences" in Gottschalk, Kluckhohn and Angell, The Use of Personal Documents in History, Anthropology and Sociology, New York, Social Science Research Council, 1945.

LANGNESS, L.L., The Life History in Anthropological Science, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1965, 82 p.

POIRIER, J., S. CLAPIER-VALLADON, P. RAYBAUT, Les récits de vie: théorie et pratique, Paris, P.U.F., 1983, 238 p.

THUD HA BRO - Sociétés bretonnes Sociétés paysannes et dépaysannation. Les usages de l'histoire de vie en anthropologie et en sociologie, Rennes, Thud Ha Bro, 1980, 233 p.

CAHIERS INTERNATIONAUX DE SOCIOLOGIE, Histoires de vie et vie sociale. Numéro spécial des Cahiers internationaux de sociologie, vol. LXIX, 1980, pp. 107-368.

SOCIOLOGIE ET SOCIETES, La sociologie: une question de méthodes?, numéro thématique de Sociologies et sociétés, XIV, 1, avril 1982, pp. 3-132.

2. Récits de vie.

ABOU, Selim, Liban déraciné. Immigrés dans l'autre Amérique, Paris, Plon, 1978, 664 p.

BIOCCA, Ettore, Yanoama. Récit d'une femme brésilienne enlevée par les Indiens, Paris, Plon, 1968, 468 p.

CATANI, Maurice et Mohamed, Journal de Mohamed. Un Algérien en France parmi cent mille autres, Paris, Stock, 1973.

HELIAS, Pierre-Jakez, Le cheval d'orgueil, Paris, Plon, 1975, 625 p.

KROEBER, Théodore, Ishi, le testament du dernier Indien sauvage, Paris, Plon, 1968.

LETELLIER, Marie, "On n est pas des trous-de-cul", Montréal, Parti-Pris, 1971, 221 p.

LEWIS, Oscar, Les enfants de Sanchez. Autobiographie d'une famille mexicaine, Paris, Gallimard, 1963, 638 p.

LEWIS, Oscar, La Vida. Une famille porto-ricaine dans une culture de pauvreté: San Juan et New-York, Paris, Gallimard, 1969, 816 p.

MAKAL, Mahmout, Un village anatolien. Récit d'un instituteur paysan. Paris, Plon, 1963, 294 p.

MORVAN-MAHER, Florentine, Florentine raconte..., Montréal, Les éditions Domino Ltée, 1980, 238 p.

OUZOUF, Jacques, Nous les maîtres d'école. Autobiographies d instituteurs de la Belle Epoque, Paris, Gallimard, 1967.

RADIN, Paul, Crashing Thunder. The Autobiography of a Winnebago Indian, New York, Dover, 1963.

SMITH, Mary, Baba de Karo. Paris, Plon, 1969.

TALAYESVA, Don et Leo SIMMONS. Soleil Hopi. L'autobiographie d'un Indien Hopi, Paris, Plon, 1959.

THOMAS, W.I. et F. ZNANIECKI, The Polish Peasant in Europe and America. Monograph of an Immigrant Group, Boston, The Gorham Press, 1918-20.

VERREAULT-MILOT, Colette, Tante Anna, Montréal, Les Editions Quebecor, 1980, 182 p.

VIEILLIR DANS LES CHEMINS DE FER

Claire Laliberté

Avant-propos.

Mon exposé résume les principales conclusions de ma thèse de maîtrise en anthropologie (1) qui vient tout juste d'être déposée à l'Ecole des gradués de l'Université Laval.

Cette recherche est le produit de contacts successifs avec un groupe de personnes âgées qui vivent dans le même environnement. Au cours de l'été 1979, un projet d'étudiant portant sur la tradition orale d'un groupe de cheminots m'avait d'abord permis d'entrer en contact avec une population dynamique et relativement homogène de par leur travail passé et leur milieu de vie. A cette époque, ce qui avait frappé notre groupe d'apprentis anthropologues était la facilité avec laquelle nous pouvions les repérer, c'est-à-dire leur visibilité. Arborant fièrement leur casquette de préposé à la voie ou "d'ingénieur" (2) nous les rencontrions un peu partout, dans les différents commerces et lors des joutes de pétanque qui avaient lieu quotidiennement. Pour tout dire, notre petit groupe était à l'affût d'un signe de leur présence. La nôtre ne devait sans doute pas passer inaperçue... Notre travail consistait à recueillir des histoires de vie et à comprendre l'univers culturel lié à ce milieu de vie très particulier.

L'été suivant, le Laboratoire de gérontologie sociale de l'université Laval mettait sur pied un projet de recheche exploratoire qui portait sur les systèmes de support naturel des personnes âgées dans trois milieux socio-economiques différents. Cette recherche, sous la direction d'Ellen Corin, entendait comparer ces divers micro-milieux. Charny fut choisie comme milieu semi-urbain. J'eus la chance de m y intégrer comme chercheuse afin de realiser les entrevues auprès des personnes agees. Entretemps, je m etais installee à Charny.

D'une premiere vision du monde des hommes retraités du chemin de fer, la participation à ce second projet me permit de mieux connaître celle d autres categories sociales: femmes et hommes ayant travaille dans d autres secteurs d emploi que celui du chemin de fer.

Le travail sur le terrain m a permis de soulever un ensemble de questions au sujet du vecu des personnes agees. Dans quelle mesure le fait d avoir travaille au chemin de fer ou d etre natif de l endroit avait-il une influence sur la vie de ces femmes et de ces hommes en tant que personnes agees? Un "etranger" s intégrait-il facilement ou autrement au noyau de personnes de son age ou demeurait-il exclu de la vie sociale?

D'autre part, il me semblait que les etudes anthropologiques sur le sujet apportaient peu d eclairage sur le phenomene du vieillissement dans un milieu ouvert tel que Charny (3). Mon objectif principal a consiste a illustrer les différentes formes de vieillissement dans cette communaute, en mettant l accent sur la dichotomie sexuelle et sur la variable "travail antérieur".

Plan de l'exposé.

Mon exposé se divise en trois parties. Dans un premier temps, j'aimerais décrire dans ses grandes lignes le milieu où s'est effectué la recherche car je considère que c'est une donnée de base dont on doit tenir compte pour bien ancrer notre compréhension des phénomènes sociaux qui s'y déroulent. Par la suite, j'apporterai des éléments de comparaison entre les réseaux sociaux des hommes et des femmes, des cheminots à la retraite et d'autres retraités de secteurs d'emploi différents. Dans un troisième temps, je présenterai quelques analyses de cas concrets qui nous permettent de synthétiser les facteurs qui sont en jeu dans le cadre de cette communauté.

Présentation du contexte.

Charny est une petite ville de la rive sud de Québec. Sa population compte 8240 habitants (1981). Avant l'ouverture du pont Pierre-Laporte (en 1970), l'activité principale des habitants se concentrait dans le secteur du chemin de fer. A partir de ce moment cependant, la municipalité change de visage et se transforme plutot en ville dortoir par l'arrivée massive sur la rive sud de jeunes couples travaillant à Québec et dans les environs.

Pour les personnes âgées qui vivent actuellement à Charny, l'ancienne vocation économique de leur ville est cependant encore bien présente dans leur esprit.

Charny a quelques particularités qu'il faut souligner. La délimitation des quartiers est basée sur la configuration de la voie ferrée. C'est elle qui détermine l'orientation des rues. On reconnait de plus les points particuliers de la ville qui sont désignés par des termes reliés au chemin de fer: la Calvette (viaduc de la voie ferrée), West Jonction, la Curve, etc.

C'est dans le vieux Charny que les retraités du chemin de fer sont les plus visibles. Ils sont facilement repérables car plusieurs d'entre eux portent leur casquette. On les rencontre un peu partout dans les commerces du centre-ville. C'est souvent pour eux l'occasion d'échanger un brin de jasette. Chaque matin, la ligue du vieux poêle se réunit pour une partie de pétanque. La plupart des joueurs sont d'anciens travailleurs du Canadien National. Les histoires drôles et les anecdotes liés au travail passé agrémentent leur partie. Il existe un autre point de raliement pour les retraités. Il s'agit d'une brasserie du centre-ville surnommée la Brouteuse, où, chaque matin, un groupe d'habitués se rencontrent. Je n'ai malheureusement pu analyser systématiquement la dynamique de ces groupes en raison de problèmes d'intégration qu'on peut facilement imaginer.

En terminant ce bref aperçu du milieu, j'aimerais dire quelques mots au sujet du sentiment d'appartenance et par le fait même sur la notion d'étranger qui prévaut dans ce contexte. A plusieurs reprises, des témoignages ont démontré qu'il n'est pas toujours facile de s'intégrer. Si on est natif de l'extérieur et qu'en plus on n'a pas travaillé au CN, on peut être victime d'une certaine discrimination de la part des anciens. Des facteurs tels que le lieu de résidence, le nombre d'années de résidence, l'emploi spécifique exercé donnent de fait une tonalité particu-

lière au sentiment d'appartenance. Quoi qu'il en soit, le contexte particulier au milieu ne laisse personne indifférent.

Les réseaux sociaux.

La question de départ qui a servi à l'analyse des réseaux sociaux est la suivante: quelles sont les bases sur lesquelles s'articule la sociabilité des hommes et des femmes de Charny? Est-ce que leur univers social est structuré en fonction d'un univers de référence récemment constitué ou est-il plutôt fondé sur le passé? La réponse à ces questions renvoie aux données recueillies à l'aide des généalogrammes étendus, des journées reconstruites, des listes d'activités et des bilans des contacts reçus et effectués. Voici quelques constatations. Si on s'attache aux catégories dominantes du réseau social des hommes et des femmes, on remarque l'importance de la parentèle pour les femmes alors que pour les hommes, les relations avec la famille conjugale, les voisins et les amis priment. On voit également chez ces derniers l'importance de la sociabilité dite générale qui fait référence à des connaissances de longue date, indice d'une intégration au quartier. On retrouve peu de ce type de contacts chez les femmes et chez les hommes employés dans des secteurs d'emplois autres que le chemin de fer.

Cette analyse pourrait laisser sous-entendre que les femmes ont moins de contacts sociaux que les hommes et qu'eux garderaient tout au long de leur vie des contacts avec les mêmes personnes. Pourtant, lorsqu'on a abordé la question des personnes confidentes, on s'est aperçu que les femmes possédaient une certaine indépendance par rapport à leur milieu familial immédiat. Les hommes, quoique plus ouverts en terme quantitatif aux rela-

tions extérieures, conservent un attachement affectif très fort vis-à-vis leur famille, particulièrement à leur conjoint.

Il apparaît donc que la variable sexe et celle du travail antérieur exercent une influence sur la constitution d'un tissu social. Les hommes ayant exercé leur métier à l'intérieur même de la ville ou y ayant conservé leur principal pont d'attache malgré les voyages constants, préservent la continuité de leurs relations avec les amis, les voisins et les connaissances qu'ils retrouvent en divers lieux privilégiés.

Les femmes, qu'on pourrait croire à prime abord défavorisées dans ce contexte, possèdent un réseau de relation "intimiste" où, au-delà de la famille proche, les amies, soeurs et belles-soeurs constituent un apport affectif très important.

Etude de cas.

L'etude de cas concrets complète le tableau des formes de vieillissement retrouvées à Charny. Cette fois, il s'agit de concrétiser l'expérience vécue des informateurs (trices). L'approche utilisée nous amène à considérer l'individu, "non comme cas isolé, mais comme une singularité porteuse d'universel" (4). On peut mieux comprendre aussi l'influence des valeurs cuturelles du milieu et voir les stratégies que l'individu développe quotidiennement pour assurer une expérience de continuité à son vécu.

Monsieur Gagné (5) est un veuf âgé de 83 ans. Il est natif d'un village avoisinant Charny. Il s'est marié à l'âge de 22 ans avec une résidente de son village natal. De cette union sont nés dix enfants dont cinq demeurent actuellement à Charny. Durant la Crise, M. Gagné partait à l'automne bûcher en forêt. Il revenait pour la période des fêtes et le reste de l'hiver se passait à l'exécution de menus travaux pour le CN qui consistaient principalement au pelletage du charbon. Plus tard il obtint un poste de chauffeur sur les trains. Il termina sa carrière au CN comme "ingénieur", poste qu'il occupa durant 21 ans.

Installé à Charny depuis soixante ans, dont cinquante dans la même maison située dans la plus ancienne partie de Charny, il vit actuellement avec une de ses filles célibataire. Cette dernière a en quelque sorte remplacée sa femme décédée, il y a six ans. Elle perpétue les habitudes quotidiennes, fruit de toute une vie de travail passée dans le même univers. L'horaire des repas est fixé d'après celui qui prévalait lorsque M. Gagné travaillait sur les trains de marchandise, moments où l'on arrêtait complètement la course pour prendre le temps de manger.

Actuellement, les activités quotidiennes de l'informateur sont réglées selon un rituel précis. Il se lève vers cinq heures, déjeune puis se rend à pied à l'église pour assister à la messe. Puis, il s'assoit dehors, sa casquette d'"ingénieur" sur la tête. Il s'occupe de son jardin l'avant-midi. Il entre pour le dîner, pris en compagnie de sa fille. Après sa sieste de l'après-midi il retourne dehors, toujours seul. Il soupe vers 16 heures et se couche très tôt.

Ses contacts avec l'extérieur sont assez limités même s'il connaît ses voisins et les gens du quartier en général, M. Gagné se contente de les saluer. Cette situation, il l'explique par son problème de surdité. Ce problème de santé lui cause des difficultés à communiquer avec son entourage. Dès qu'il se retrouve en compagnie de trois personnes ou plus, qui parlent autour de lui, il se retire. Pour cette raison, il évite désormais les rencontres organisées par les Vétérans du chemin de fer, les funérailles d'anciens compagnons de travail ou toute situation qui le placerait en présence d'un groupe important. Il garde cependant une relation privilégiée avec la soeur de sa femme et son beau-frère, couple qu'il ren-

contre régulièrement. En plus de son problème de surdité, M. Gagné se plaint de violents maux de tête qui surviennent quand "ça fait trop de train". Il dit que c'est comme s'il avait un engin dans la tête.

Son discours porte principalement sur le passé. Au cours de longs monologues où il oublie presque ma présence, il se remémore l'époque de rassemblements familiaux où l'on s'amusait ferme. Il me parle de sa femme comme d'une personne travaillante et aimant la vie. Il établit d'ailleurs des comparaisons entre elle et sa fille, en exprimant de nombreux regrets pour le départ de la première. Il parle aussi du temps de la vapeur, moins nuisible pour la santé, quoique plus sale.

On peut résumer un certain sentiment de sérénité qui se dégage de cet informateur par une phrase qu'il exprime en repensant à sa vie. Il dit: "Ça a passé comme un rêve".

M. Gagné offre l'exemple d'une personne qui a bien su s'intégrer durant sa vie active. Au fil des ans, se retrouvant dans un état de dépendance vis-à-vis sa famille, l'informateur garde des liens avec son univers de travail passé et ce, de plusieurs façons: par ses habitudes alimentaires, le port constant de sa casquette de cheminot et la proximité des activités de la voie ferrée toute proche. Malgré les contraintes liées à ses problèmes de santé, difficultés à se déplacer, les problèmes de communication avec son entourage immédiat, il revoit autour de lui les mêmes visages et le même environnement. L'intégration et le rattachement au quartier sont des dimensions importantes de sa vie. Par son discours, par ses réflexions sur le passé vécu en famille, par la comparaison constante des aptitudes ménagères et culinaires de sa fille et de sa femme, un lien affectif est maintenu avec sa femme disparue. Le contact privilégié avec la soeur de son épouse renforce ce lien affectif avec son épouse. De fait, cette relation existe en tant que "relation affective déléguée".

Madame Doré vit seule dans sa grande maison depuis que son mari est decéde, il y a trois ans. Le couple n'a pas eu d'enfant. Elle est née à Charny, il y a 67 ans. Elle s'est mariée à l'age de 23 ans avec un homme dont la sante a toujours été chancelante. Seize ans après le début de sa carrière comme "carman" (6), il perdit son emploi. S'ensuivirent des problèmes financiers. Madame Doré décida d'ouvrir un dépanneur dans son salon. Elle monta elle-même le petit commerce qui fonctionna très bien durant 20 ans. Ce travail, en plus d'assurer un revenu au couple, permettait à Mme Doré de rencontrer des gens.

Lorsqu'elle ferma les portes de son dépanneur, elle trouva le temps bien long. Peu de temps après, elle perdit son mari. Elle réorienta alors sa vie. Elle apprit d'abord à conduire l'auto laissée par son mari, chose dont il l'avait toujours empechée. Devenue plus libre de circuler, elle se mit à faire le tour de sa parenté, à se faire de nouvelles amies. Elle changea son emploi du temps, entretenant des fleurs et son jardin, activités que son mari avait toujours abhorrées.

Actuellement, son quotidien se résume en un mot: s'amuser! De nature sociable, elle se lie très facilement avec tout le monde. Elle multiplie les occasions de rencontre. Elle participe aux activités de l'age d'or, joue aux quilles, va danser, visite ses frères et soeurs qui habitent dans le coin. Elle organise même des parties de cartes chez elle où parents et amies font bon ménage. Elle dit qu'elle veut rattraper le temps perdu.

Son reseau social se compose d'une part de dames qu'elle connaissait depuis toujours, mais avec qui elle a repris contact quand elle est devenue veuve. Elle s'entoure d'autre part de plusieurs neveux et nièces. Elle connait bien ses voisins, jeunes et vieux, avec qui elle entretient de bonnes relations, car "ça peut toujours servir".

Sa santé est assez bonne. Le seul problème dont elle souffre est le rhumatisme qui l'afflige au niveau des genoux, ce qui rend difficile la marche. L'auto qu'elle conduit lui permet d'atténuer cet inconvénient. Mme Doré ne tient pas du tout à se remarier. Elle dit qu'il y a un temps pour chaque chose: "quand on est jeune, on peut être en amour, mais quand on vieillit, ce n'est plus pa-

reil". Elle tient donc à garder son indépendance. Elle considère d'ailleurs que les hommes de son âge sont trop autoritaires ou trop "rognes".

Madame Doré a dû très tôt se débrouiller par elle-même. Devenue chef de famille en raison de la maladie de son mari, elle a su se constituer un milieu de vie et de travail qui allait dans le sens de sa personnalité. Les relations avec la clientèle, quoique sporadiques et superficielles, lui permettaient de garder un oeil sur son milieu de vie. On constate que le modèle de sociabilité de Mme Doré possède une existence récente et est fortement lié à la perte de son conjoint. Consciente de la solitude qui la menaçait, elle s'est constituée un tissu de relations qui répond à ses attentes et qui lui permet de garder une certaine dose d'autonomie et de liberté, valeurs qu'elle semble avoir retrouvées en devenant veuve.

On se rend compte également que deux éléments de son réseau occupent une place privilégiée. Il s'agit des amitiés de son âge qui sont essentiellement féminines et de l'attrait qu'exerce sur elle la jeunesse symbolisée par son amitié avec ses neveux et nièces. Par rapport à son passé, où l'on peut dire qu'elle a été brimée, ce choix au niveau de ses relations sociales démontre un souci de s'éloigner d'un monde menaçant, les hommes, et de récupérer une partie de sa jeunesse passée.

Il va sans dire que Mme Doré est favorisée du fait qu'elle a toujours vécu à Charny, ce qui lui a permis, à la suite de ruptures marquantes telles que la maladie et le décès de son conjoint, puis sa propre retraite, de renouer contact avec son milieu social environnant.

Monsieur Lapierre est natif de Charny. Il a travaillé au CN toute sa vie. Il fut d'abord allumeur de locomotive, chauffeur puis "ingénieur" durant 25 ans. Il s'est éloigné de Charny durant quelques années en raison d'un transfert. De retour à Charny depuis une vingtaine d'années il demeure dans une maison avec sa femme et son fils. Une certaine indépendance est gardée vis-à-vis ses enfants. C'et plutôt lui qui leur rend des services par des prêts d'argent, de l'aide au travail, etc.

M. Lapierre, qui a 67 ans, se dit en excellente santé. Il exerce un travail non rémunéré qui lui permet de garder un contact constant avec les passants qui s'arrêtent pour lui parler, en particulier ses anciens confrères de travail.

Bien enraciné dans son quartier, M. Lapierre entretient de nombreuses conversations avec ses voisins qui sont pour la plupart d'anciens cheminots. "On parle de chars", dit-il. Chacune des activités qui le place dans des situations où il y a des possibilités de rencontres, par exemple à la messe, à l'épicerie, chez le médecin, contribue à des échanges amicaux. Il est à noter que le contact est plus intense avec ceux qui sont liés au chemin de fer. Son épouse, au contraire, a moins de contacts extérieurs au milieu familial (elle est native de l'extérieur). Comme activité de loisir, M. Lapierre se rend plusieurs fois par semaine dans différents clubs de l'âge d'or de la région pour assister à des soirées dansantes. Cette activité entreprise il y a trois ans lui a permis de connaître des gens de l'extérieur. Il assiste également aux soupers donnés par l'Association des vétérans du chemin de fer.

Grand travailleur, il est très fier d'avoir su s'assurer un revenu décent pour sa vieillesse. Il a pris lui-même la décision de prendre sa retraite car il considérait que le roulement de son garage lui permettait de bien vivre.

L'ensemble de son discours porte sur des valeurs qu'il met effectivement en pratique: le travail, la bonne santé, l'activité physique. Ses valeurs influencent ses opinions. Il est dur vis-à-vis ceux qui ne savent pas occuper le temps rendu disponbile par la retraite, ceux qui sont malades, inactifs et ceux qui sont pauvres. M. Lapierre considère qu'il n'a aucun problème.

M. Lapierre correspond à peu près à l image qu il projette, celle où dominent des valeurs d indépendance. Ne demandant jamais d aide à quiconque, à moins de s adresser à des ressources formelles telles que la police, les institutions bancaires, etc., il démontre qu il sait bien s occuper de ses affaires.

M. Lapierre a gardé une certaine distance psychologique avec son milieu de travail, exprimée par les contacts constants avec ses anciens compagnons de travail (sociabilité générale). Le renouveau au niveau de ses activités de loisirs, lui assure une sociabilité moins menaçante. Le fait d être natif de Charny et d exercer présentement une activité plus neutre lui permet de renouer avec des personnes qu il côtoie depuis toujours, mais qui ne sont pas nécessairement liées au chemin de fer. Bref, sa qualité d originaire prend le relais sur celle de cheminot.

L analyse de ces cas permet de synthétiser quelques-uns des différents facteurs qui influencent la forme que peut prendre le vieillissement. Ces éléments sont le lieu d origine, le lieu de résidence, le statut matrimonial, l alliance, la condition physique et la personnalité de l individu. Cette analyse aura permis de montrer la vigueur avec laquelle chacun, dans la mesure de ses possibilités et ressources de toutes sortes, cherche à assurer une expérience de continuité à son vécu. Les stratégies développées sont différentes selon les contraintes de chacun et on s aperçoit que par rapport à des événements marquants semblables, il existe une variabilité de réponses, de sens différents. Le veuvage, le célibat, la retraite et une condition physique déficiente n ont pas le même impact selon le sexe. Il m a semblé que les femmes possédaient une assez bonne faculté d adaptation et qu en général, leur attitude était positive face à des événe-

ments marquants.

Dans ce contexte particulier, les retraités du chemin de fer ont la possibilité d'atténuer le sentiment de rupture par rapport à leur travail passé. La proximité psychologique et concrète avec la réalité de leur ancien emploi leur permet de conserver leur identité: ils sont catégorisés comme personnes âgées par leur apparence physique et reconnus par les autres comme ex-travailleurs du chemin de fer. Leur statut d'ancien producteur s'en trouve en quelque sorte maintenu.

Conclusion.

Le cas de la communauté que j'ai décrite très brièvement peut sembler unique, car non seulement la plupart des gens âgés de Charny occupent leur domicile, mais ils vieillissent de plus dans le milieu qu'ils ont toujours connu, le reconnaissant à ses divers repères culturels. La proximité physique de nombreux membres de la parentèle s'ajoute comme élément de continuité et agit efficacement comme support naturel en cas de besoin.

Je ne considère pas le cas de Charny comme une exception. Un regard critique posé sur des milieux délimités spatialement, socialement ou culturellement, qu'on étudierait à partir de ce que les gens vivent et de ce qui existe, montrerait sans doute que d'autres communautés ressemblent à Charny.

NOTES ET REFERENCES

1. Vieillir à Charny. Les conditions du vieillissement dans une ville de chemin de fer. Département d anthropologie, Université Laval, 1985, (à paraître).

2. Personne qui conduit le train.

3. Les recherches qui adoptent la perspective anthropologique en gérontologie sont menées dans deux types de milieux facilement cernables d un point de vue méthodologique: les résidences pour personnes âgées (Hoschild, 1973;; Jacobs, 1975; Angrosino, 1976; Ross, 1977; Lamy, 1984) et les quartiers défavorisés des grandes villes (Sokolovsky et Cohen, 1978; Clark, 1979; Eckert, 1983).

4. Santerre, 1985: 35.

5. Les noms sont des pseudonymes.

6. Préposé à l entretien et à la réparation des wagons.

BIBLIOGRAPHIE

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

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

ECKERT, J.K., 1983, "Anthropological Community Studies in Aging Research", Research on Aging, vol. 4, 455-472.

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

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

LAMY, B., 1984, La vie quotidienne dans un foyer rural du Bas-St-Laurent, Quebec, Université Laval, Thèse de maîtrise en anthropologie.

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

SANTERRE, R., 1985, "Les études de communautés dans la recherche sur le vieillissement", Recherches en gérontologie, II, 52e Congrès de l'ACFAS, Université Laval, 27: 27-46.

SOKOLOVSKY, J. et C. COHEN, 1978, "The Cultural Meaning of Personal Networks for the Inner City Elderly", Urban Anthropology, vol VII, no 4, 323-342.

VIEILLIR DANS LE MAIL ST-ROCH

Carole Duval

Le Mail St-Roch, seul centre commercial du Vieux Québec, outre sa vocation économique, constitue un lieu de sociabilité où viennent se rencontrer et vivre plusieurs heures par jour diverses catégories de gens: employés et clients des boutiques; assistés sociaux et chômeurs; prostitués(es); adeptes de la drogue; jeunes désoeuvrés; clochards et personnes âgées. Le groupe des 65 ans et plus domine en nombre et de façon substantielle.

Depuis sa création en 1973, le Mail St-Roch est l'objet de préjugés de la part du public, des autorités, de certains marchands et employés. Mais ces gens se sont-ils attardés à connaître et à comprendre le phénomène des rassemblements dans ce centre commercial?

Le désir de saisir la signification de ce lieu pour les individus qui s'y rencontrent m'a entraînée à faire une étude sur le vécu des personnes âgées à l'intérieur du Mail. Une intégration à la vie sociale de ce centre, de novembre 1983 à février 1984, m'a permis d'embrasser la réalité quotidienne des femmes et des hommes âgés.

Le recours à la technique de l'observation participante a rendu possible la cueillette d'informations sur la vie sociale des hommes et des femmes âgés. J'ai pu comprendre les divers mo-

dèles de sociabilité, constater l'existence de plusieurs formes d'interactions verbales et non verbales, et mieux connaître les comportements adoptés par les personnes âgées.

L'observation révèle deux grands modèles de sociabilité. L'un, de type général, se pratique sur la place du Mail tant par les hommes que par les femmes âgées. Ce modèle se caractérise par l'importance d'un monde social et non par la rencontre d'individus distincts. L'autre, de type plus amical et plus intime, est développé dans les restaurants, principalement par la clientèle féminine.

La vie sociale des hommes et des femmes âgés se vit surtout entre 13 et 14 heures. A ces heures-là, le Mail bourdonne d'activité. Après 15 heures, le nombre de personnes âgées baisse considérablement. Ce phénomène est attribuable au fait qu'elles se sentent en sécurité le jour, tandis que le soir, le Mail est perçu négativement. Le soir suscite la peur.

La sociabilité des gens âgés se développe plus spécifiquement en face de la boutique Laura Secord et de l'ex-magasin Paquet. C'est à cet endroit qu'on a observé les interactions les plus nombreuses.

La vie sociale des personnes âgées s'exprime dans les activités auxquelles les femmes et les hommes âgés prennent part. Par exemple, magasiner constitue une activité importante pour les femmes âgées; elles courent les ventes. Les hommes âgés pratiquent très peu cette activité, ils font du lèche-vitrine. Plusieurs hommes et femmes âgés sont assis sur les bancs et conversent pendant que d'autres se promènent avec leurs compagnons et

compagnes. Les hommes sont plus actifs que les femmes sur la place du Mail.

Le nombre d'aînés(es) qui optent pour des activités de type solitaire est considérable. Plusieurs femmes et hommes âgés sont assis en silence; d'autres observent. Les personnes âgées viennent non seulement dans le Mail pour parler aux gens, mais aussi pour retrouver un environnement qui leur est familier et auquel elles sont attachées.

Relation personnes âgées-employés.

La relation que les personnes âgées entretiennent avec les employés ne se limite point à un rapport économique, mais s'enrobe d'un caratère social important pour les femmes et les hommes âgés. Plusieurs personnes âgées vont dans les magasins non seulement pour acheter, mais aussi pour chercher un contact humain. Ces personnes parlent par gout ou parce qu'elles en ressentent le besoin. Très peu d'entre elles vont raconter leurs problèmes ou leur vie.

> Trois femmes âgées soutiennent que certains employés les connaissent de nom, depuis le temps qu'elles vont dans le Mail. En ma présence, une femme âgée a interpelé un employé d'entretien ménager, celui-ci a répondu: "Ça va, Dolores". Les informateurs, surtout les femmes, avouent parler très souvent aux employés. Certaines femmes âgées affirment que lorsqu'elles s'absentent une journée, des emloyés s'enquièrent de leurs activités. Une dame raconte qu'il y a quelques annees, elle avait acheté des rideaux chez Paquet. Elle avait invité le vendeur à venir prendre un café chez elle pour qu'il puisse voir l'effet des rideaux dans son logement. Quelques

jours plus tard, celui-ci lui a rendu visite.
(extrait du journal d'observation).

Les femmes âgées constituent la principale clientèle de certains magasins. Les employés ne voient aucun inconvénient à ce que les personnes âgées fréquentent le Mail; ils les comprennent. Elles viennent pour se divertir, pour passer le temps. Plusieurs d'entre elles sont des chambreuses; elles sont seules et veulent voir des gens. Les personnes âgées ne dérangent pas et ne font aucun mal.

Les employés ont une perception positive de la relation existante avec les personnes âgées. Ils les aiment parce qu'elles ont beaucoup de choses à dire et parce qu'elles ont une très grande expérience derrière elles.

Relation personnes âgées--autres habitués.

Les hommes âgés ont plus d'interactions dites actives (plusieurs contacts verbaux) avec les habitués que les femmes âgées. L'observation démontre que les personnes âgées tant hommes que femmes interagissent surtout avec les gens de leur groupe d'âge. En général, elles ne connaissent pas les noms des individus rencontrés sur la place du Mail, mais elles reconnaissent les visages.

Les femmes âgées parlent seulement lorsqu'on leur adresse la parole. Autrement, elles ne disent rien et regardent les personnes circuler. Au contraire, les hommes âgés conversent avec les gens qui se trouvent à proximité d'eux. Mais, leur sociabi-

lité a des limites: ils ne parlent pas à ceux qui ont l'air "louche"; si un individu "louche" s'asseoit près d'eux, il s'en vont.

Les personnes âgées jasent des spéciaux de la semaine, du coût de la vie, des emplettes, de leurs problèmes, du temps passé et de sexualité. Parfois, elles parlent de connaissances mutuelles et elles demandent aussi des nouvelles de personnes qu'elles n'ont pas vues depuis longtemps.

Relation personnes âgées-amis.

Les hommes et les femmes âgés interrogés considèrent qu'ils ont des amis dans le Mail. Ils fréquentent ce centre pour les rencontrer. Ils n'ont aucun contact avec eux à l'extérieur du Mail. Ils ne se visitent pas et ne se téléphonent pas. Ils ne se donnent pas non plus de rendez-vous pour une autre journée. Par contre, ils savent à quel endroit se rencontrer et ils s'attendent.

> Une femme âgée vue tous les jours a connu ses deux amies dans le Mail. Si l'une d'entre elles ne vient pas une journée, elle ne s'en formalise pas, car il y en a toujours une autre avec qui parler et se promener.
> (journal d'observation).

Sociabilité de restaurant.

Une autre forme de sociabilité vécu dans ce centre se développe dans les restaurants. Cette sociabilité se caractérise par l'intimité des relations existantes. Le restaurant represen-

te pour les femmes âgées un lieu de rendez-vous. C'est l'endroit où elles rencontrent des amis(es). Plusieurs personnes se connaissent depuis longtemps. Cette spécificité est plus particulière au restaurant Woolworth.

La majorité des activités réalisées dans les restaurants occasionnent des interactions. Les activités telles que prendre un café, manger et observer sont à l'origine d'un ou de plusieurs contacts. Les relations sont très amicales.

La relation personnes âgées-serveuses est plus personnalisée. Plusieurs serveuses connaissent les clients et clientes âgés par leur prénom et inversement. La relation est chaleureuse; on se demande mutuellement des nouvelles. Les serveuses portent une attention spéciale aux clients et clientes âgés. A plusieurs reprises, des serveuses se sont précipitées vers des personnes âgées à leur arrivée pour les saluer. Des serveuses plaisantent souvent avec des personnes âgées. Ces deux groupes se tutoient.

> Je pense aux 2 hommes âgés qui plaisantent avec une serveuse de leur sexualité déclinante; à l'homme qui blague au sujet de son allure de jeunesse; au groupe de personnes âgées qui ont un billet de la 6/49 avec une serveuse; aux serveuses qui connaissent le menu de plusieurs clients(es) âgés (journal d'observation).

Les activités et les comportements des personnes âgées sont sensiblement les mêmes d'une journée à l'autre. Elles arrivent et elles partent aux mêmes heures; elles s'asseoient aux mêmes endroits.

Conclusion.

Les rassemblements qu'occasionne la présence assidue des personnes âgées représentent une énigme pour les autorités de ce centre commercial. On considère qu'une telle situation nuit au développement économique du Mail St-Roch. On ne s'est jamais attardé à connaître les raisons d'un tel phénomène. Par contre, on prend des moyens pour nuire à de tels regroupements. Ainsi, la création d'un centre communautaire en 1981 apparaît comme une manoeuvre pour amener certains groupes d'individus vers cet établissement.

En 1983, on a enlevé la majorité des bancs pour qu'il y ait moins d'attroupements dans le Mail. A nouveau, en 1984, on a retiré des bancs aux endroits où avaient lieu des rassemblements. Les bancs restants ont été distancés de manière à éviter les regroupements.

Les autorités de ce centre commercial défendent des intérêts économiques. On veut redonner au Mail St-Roch sa vocation initiale. D'un autre côté, les personnes âgées considèrent ce centre couvert comme le leur.

Ce qu'il faut retenir, c'est que la présence des personnes âgées n'est pas négative. Leur contribution économique (magasinage et visites aux restaurants) est à prendre en considération. Mais pour elles, en plus d'être un environnement sécuritaire, confortable et profitable, le Mail St-Roch constitue un milieu social important: c'est leur milieu de vie.

Une étude qui tiendrait compte de l'importance du Mail dans leur existence devrait amener les administrateurs de ce centre commercial à réviser leur position concernant la présence des gens âgés dans ce lieu.

BIBLIOGRAPHIE

CORIN, E. et al., 1983, Le fonctionnement des systèmes de support naturel des personnes âgées. Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval, vol. 1.

ERIKSON, Rosemary and K. ECKERT, 1977, "The Elderly Poor in Downtown San Diego Hotels", The Gerontologist, 5,445-466.

KEITH, J., 1980, "The Best is Yet to be: Toward an Anthropology of Age", Annual Review of Anthropology, 9, 339-364.

ROSS, J.K., 1974, "Life Goes on: Social Organization in French Retirement Residence", Journal of Gerontology, 29, 211-223.

ROSS, J.K., 1974, "Learning to be Retired: Socialization into a French Retirement Residence", Journal of Gerontology, 29, 211-223.

ROSS, J.K., and M.H. ROSS, 1974, "Participant Observation in Political Research", in Political Methodology, Winter, 63-81.

SPRADLEY, J.P, 1980, Participant Observation, New York: Holt, Rinehart and Winston.

"OU DONC AI-JE LU"

MICROTHESAURUS DE GERONTOLOGIE SOCIALE

Yvan Goulet*

1. Un thesaurus, c'est quoi? ... Pour quoi faire?

1.1 Supposons une collection de documents (livres, articles, documents audio-visuels, notes manuscrites, travaux personnels...). C'est la base de données. A mesure qu'elle croît, le besoin croît aussi de l'organiser de façon à en tirer le meilleur parti possible.

Pour y parvenir, le système ici proposé, c'est l'indexation conjuguée à l'utilisation d'un programme d'informatique.

Indexation: c'est le processus d'inscription dans un index. Si, dans cette acception, le mot n'est pas du plus pur français, il a cours cependant dans le monde des bibliothèques.

Index: c'est un guide systématique des sections ou des concepts contenus dans un document simple ou composite. Lorsqu'on emploie un ordinateur, on parle de banque de données (pour la distinction entre base et banque, voir, parmi les ouvrages cités infra, 4, p. 22 et 24).

*(c) Yvan Goulet

Indexer: c'est donc créer des inscriptions dans un index.

Ce qu'on va proposer ressemble à l'établissement d'un index à la fin d'un ouvrage, mais on rend ici l'instrument applicable à tous les documents d'un même domaine de connaissance, la gérontolgie sociale en l'occurence, et non pas à un ouvage particulier. On recourt alors à un vocabulaire préférablement standardisé, concis, agencé pour faciliter la recherche.

Si ce vocabulaire est adéquat, c'est-à-dire, s'il embrasse tous les concepts jugés importants dans un domaine donné, l'indexeur (celui qui indexe) pourra décrire le contenu de n'importe quel document.

Le recueil qui contient pareil vocabulaire porte le nom de thesaurus, mot d'origine grecque, venu à nous par le latin, qui s'écrit sans accent sur le e et dont le pluriel est thesauri.

Les termes eux-mêmes du vocabulaire sont des descripteurs auxquels il est loisible d'adjoindre des identificateurs; on verra leur définition aux paragraphes 2.2 et 2.5.

1.2 D'un coup d'oeil: les opérations qu'entraîne la mise en application du système proposé.

Phase I		Phase II
Constitution de la banque de données		Consultation auprès de la banque de données
Analyse de chaque document pour en tirer les concepts principaux (profil du document).	-1-	Formulation de l'information désirée par réduction à un concept simple ou composé (profil de la question).
Appariement entre ces concepts et les descripteurs contenus dans le Thesaurus	-2-	Appariement entre ce concept et les descripteurs contenus dans le Thesaurus.
Entrée en mémoire de l'ordinateur, pour chaque document, des descripteurs retenus.	-3-	question posée à la banque au moyen des descripteurs du Thesaurus qui traduisent l'information désirée.
Entrée en mémoire de l'ordinateur des termes de référence utiles (nom d'auteur du document, titre, localisation) pour chaque document, lors de l'entrée des descripteurs.	-4-	
Contrôle de la qualité (données correctement entrées).	-5-	

Phase III

Réponse de l'ordinateur

Apparition à l'écran (ou à l'imprimante) des descripteurs qu'on a commandés, ACCOMPAGNES DES TERMES DE REFERENCE QUI LEUR ONT ETE ADJOINTS LORS DE L'ENTREE DES DONNES conformément à -4- de la phase I.

On voit l'importance de l'instrument qu'est le Thesaurus. C'est lui la charnière de tout le processus, le même d'ailleurs qu'on observe dans les grandes banques de données.

1.3 Le présent ouvrage peut rendre service dans un système de fiches, mais il a été vraiment conçu en vue de l'informatique et d'un programme de base de données.

1.4 Microthesaurus, précise le titre... Il contient en effet 488 descripteurs et 31 identificateurs répartis entre 36 schémas. On n'emploiera pas seulement les termes un à un mais aussi en combinaison les uns avec les autres. On se trouve alors en possession d'un vocabulaire suffisant pour décrire les concepts les plus courants de la gérontologie sociale. Qu'on en juge par les chiffres suivants:

- emploi des descripteurs un à un : 488;
- emploi en combinaison de deux : 118 828;
- emploi en combinaison de trois : 19 250 136;

possibilités mathématiques : 19 369 452.

Des macrothesauri relatifs à une discipline comptent facilement quelques milliers de descripteurs, allant même a 18000 pour le Norwegian Polytechnical Thesaurus... (2, p. 36-38 et 71-72)... On présume qu'un utilisateur privé se sentira plus à l'aise dans le vocabulaire qui est offert ici, lequel, tout en étant multidisciplinaire comme l'est la gérontologie sociale, contient un nombre relativement peu élevé de termes; une

mémorisation est alors possible, au moins quant aux thèmes auxquels revient régulièrement l'utilisateur qui s'adonne à une étude particulière.

2. Caractéristiques du thesaurus.

2.1 Si le Thesaurus recouvre les divers aspects de la gérontologie sociale, il contient aussi un vocabulaire biomédical à la mesure des besoins du socio-gérontologue.

2.2 Descripteur se définit: "mot, ou groupe de mots, retenus dans un thesaurus et choisis parmi un ensemble de termes équivalents pour représenter sans ambiguïté les notions contenues dans un document et dans les demandes de recherche documentaire" (2, p. 77).

Ce thesaurus-ci se compose uniquement d'unitermes. Une liste contient cependant, pour la commodité de l'utilisateur, des combinaisons de descripteurs qui traduisent les concepts complexes.

2.3 Tous les descripteurs sont répartis entre des schémas à l'intérieur desquels ils sont regroupés soit par raison de division hiérarchique (termes génériques donnant naissance à des termes spécifiques) soit par raison d'association d'idées. Chaque schéma est dénommé d'après le descripteur central. Ainsi le schéma relatif au champ de la psychologie du vieillissement est-il dénommé #PSYCHE.

2.4 Les schémas sont de deux types: ceux qui contiennent des descripteurs résidants et ceux qui contiennent des descripteurs mobiles.

Les descripteurs résidants recouvrent des notions propres ou associées à un champ de la gérontologie; ainsi, ETAT est-il assigné au champ #SOCIETE.

Le descripteur central d'un schéma du type résidant est précédé du signe °.

Les descripteurs mobiles, eux, recouvrent des notions universelles, sans connotation particulière à la gérontologie, donc destinés en principe à une utilisation en de nombreux contextes.

Le descripteur central d'un schéma du type mobile est précédé du signe °.

Le recours aux descripteurs mobiles permet de réduire le vocabulaire. Exemple: au lieu d'employer quatre termes comme "patient", "bénéficiaire", "client", "locataire", on s'en tient à celui d'USAGER (d'un hôpital, d'un service, d'un commerce, d'un appartement...).

2.5 Différent du descripteur est l'identificateur: "nom propre ou assimilé représentant une entité et utilisé comme descripteur" (2, p. 77). Par exemple: MAS (ministère des Affaires sociales ou MSSS - Ministère de la santé et des services sociaux).

Les identificateurs ne sont pas incorporés au Thesaurus. L'utilisateur en confectionne sa propre liste. C'est pourquoi on verra que les schémas #BIEN et #PROGRAMME sont présentés chacun en deux versions: Thesaurus (universel) et version québécoise, cette dernière proposant 31 termes propres à l'organisation des affaires ainsi que des services sociaux et de santé au Québec.

Il est relativement facile de procéder à des altérations parmi les identificateurs, étant donné leur appartenance à un utilisateur particulier.

Il n'en va pas de même avec les descripteurs. En effet, un changement parmi ceux-ci entraîne des vérifications méticuleuses, à cause de leur agencement étudié et de leur appartenance au Thesaurus "universel".

2.6 Les descripteurs ont tous été "normalisés" pour ne pas dépasser onze espaces d'écriture.

Ils sont aussi fournis en option sous forme abrégée à cinq espaces maximum afin de permettre des économies de mémoire en ordinateur.

3. Ordonnance des schémas entre eux

SCHÉMAS: descripteurs résidants	PLAN	SCHÉMAS: descripteurs mobiles
#SENESCENT	le sujet	
#CORPS	son être	
#PSYCHE		°BESOIN
#ALIMENT		°MESURE
#VETEMENT	ses besoins de subsistance	°RESSOURCE
#EDIFICE		°FORME
#BIEN		°TEMPS
		°QUANTITÉ
#PROGRAMME	aide au besoin	°INTERVENTION
#ACTIVITE	son activité	°ACTION
#SAVOIR		
#ART		°FONCTIONNEMENT
#RELIGION	son épanouissement	
#PHILOSOPHIE		°CHANGEMENT
#SEXUALITE		
#ETHNIE		
#SOCIETE	sa place parmi les humains	°AGENCEMENT
#LOI		°RELATION
#POPULATION		
#LIEU	sa place dans l'espace	°ESPACE
#MILIEU		
#TRANSPORT	ses déplacements	°MOUVEMENT
#DOCUMENT	la consignation des connaissances	

4. Techniques de l'indexation, de la saisie des données, de la récupération.

4.1 L'indexation. Supposons un article écrit par Jean Roy et Thérèse Dupont, avec, comme titre: "Les revenus des personnes âgées au Québec", paru dans Les questions économiques de juillet 1984, en 12 pages. Il s'agit d'une étude scientifique, que le lecteur a jugée très utile, qu'il a extraite et placée, disons, comme numéro 7 dans sa boîte-relieur 5...

Se référant au schéma #BIEN du Thesaurus, le même lecteur relève que "revenu" s'indexe comme ENTREE BIE; inutile d'adjoindre SENESCENT puisque toute la documentation indexée au moyen du Thesaurus tourne autour de lui; QC est un identificateur de la version québécoise. Voilà donc qui caractérise l'article en question.

On voit ici la différence entre langage "naturel" (Les revenus des personnes âgées au Québec) et le langage "documentaire" (ENTREE BIE QC).

"Suivant une étude faite à l'Euratom, le titre fournit en moyenne 25% des descripteurs, le résumé 80% et le texte complet 100%: l'indexation sur base d'une lecture approfondie de l'article demande 8 fois plus de temps que l'indexation sur résumé, mais les derniers 20% de descripteurs ainsi obtenus ne contribuent que faiblement à améliorer la qualité de l'indexation" (3, p. 105).

4.2 La saisie des données. Notre gérontologue, dans sa programmation, a prévu les champs suivants:

(1) auteur(s) : -ou directeur(s) de la publication, dans le cas d'un ouvrage collectif, lorsque ce même ouvrage est indexé comme un tout; : -traducteur(s):	23 espaces
(2) titre de l'ouvrage ou d'une section, ou titre d'un article:	25 espaces
(3) nom de périodique, journal... : -ou directeur(s) de la publication dans le cas d'un ouvrage collectif lorsque, en (2), on en indexe une section particulière:	20 espaces
(4) date de rédaction:	5 espaces
(5) nombre de pages:	4 espaces
(6) localisation dans une bibliothèque publique ou privée:	15 espaces
(8) utilité du document, selon les signes prévus au schéma #DOCUMENT:	2 espaces

(9) les descripteurs espaces réservés pour au moins 5 de: 11 lettres ou 10 en abréviations de 5 lettres, davantage si certains descripteurs comptent moins de 11 lettres et certaines abréviations comptent moins de 5 lettres. Cette dimension de 62 espaces correspond au champ maximum du logiciel utilisé lors de la confection du Thesaurus. : 62 espaces

Les coordonnées du document de Jean Roy et de Thérèse Dupont trouvent donc leur place.

Un disque mou de 380K, avec ce même logiciel précisé, peut loger 1917 enregistrements de cette description.

6. Ouvrages cités dans l'introduction au Thesaurus.

1. Aitchison, BA, FLA, Jean et Alan Gilchrist, ALA, MIOM (Dipl), Af Inf. Sc., Thesaurus construction. A Practical Manual. Londres, Aslib, 1972, 95 p.

2. Laureilhe, Marie-Thérèse, Le THESAURUS, son rôle, sa structure, son élaboration, Villeurbane, Presses de l'E.N.S.B., 1981, 87 p.

3. Van Dijk, Marcel et Georges Van Slype, Le service de documentation face à l'explosion de l'information, Les Editions d'organisation, Paris, 1969, 265 p.

4. Virgatchik, Ilya, Dictionnaire Marabout de la Micro-informatique, Viviers, Les Nouvelles Editions Marabout, 1984. 246 p.

7. Deux exemples de schémas.

7.1 Schéma de descripteurs mobiles.

Schéma *tm* (temps) :

```
OCCASION          COURTEDUREE     PRECOCITE
PERIODE    °      LONGUEDUREE     ANACHRONISM(E)
                  °       °       °
                     °T(E)M(PS)°
                   °         °
          PASSE                  FREQUENCE
                                 REGULARITE
                                 CHRONOLOGIE
```

[PASSE pour "passé"]

7.2 Schéma de descripteurs résidants.

Schéma *vet* (vêtement)

```
          LITERIE
             °
       #VET(EMENT)
             °
        CHAUSSURE
```

Le texte en préparation rend compte des particularités d'écriture qu'on aura remarquées dans les deux exemples ci-dessus.

BNQ
000 355 525

Les publications de l'ACFAS

Les Annales de l'ACFAS

Recueils des résumés des communications présentées aux congrès de L'ACFAS, Depuis 1935 (vol.1 à 54)

INTERFACE, La revue des chercheurs

Le bimestriel de la recherche, depuis 1979

Les Cahiers de l'ACFAS

14. De la science au musée (1983)
15. Confessionnalité et pluralisme dans les écoles du Québec (1983)
16. Crise économique, transformations politiques et changements idéologiques (1983)
17. L'aménagement au Québec: 3e colloque biennal (1983)
18. La charte canadienne des droits et libertés (1983)
19. Philosophie et éducation (1984)
20. Informatique et société (1984)
21. La sidérurgie dans l'optique du Québec (1984)
22. Être femme de science (1984)
23. Les ressources humaines et la croissance économique (1984)
24. Recherches en gérontologie (1984)
25. Technologie et politique au Canada. Bibliographie: 1963-1983 (1984)
26. Quelques recherches en biomathématiques (1985)
27. Recherches en gérontologie II (1985)
28. Le droit et l'informatique (1985)
29. Ordinateur et éducation (1985)
30. Le contrôle social en pièces détachées (1985)
31. Aménagement et pouvoir local (1985)
32. La science politique dans les sociétés contemporaines (1985)
33. La sociologie et l'anthropologie au Québec (1985)
34. La personne âgée et la famille (1985)
35. La recherche en hydrologie au Québec (1986)
36. Bioéthique et philosophie (1986)
37. Rétrospective de la recherche sur les sols au Québec (1986)
38. Aménagement et développement: vers des nouvelles pratiques? (1986)
39. Le développement agro-forestier au Québec et en Finlande (1985)
40. Les discours du savoir (1986)
41. La morphologie sociale en mutation au Québec (1986)
42. Milieux et évaluation (1986)
43. Le système politique de Montréal (1986)
44. Égalité et différence des sexes (1986)
45. Biomathématiques (1986)