ac

As
ca
pour l'avancement
des sciences

56

Les Cahiers scientifiques

L'Association québécoise
de gérontologie (AQG)
1987

Les conditions de l'autonomie

individuelle et collective de la personne âgée

Publié sous la direction de Gilbert Leclerc, Ph. D.

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

Commandes téléphoniques:

L'ACFAS
(514) 342-1411
Les cartes Master Card et Visa
sont acceptées.
Veuillez allouer 2 semaines
pour la livraison.

Commandes postales:

L'ACFAS
(adresse ci-haut)

Distribution en librairie:

Diffusion Prologue
2975, rue Sartelon
Ville St-Laurent, Québec H4R 1E6
Téléphone: (514) 332-5860
Tél. sans frais: 1-800-361-5751

Dépôt légal, 2e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN: 2-89245-076-4

56

Les Cahiers scientifiques
Association québécoise
de gérontologie (AQG)

Les conditions de l'autonomie

individuelle et collective de la personne âgée

Publié sous la direction de Gilbert Leclerc, Ph. D.

Actes du septième colloque de l'Association québécoise de gérontologie tenu dans le cadre du cinquante-quatrième Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (Montréal, mai 1986).

TABLE DES MATIERES

Page

LES COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES

BEAULIEU, André, Hôpital du St-Sacrement, Québec.

CAPPELIEZ, Philippe, Ecole de psychologie, Université d'Ottawa.

CARETTE, Jean, Département de travail social, Université du Québec à Montréal.

DELISLE, Isabelle, Département des sciences humaines, Université du Québec à Hull.

DELISLE, Marc-André, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval.

DENIS, Marie-Claude, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

GÉLINAS, Renée, Hôpital du St-Sacrement, Québec.

GOURDE, Clément, C.L.S.C. Arthur-Caux, Laurier-Station.

KHALID, Mohammed, Département des sciences humaines, Université du Québec à Hull.

LAPIERRE, Sylvie, Département de psychologie, Université de Montréal.

LAVALLÉE, Françoise, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

LECLERC, Gilbert, Programme de recherche en gérontologie, Université de Sherbrooke.

MASSE, Raymond, Département de santé communautaire, Centre hospitalier de Verdun.

MOFFET, Suzanne, Conseil de la Santé et des services sociaux de la région de Québec.

PLOUFFE, Louise, Département des sciences humaines, Université du Québec à Hull.

POIRIER, Sylvie, Département de santé communautaire, Centre hospitalier de Verdun.

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

ST-Jean, Lucie, Hôpital du St-Sacrement, Québec.

PRÉSENTATION

L'autonomie des personnes âgées comme problème de recherche

L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES COMME PROBLÈME DE RECHERCHE

Gilbert Leclerc

Le colloque tenu à l'Université de Montréal en mai 1986 avait pour but de faire connaître les recherches conduites ici et là au Québec sur les conditions du maintien et du développement de l'autonomie individuelle aussi bien que collective de la personne âgée.

L'intention du Comité de recherche de l'Association québécoise de gérontologie était de provoquer à la réflexion et de susciter des échanges sur l'un des postulats de base les plus unanimement reçus et souvent le moins bien compris de la part des praticiens en gérontologie: "toute intervention auprès des personnes âgées doit viser à maintenir, à améliorer ou à développer le plus possible leur autonomie individuelle et collective".

Or, qui dit autonomie dit capacité de disposer de soi et d'agir par soi-même dans les diverses circonstances de la vie. Du point de vue physique, cela suppose qu'on possède les moyens de satisfaire ses besoins et de vaquer à ses occupations habituelles sans dépendre de l'aide des autres; vue sous l'aspect psychologique, l'autonomie signifie qu'on est conscient de soi et qu'on est en mesure d'adopter une conduite en harmonie avec sa propre échelle de valeurs. Au plan social, c'est être capable de comprendre et de prendre en main de manière active et critique le rôle qu'on occupe on qu'on croit devoir occuper dans la société.

Chacun de ces divers aspects de l'autonomie peut et doit être assumé individuellement et collectivement. Mais, ni les traits de l'autonomie individuelle ou collective de la personne âgée, ni surtout les conditions les plus favorables à sa réalisation et à son développement ne sont bien connus. Bien que la plupart des agents sociaux fassent du développement de l'autonomie des aînés l'objectif principal de leur action, il en est très peu qui pourraient dire ce qu'ils entendent exactement par autonomie et encore moins en déterminer les conditions de réalisation.

Ce sont ces questions qui ont été à l'origine du présent colloque.

Trois des communications présentées (celles de J. Carrette, S. Moffet et C. Gourde) abordent le problème de l'autonomie collective des personnes âgées. Les deux autres (R. Santerre et P. Cappeliez) traitent de l'autonomie d'un point de vue plus individuel.

La lecture de ces textes convaincra rapidement le lecteur que le problème est bien posé, mais que beaucoup d'autres recherhes sont nécessaires pour en arriver à constituer une approche plus structurée et plus systématique de la question.

Le mérite du colloque aura été sans doute de poser de manière pertinente certaines questions et d'esquisser les premiers jalons des solutions.

Sans entrer de plein pied dans le thème du colloque, les communications du second chapitre n'en touchent pas moins à diverses manifestations importantes de l'autonomie des personnes âgées. Des textes comme ceux de M.-A. Delisle sur les demandes de services socio-sanitaires; de S. Lapierre sur les projets d'avenir des étudiants âgés; de L. Plouffe, M. Khalid et I. Delisle sur les attitudes vis-à-vis de la peine de mort et de l'euthanasie; de A. Beaulieu, L. St-Jean et R. Gélinas sur l'alimentation; de S. Poirier et R. Massé sur l'implantation du carnet de l'utilisateur de médicaments et de Hélène Dallaire sur l'importance de l'activité physique ont tous un lien direct avec la recherche d'une meilleure autonomie pour les personnes âgées. On aurait seulement souhaité que les auteurs fassent ressortir ce lien avec plus d'évidence au cours de la discussion des résultats de leur recherche.

Bref, il s'agit bien d'un premier coup de sonde qui révèle à la fois l'importance du problème et tout le travail qui reste encore à faire.

A quand un prochain colloque qui reprendrait d'une manière plus systématique et plus approfondie toute la question de l'autonomie individuelle et collective des personnes âgées et de ses conditions de réalisation?

PREMIÈRE PARTIE

Les conditions de l'autonomie individuelle et collective des personnes âgées

LA DÉSINSTITUTIONNALISATION: UN FAUX DÉBAT?

Jean Carette

Il ne se passe pas de semaine sans qu'on cherche à nous émouvoir et à nous mobiliser sur la situation de dépendance, les conditions carcérales et les traitements inhumains dont sont victimes des malades, des déficients ou des vieillards placés en institution. Les récents remous provoqués par la situation à l'hôpital Rivière-des-Prairies ou à l'Institut Doréa ont eu le mérite de poser en termes renouvelés les problèmes posés aussi bien par l'institutionnalisation que par la désinstitutionnalisation sauvages.

Concernant les personnes âgées, la situation risque d'être plus problématique encore, dans la mesure où les intéressées ne disposent guère d'un entourage prêt à appuyer leurs doléances et à se faire l'écho de leurs revendications. Nous savons bien que les personnes âgées dans leur grande majorité souhaitent demeurer chez elles, dans leur logement et leur quartier aussi longtemps que possible et nous faisons régulièrement pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils attribuent les crédits et les ressources nécessaires à la politique de maintien à domicile dont ils ne savent le plus souvent développer que le discours.

Mais en même temps, nous sentons bien, à travers la pratique quotidienne et au-delà de la précarité des moyens mis en oeuvre, l'ambiguïté de ces programmes. D'un côté, nous connaissons des personnes âgées qui, une fois placées dans une institution d'accueil ou de soins prolongés, ont recouvré une partie de leur autonomie physique, psychique et sociale. Nous ne pouvons par conséquent systématiquement identifier, jusqu'à les confondre, placement institutionnel et dépendance. D'autre part, nous connaissons des personnes âgées dont le maintien à domicile a aggravé la dépendance, ne serait-ce qu'à la famille, au voisinage ou aux services gouvernementaux.

Nous ne pouvons donc pas davantage identifier systématiquement jusqu'à les confondre maintien à domicile et autonomie.

C'est sans doute que le problème est mal posé, ce qui rend les programmes inadéquats et exige de nous un effort pour élaborer des alternatives.

UN PROBLÈME MAL POSÉ

Evoquer l'institutionnalisation ou son contraire, c'est faire référence au concept d'institution. La première représentation qui vient à l'esprit, ce sont les murs d'un bâtiment, centre d'accueil ou centre hospitalier de soins prolongés, où sont "institutionnalisées" des personnes âgées en perte d'autonomie, où elles sont "placées", accueillies, hébergées, soignées et accompagnées dans leurs dernières années de vie. Autrement dit, l'image qui nous est renvoyée est celle d'une organisation concrète, avec ses objectifs propres, ses normes, ses services et ses échanges avec l'extérieur.

Mais cette forme d'organisation concrète n'est que le résultat visible de tout un processus où s'affrontent plusieurs forces instituantes à la recherche incessante d'un compromis, à savoir l'Etat, normalisateur et pourvoyeur principal, les personnes âgées, leur famille et leur entourage, telles que positionnées dans les rapports sociaux, et enfin les divers intervenants, personnels sanitaires, sociaux, administratifs, intermédiaires obligés entre l'Etat et les "bénéficiaires".

Ce que nous appelons "institution" d'hébergement est d'abord l'effet, toujours évolutif, d'un rapport social entre forces instituantes. Ce qui en réalité s'institue, implique des instituants et donc un niveau d'action moins concret, moins visible que celui de l'organisation, à savoir celui de la participation, de la négociation et des conflits.

L'institutionnalisation lourde, en CA ou CHSP, n'est en fait qu'une forme parmi d'autres, celle que prend au niveau organisationnel un rapport social entre formes instituantes. La dynamique même de ce rapport

aurait pu (et pourrait?) aboutir à des formes d'institutionnalisation différentes comme, par exemple, le maintien à domicile et dans la communauté.

Il y a donc diverses formes d'institutionnalisation des personnes âgées, depuis l'abandon pur et simple jusqu'à l'hospitalisation en unité gériatrique active, en passant par les services à domicile, l'animation et la mobilisation des potentiels, l'hébergement collectif, le placement familial, le CHSP, etc.. Ce que l'on appelle désinstitutionnalisation n'est donc en fait qu'un dé-placement vers une autre forme d'institution, n'est qu'une autre forme d'institutionnalisation.

Le débat n'est donc pas situé entre deux formes organisationnelles, à savoir l'hébergement institutionnel et le maintien dans le milieu de vie, débat qui fait s'opposer et se peser les avantages et les inconvénients des deux formules. Faux débat qui n'est que celui des idéologies des acteurs en opposition et qui n'a pas fini de faire s'affronter les gérontologues en mal "d'inanité sonore".

Le problème nous paraît se situer au niveau des rapports sociaux qui opposent deux forces instituantes, entre lesquelles nous sommes pris et nous intervenons, et qui s'affrontent pour l'appropriation ou la reconquête de pratiques individuelles et collectives quant au corps et à l'avance en âge, quant au travail et au non-travail définitif (que nous appelons la retraite), quant à la vie et à la mort. Il s'agit du conflit entre une force instituante ignorée et captive, niée par sa dépendance même, celle des pré-retraités et retraités, et une autre force instituante dominante, qui tente de se faire passer pour l'incarnation éclairée et nécessaire d'une "bonne" politique instituée, inébranlable, universelle, évidente de logique et de bienfaits, naturelle et nécessaire.

Si nous plaçons le débat à ce niveau, bien au-delà des oppositions formelles ou idéologiques, nous sommes amenés à voir dans l'ensemble coordonnés des programmes et des services qu'on a pris l'habitude d'appeler "politique de la vieillesse" un type d'institutionnalisation élargie et diversifiée qui s'étend jusqu'au domicile même des intéressés et qui a

pour effet de refuser à la population retraitée, majoritairement pauvre et dominée, l'exercice autonome de sa capacité instituante. Le problème n'est pas dans le choix entre le placement ou le maintien à domicile; il est dans "les rapports institutionels, c'est-à-dire l'influence comparée des divers acteurs pour les prises de décision considérées comme légitimes" (Alain Touraine).

Le double enjeu de cette institutionnalisation élargie du champ du vieillissement, de la retraite, de la vieillesse et de la mort, c'est d'une part l'utilisation maximale et la mobilisation optimale des potentiels et ressources encore disponibles à l'issue de la période "d'activité" salariée, utilisation et mobilisation rendues exigibles dans la perspective d'un développement sociétal généralisé dont la classe dirigeante assure l'animation et le leadership; c'est d'autre part l'encadrement d'une population âgée qui devient trop nombreuse pour être laissée à elle-même sans risques sociaux et que sa situation de non-travail définitif, pensionné et prolongé pourrait placer hors dépendance. Contrôle des personnes âgées et dépendance, ou contrôle par les personnes âgées et autonomie, telle est l'alternative. Il ne s'agit donc pas d'une critique de l'institutionnalisation en elle-même, mais du rapport dominant à ses formes et à son développement.

UNE POLITIQUE INADÉQUATE

Voilà désormais plus de quinze ans qu'on assiste au Québec à la mise en place d'une série de dispositifs étatiques visant au mieux-être et à l'intégration sociale de la population vieillissante et âgée. Depuis 1970, nous voyons l'Etat québécois prendre le relais du travail et de la famille et le leadership d'une nouvelle forme d'institutionnalisation élargie au nom de la modernisation et du développement. Nous y découvrons le lien progressivement construit entre l'autonomie et le maintien à domicile et l'opposition qui peu à peu s'impose aux esprits entre l'institutionnalisation hospiciale, jugée trop coûteuse et le plus souvent désautonomisante et une "désinstitutionnalisation" s'appuyant sur un réseau de "supports naturels" de voisinage, réseau bénévole à moderniser, encadrer, rationaliser et coordonner. Nous y trouvons la vieillesse

inscrite dans la continuité de la vie, mais devant faire l'objet d'un dispositif spécifique, à travers le passage, déclaré sinon réel, d'une politique d'assistance à une politique de mise en situation.

Mais cette mise en place d'une politique d'institutionnalisation élargie sous l'égide de l'Etat, à domicile et en "institutions" d'accueil et de soins, se fait sans que les intéressés puissent réellement intervenir pour préciser leurs besoins, élaborer cette politique, en adapter la dynamique, en contrôler les processus, en évaluer les effets.

On ne donnera ici que deux exemples des leviers instituants privilégiés dans cette politique, la médicalisation et l'appel au bénévolat.*

La médicalisation

Il ne s'agit pas ici de partir en guerre contre la médecine ou les médecins, mais d'indiquer l'usage et les effets sociaux des pratiques médicales concernant les personnes âgées. La médicalisation que nous évoquons consiste à transformer un problème social dont la solution serait politique en un problème scientifique dont le remède serait technique, en une difficulté pathologique dont la résolution serait médicale. Si vous vous sentez isolée à domicile, croquez donc des 222; cette médicalisation-là ne peut qu'entraîner une nouvelle dépendance et a contrario la normalisation d'un nouvel art de vieillir en forme et en santé, l'imposition d'une morale sanitaire adaptée(!) au troisième et au quatrième âge.

D'où cette médecine au rabais, sans aucune prévention ni dépistage et dont on peut aisément énumérer les signes : certificats de complaisance pour l'admission en hébergement collectif (travestissement d'un besoin social en besoin de santé), absence de prévention et de dépistage, carence quantitative et qualitative des personnels paramédicaux de réadaptation, visites médicales au pas de charge, négligences euthanasiques "douces" en fin de course, etc. Nous ne le faisons pas en nous situant au niveau de valeurs à respecter ou de principes à défendre, mais pour montrer à quel point la médecine et une pratique qualificative, pourvoyeuse de vérité et de normes, dispensatrice d'autorité et de légitimation (la

médecine est aussi une juridiction), outil de responsabilisation et de culpabilisation des individus, négociatrice au chevet de "ses" malades des idéologies dominantes, ou plutôt médiatrice privilégiée entre l'idéologie du patient, celle du système de classes et celle du médecin-gériâtre. Comme le dénonce Jean Carpentier, "La médecine pratique "dépossède" les malades et réprimant la maladie dans le système clos et séparé du traitement médico-psychiatrique, elle l'empêche de devenir une arme de contestation politique. L'hôpital, l'institution soignante, le cabinet médical sont les lieux de reddition où s'étouffent les révoltes du corps."

Avec le déclin de la médecine généraliste, on ne considère plus le corps comme une totalité, mais comme une somme de systèmes indépendants (à l'image même du système économique). La gériatrie va accentuer cette tendance en surajoutant à ces systèmes une nouvelle totalité, celle de l'âge et de la dépendance qui y est associée, par l'effet d'un vieillissement à la fois prolongé et pathologique. Le lien qui "lie" l'ensemble n'est plus la personne perçue dans sa globalité en même temps que dans sa différence et sa spécificité; il est désormais le fait de l'âge auquel il fournit ainsi une nouvelle naturalisation. Le nouveau paradigme médical saisit l'âge à la fois comme processus et comme étape finale (4e-5e âges).

En fait, il s'agit ainsi, dans ses effets et non dans la conscience de ses promoteurs, de subordonner le vieillissement, en tant que reproduction détériorée, et la vieillesse, en tant que résultante finalisée de cette reproduction, aux impératifs de l'accumulation du capital, ce à quoi n'avaient pu aboutir ni une médecine non ségrégative des âges ni une approche préventive, hygiéniste et globale.

Si, comme l'a fait si bien remarquer Frantz Fanon, la médecine occidentale n'est pas séparable du colonialisme et de l'impérialisme, elle n'est pas non plus dissociable de cette colonisation des opprimés de l'intérieur, dont les personnes les plus âgées de nos sociétés. La médicalisation forcenée des problèmes de la retraite, du vieillissement et de la vieillesse est aussi un moyen de gestion contrôlée et contrôlante de

notre Tiers-Monde à domicile, un outil privilégié d'institutionnalisation élargie.

Le partenariat

Notre deuxième choix d'exemple peut sembler paradoxal. Comment en effet pouvons-nous dénoncer la négation par l'Etat de la capacité instituante des pré-retraités et retraités sans qu'on nous renvoie en contre-preuve les dispositifs étatiques de mobilisation des énergies bénévoles des retraités?

C'est que le paradoxe n'est qu'apparent. Si l'on examine les rapports Etat-bénévolat à partir de l'arrivée au pouvoir du parti québécois en 1976, on s'aperçoit qu'à une période de consultation et de concertation (1976-1980) a succédé une phase de mobilisation et d'encadrement. Si Denis Lazure a multiplié les rencontres et les tournées, autant d'ailleurs pour écouter les retraités que pour les convaincre du bien-fondé de la politique du Ministère des affaires sociales, ses successeurs, y compris la dernière en date, n'ont plus cherché à donner la parole aux retraités. C'est qu'entre temps, l'Etat-Providence s'est trouvé remis en question pour laisser toute la place à la gestion de crise. Comme l'indique Gilbert Renaud, "la participation communautaire dont se réclamait la CESBES se transporte du terrain de l'expression de ses besoins par une communauté à la mobilisation de cette communauté autour des besoins définis par l'appareil".

Il ne s'agit donc pas de donner de la voix et du pouvoir aux groupes de retraités, mais bien de mettre en place un dispositif dynamique et structuré d'incitation au bénévolat, non seulement pour contribuer au désengagement financier de l'Etat, mais pour mobiliser au maximum le plus grand nombre d'acteurs sociaux, en particulier ceux que la retraite a "libérés" du temps de travail pour le développement global de la société programmée. En récupérant les forces du bénévolat-âgé- auprès-- des-- gens-âgés, en tentant de les rendre plus efficaces, plus productives, en s'assurant le leadership de la coordination planifiée des services et de leur suivi évaluatif, l'État ne se contente pas d'utiliser des ressources humaines disponibles et nettement moins onéreuses. Il encadre le travail

volontaire non salarié à travers un dispositif serré de contraintes réglementaires et de contraintes techniques, comme l'indiquent clairement les divers mécanismes de subventionnement du soutien aux activités bénévoles.

On voit donc que l'utilisation et l'encadrement du bénévolat gérontologique, en majorité féminin, s'inscrit dans le passage d'une institutionnalisation - placement par exclusion et hospitalisation à une institutionnalisation élargie par inclusion sociale, où l'Etat garde l'exclusivité de la capacité instituante. L'Etat se trouve pris, surtout depuis 1980, entre deux feux: d'une part, dans le cadre de sa politique d'emploi, de distribution du travail, il ne peut que favoriser un abaissement effectif, sinon légal, de l'âge de la retraite et donc une expulsion préférentielle des plus vieillis des travailleurs; mais d'autre part dans le cadre de sa politique de distribution du "bien-être", il cherche à canaliser l'énergie et le temps libre des moins usés par la vie de travail. Tandis qu'il "incite" les plus âgés des travailleurs à plus de solidarité envers les jeunes sans emploi, il les incite aussi à plus de générosité et de dévouement pour les grands vieillards à domicile. Cette double stratégie de relégation et d'intégration n'est que le mode renouvelé d'une institutionnalisation modernisée et élargie, encadrée par l'Etat.

QUELLES ALTERNATIVES?

Les alternatives ne seront pas à élaborer en théorie ni à trouver dans les têtes pensantes et progressistes de la classe dirigeante ou dans celles d'une avant-garde éclairée des masses dominées. Elles ne peuvent être applicables qu'en fonction de la dynamique des rapports entre les groupes en conflit pour la gestion de la société. Selon qu'on aura constaté un conflit dirigeants-dirigés, dirigeants-dominés, dominants-dirigés ou dominants-dominés, les alternatives ne pourront ni être les mêmes ni assurer à leurs groupes promoteurs la même efficacité. Il y a donc quatre séries de politiques altenatives du vieillissement et de la vieillesse, selon d'une part la position provisoirement prévalente, dirigeante ou dominante, dans le groupe gestionnaire de l'historicité, et selon d'autre part la position provisoirement prévalente, dirigée ou dominée, des

groupes sociaux qui subissent-contestent cette direction et cette domination; ces diverses positions antagonistes se déterminent partiellement l'une par l'autre, et non par l'intentionnalité des acteurs collectifs concernés, auquel cas il suffirait de "travailler" cette intentionnalité, ni par les aléas conjoncturels d'une "situation" évolutive, auquel cas il suffirait d'élaborer un radio-guidage des plus efficients, par détection et correction.

Si nous observons les fluctuations d'orientations et de décisions prises en matière de politique de la vieillesse, nous constatons qu'elles s'élaborent en fonction d'une position dirigeante ou dominante. L'institutionnalisation élargie se fait tantôt sur le mode dirigeant de l'inclusion ouverte et participatrice, tantôt sur celui dominant de l'inclusion fermée et contrôlée par le biais de mesures de coordination. Désormais centrée sur le mode de vieillir, elle s'appuie tantôt sur un réseau, dit "naturel" ou "communautaire" d'auto-prise en charge, tantôt sur une assistance à domicile à court terme, doublée d'un accroissement des programmes d'hébergement collectif diversifié. Le partenariat bénévole est mobilisé tantôt sur le mode animatif de la "particip-action", de la productivité sociale, de la responsabilisation au développement communautaire et au renforcement des liens intergénérationnels, tantôt sur le mode caritatif du dévouement, du service de la bonne action encadrée et de l'assistance intragénérationnelle. La médicalisation privilégie tantôt une médecine gériatrique pseudo-spécialisée et une approche systémique des problèmes, tantôt une médecine "générale" au rabais et une perspective pathologisante et médicamenteuse-passive, où il s'agit de soulager et non de guérir. La professionnalisation du champ de la vieillesse voit tantôt le développement d'une expertise plus gérontologique et polymorphe, hiérarchisée à la compétence, au détriment du corps médical ou paramédical et à l'avantage des appareils animatifs, tantôt le développement d'une spécialisation plus gériatrique, hiérarchisée à l'autorité, à l'avantage des appareils gestionnaires. La rationalisation technocratique opère tantôt sur le mode de l'accumulation de données quantifiables, mesures ou statistiques, tantôt sur le mode de la normalisation des attitudes et de la domestication des comportements. L'espace du vieillir est tantôt spécialisé sous le signe de l'efficacité et de l'adéquation,

tantôt séparatiste sous le signe du quadrillage et du contrôle. La temporalisation insiste tantôt sur l'irréversibilité du développement global au sein duquel les vieux doivent et peuvent trouver leur importance, tantôt sur l'irréversibilité d'un déclin dont on peut tout juste retarder le effets. La préparation à la retraite est tantôt un incitatif à la mobilisation maximale des potentiels, tantôt un aménagement préventif des conduites et une normalisation de l'art de bien vieillir. Les loisirs se proposent tantôt de développer la créativité, tantôt d'assurer l'occupation du temps. Quant à l'accompagnement thanatologique, il privilégie tantôt l'acharnement thérapeuptique, tantôt l'euthanasie, et est tantôt tourné vers l'entourage en pré-deuil, tantôt centré sur le mourant lui--même.

Les alternatives mises de l'avant par les personnes âgées elles-mêmes dépendront donc d'une part de la prévalence dirigeante ou dominante de la politique du mode de vieillir, d'autre part de leur propre position, plus dirigée que dominée ou plus dominée que dirigée.

Si prévaut le rapport dirigeants-dirigés, c'est autour du déplacement réclamé de l'enjeu que s'articule l'alternative. Pré-retraités et retraités revendiquent, en alliance avec les organisations de travailleurs, non plus une politique améliorée du monde de vieillir, mais une politique du vieillissement axée sur le rapport Travail/Non-Travail. Ils réclament alors d'une part un revenu décent à la retraite, d'autre part un abaisssement de l'âge d'accès à la retraite avec pleine pension, en fonction de leur contribution productive passée à la richesse collective. Ils exigent par ailleurs une plus large autonomie dans l'élaboration et la gestion des politiques qui concernent leurs besoins.

Si prévaut le rapport dirigeants-dominés, il n'y a plus de changement d'enjeu revendiqué. Pré-retraités et retraités revendiquent leurs droits d'une part au repos de la retraite et au développement de services et programme gérontologiques et gériatriques accessibles et adaptés, d'autre part l'exercice d'un contrôle accru sur ces dispositifs. Leurs alliances privilégient les liens intragénérationnels et la constitution d'intergroupes de pré-retraités et retraités, organisés entre eux en fronts communs spécifiques.

Si prévaut le rapport dominants-dominés, la dynamique est assez proche de la précédente. Mais cette fois, les pré-retraités et retraités subissent plus passivment encore la politique dont ils sont les "objets". Ils réclament des services et du repos, mais leurs revendications ne sont pas organisées dans une expression de leur fait. Isolés, leur demande d'aide n'est que la modulation d'un appel de détresse, appel au dépannage de secours, sans réclamation du contrôle de ses modes.

Enfin, si prévaut le rapport dominants-dirigés, c'est sans doute l'alternative la plus prometteuse en termes de changements réels dans les rapports sociaux et dans la gestion de l'historicité. L'enjeu est ici de nouveau déplacé, cette fois au profit du double enjeu Travail/Non-Travail et Travail-Vieillissement. Pré-retraités et retraités revendiquent le droit de bien vieillir, mais cette fois inscrits dans le droit plus large de bien vivre. Les alliances se font plus étendues et mobilisent autant les organisations syndicales que l'ensemble des mouvements sociaux. L'autonomie n'est plus seulement revendiquée pour le temps de la retraite et sa revendication concerne et traverse toute la vie active, au travail et hors travail. La politique préconisée est une politique du vieillissement tout au long du parcours des âges; elle dénonce "l'âgisme" sous toutes ses formes et s'inscrit de fait dans la continuité des conditions d'existence. L'offensive prend la forme d'un contre-projet de société qui récuse le modèle directeur et sa domination et qui conteste activement le procès d'accumulation et les orientations du développement.

Le choix entre ces altenatives ne dépend pas des seules initiatives des personnes âgées, ni de celles des intervenants qui se solidarisent avec leurs intérêts. Mais s'il nous semble que les alternatives qui s'articulent autour des enjeux Travail/Non-Travail et Travail-Vieillissement sont susceptibles d'assurer la mise en place d'une réelle et efficace politique du vieillissement et donc de briser le mouvement d'institutionnalisation élargie que nous venons d'analyser, encore faut-il élaborer et concrétiser des modes d'intervention pour les favoriser. Autrement dit, il est des pratiques alternatives spécifiques à choisir et à mettre en oeuvre pour participer efficacement à l'exercice de plein droit de la capacité instituante des pré-retraités et retraités, c'est-à-dire

de leur pleine capacité de contrôle et de leur autonomie la plus large. Comme nous en avertit en effet Gilbert Renaud:

> "Il y a lieu de s'inquiéter, non pas parce que nos sociétés voient se développer un espace de temps libre et un chômage qui obligent à créer, mais parce que l'absence d'un puissant mouvement social de contestation adapté à la société programmée se fait lourdement sentir et autorise l'appropriation par la technocratie des plages nouvelles qui s'ouvrent. Maîtresse incontestée de la société programmée dans laquelle nous entrons toujours plus, la technocratie doit rencontrer sur sa route l'opposition d'un mouvement social qui bloque l'installation de la société duale et fasse peser sur l'organisation sociale les intérêts des classes dirigées et dominées."

Plus précisément pour nous, il s'agit de faire en sorte que pré-retraités et retraités se positionnent plus en dirigés qu'en dominés, en acteurs sociaux instituants cherchant à se réapproprier l'espace envahi de leur mode de vie et de leur avance en âge. Pour ce faire, il s'agit pour eux de développer une stratégie active de "conscientisation", une capacité d'unité intragénérationnelle sur des revendications précises de contrôle et d'autonomie, mais aussi intergénérationnelle, d'une part avec les organisations de travailleurs, d'autre part avec l'ensemble des mouvements sociaux: mouvement des femmes d'abord, compte tenu de la situation encore plus dramatique des femmes âgées, et de leur proportion croissante au sein de la population âgée, mais aussi mouvement pacifiste, mouvement écologique, etc. Il s'agit encore pour eux d'accroître le développement des groupes et organisations qui revendiquent l'exercice et la promotion de leurs droits. Il s'agit enfin pour eux d'assurer l'élaboration et le développement d'un contre-projet offensif de gestion collective de la vie et du vieillissement. On aura ici reconnu les efforts constants des membres de l'Association québécoise pour la défense des droits des pré-retraités et retraités (AQDR) et des intervenants, éducateurs, travailleurs sociaux, conseillers en organisation qui soutiennent leurs luttes. Il ne s'agit pas seulement d'organiser des actions revendicatives: les succès rencontrés, en particulier sur le plan de revenu à la suite de la manifestaiton d'Ottawa en octobre 1983, et surtout à l'été 1985, et la reprise en écho des revendications de l'AQDR par d'autres associations numériquement plus fortes, comme la populeuse Fédération de l'Age d'Or du Québec, ne sont qu'une première étape. Il convient aussi

de renforcer la conscientisation, l'organisation et le membership, dans le but de déboucher sur une participation active de la population âgée démunie à un plus large mouvement social "instituant" et multi-âges. Telle est pour nous l'intervention la plus pertinente, dans la mesure où la revendication qui sera immanquablement mise de l'avant par les groupes âgés conscientisés, sera celle de l'autonomie, d'une autonomie qui n'est pas seulement l'automobilité mais l'appropriation de leur vie, enfin.

* Pour une analyse plus détaillée des divers modes d'institutionnalisation élargie et univoque, on pourra se reporter au texte même de ma thèse de doctorat, texte encore inédit mais disponible dans les bibliothèques du réseau U.Q. et auprès de l'auteur.

UN PROGRAMME RÉGIONAL CONCERTÉ D'AMÉLIORATION DES SERVICES AUX PERSONNES AGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Suzanne Moffet

1) INTRODUCTION

En juin 1984, le ministère de la Santé et des Services sociaux consentait à la région 03 un budget de 4,8$ millions en vue d'améliorer les services aux bénéficiaires adultes et âgés en établissements d'hébergement et de soins prolongés, publics et privés conventionnés. Dans ce contexte, le Conseil de la santé et de services sociaux de la région de Québec (03) proposait à ses établissements, un plan régional d'allocation des ressources budgétaires lequel fut articulé de la façon suivante:

a) 70% du budget total alloué pour le rehaussement des services de base soit, les soins de santé et d'assistance (3,4$ millions);

b) 30% du budget alloué pour le développement des services spécialisés (1,4$ millions).

Afin de réaliser le second volet de ce plan régional, un programme--cadre pour le développement des services spécialisés a été élaboré par un groupe de travail constitué de représentants des centres d'accueil d'hébergements, des centres hospitaliers de longue durée ainsi que des départements de santé communautaire.

L'actualisation du programme est basée sur une triple démarche de concertation interétablissement: concertation pour la définition des priorités d'intervention en matière de services spécialisés, puisque le programme repose sur un principe de services partagés; concertation pour le partage des budgets et concertation pour la planification et le suivi des programmes de services spécialisés. Cette démarche actualisée dans la région 03 à partir des tables de concertation sous-

régionales illustre bien les nouvelles dynamiques et enjeux dans le développement d'un réseau intégré de services.

De plus, les orientations proposées pour améliorer la qualité de vie en établissement via les services spécialisés s'inspirent d'une approche systémique qui amène les gestionnaires à se positionner différemment par rapport à une lecture plus traditionnelle des problèmes rencontrés dans les milieux d'hébergement et de soins prolongés. Nous présenterons donc les éléments significatifs de l'actualisation de ce programme régional à la lumière des discours actuels sur la planification stratégique du développement social et sur le "mieux-vieillir" en institution.

2) L'ÉVOLUTION DES MILIEUX D'HÉBERGEMENT

Accueillant aujourd'hui une clientèle en lourde perte d'autonomie, les milieux d'hébergement doivent de plus en plus s'adapter aux réalités et besoins de bénéficiaires dont le profil est fort différent de celui des années '60; en particulier pour les centres d'accueil qui, à l'époque, étaient conçus pour recevoir des personnes âgées relativement autonomes. Cette adaptation signifie revoir les modalités organisationnelles et fonctionnelles des établissements, accroître le effectifs en matière de soins infirmiers et de services spécialisés, bref réorganiser le milieu de vie pour qu'il puisse répondre aux objectifs de maintien de l'autonomie des bénéficiaires tout en conservant cette qualité de vie communautaire favorable au bien-être psychologique. A certains égards cependant, les milieux d'hébergement ont développé des mécanismes d'adaptation qui sont aujourd'hui perçus comme étant peu favorables à l'épanouissement de la personne.

Ainsi, l'évolution des connaissances ainsi que les changements d'attitudes à l'égard du vieillissement et de la maladie entraînent une nouvelle lecture des problèmes que l'on rencontre dans les milieux d'hébergements ainsi que des solutions pour y remédier. Il ne s'agit pas ici d'analyser les processus complexes qui induisent des pratiques conduisant à la surmédication des bénéficiaires, à la grabatisation ou

à la dépendance chronique pour ne nommer que quelques problèmes majeurs, mais plutôt d'identifier un certain nombre de facteurs qui freinent l'évolution des milieux d'hébergement.

Très souvent les problèmes vécus dans ces milieux ne sont analysés qu'en termes de carence dans les ressources disponibles pour répondre aux besoins des bénéficiaires. Les difficultés de toute nature rencontrées au sein des établissements sont redevables à plusieurs facteurs dont le manque de personnel infirmier ou de ressources spécialisées mais aussi:

- au manque de connaissances sur les réalités du vieillissement normal et pathologique;

- a l'insuffisance de formation en regard des besoins spécifiques de la personne âgée en perte d'autonomie;

- au cloisonnement des interventions médico-sociales résultant en des comportements souvent fort contradictoires à l'égard du bénéficiaire;

- à des modalités de fonctionnement institutionnel qui, dans certains cas, vont à l'encontre de l'actualisation des potentialités de la personne (ex.: règlements concernant les soins, les repas, le sommeil...);

- aux barrières architecturales qui réduisent la mobilité du bénéficiaire;

- à l'absence de concertation sur une véritable philosophie d'agir auprès des personnes en perte d'autonomie;

- aux problèmes qui peuvent survenir lorsque des clientèles trop hétérogènes cohabitent sous un même toit.

Par conséquent, afin d'améliorer la qualité de vie en établissement, il est essentiel d'appréhender le milieu d'hébergement dans sa globalité et de planifier les interventions selon une approche multidimensionnelle. Ceci, dans une perspective de révision en profondeur de nos modes de pensée et d'agir auprès des personnes en perte d'autonomie. Cette orientation suppose que les ressources spécialisées puissent agir autant sur le cadre de vie qu'au niveau de la formation du personnel par exemple.

3) VERS UNE PLUS GRANDE RATIONALITÉ DANS LA PLANIFICATION ET LA GESTION DU SECTEUR HÉBERGEMENT ET SOINS PROLONGÉS

- Les nouvelles trajectoires de planification

3.1 La planification stratégique

Soulignons également que depuis quelques années, les milieux d'hébergement inscrivent leurs actions d'une part dans un contexte de développement budgétaire limité et d'autre part, dans un contexte où l'on assiste à une demande croissante d'hébergement liée au vieillissement des populations. Cette situation relativement nouvelle commande une planification encore plus rigoureuse des processus sous-jacents à l'orientation et à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Or, la centralisation des admissions, l'obligation d'utiliser les plans d'intervention (loi 27), l'information continue sur les bénéficiaires et l'évaluation de programmes constituent quelques exemples de changements administratifs qui ne sont pas toujours faciles à introduire et qui demandent une révision du type de gestion actuelle. Les gestionnaires sont ainsi propulsés vers de nouvelles avenues sans nécesssairement en maîtriser les pré-requis.

Deux articles récents de la revue "Administration hospitalière et sociale"[1] font état de changements fondamentaux qui sont en

train de se produire dans la gestion des établissements depuis 1975 environ. On constate que l'accent s'est déplacé vers des stratégies de planification globale alors que jusque-là, le processus favorisait encore une planification fonctionnelle ou opérationnelle(1). Les gestionnaires pro-actifs d'aujourd'hui se tournent ainsi vers un mode de planification stratégique caractérisé notamment par le passage d'une vision à court terme vers le long terme; cette vision est fondée sur une analyse des composantes institutionnelles et de son environnement en vue de faire des choix éclairés sur l'orientation que devra se donner l'établissement, la résultante de ce processus étant plus précisément la formulation de stratégies d'action qui énoncent les axes de développement ainsi que les champs d'action prioritaires. Réalisée habituellement dans le cadre d'une démarche participative entre les divers corps professionnels, cette approche favorise une meilleure cohésion interne et maximise l'effet d'entraînement d'un secteur sur un autre (effet de synergie). La gestion des opérations continue cependant d'être exigeante, mais elle devra toutefois s'inscrire de plus en plus à l'intérieur d'une stratégie globale d'action intra et inter-établissement. Ce mode de gestion commande donc de nouvelles exigences de la part de la direction générale qui sont certes plus lourdement ressenties par les établissements de petite taille.

Néanmoins, cette approche reflète mieux les tendances "lourdes" du système actuel, soit la recherche d'une plus grande complémentarité interétablissement, la redéfinition des missions des établissements et une plus grande maîtrise de la destinée du réseau de la santé et des affaires sociales.

Conséquemment, de nouvelles avenues de planification se dessinent et imposent aux établissements un rythme de croisière différent mais prometteur.

---

(1) ROY, Gilles, Planification stratégique et secteur de la santé, Revue d'administration hospitalière et sociale, vol. 31, #6, nov.-déc. 1985.

3.2 Les tables de concertation sous-régionales

Compte tenu de la diversité des conditions de vie en établissement (taille des établissements, degrés différenciés d'autonomie des clientèles, ressources disponibles...) ainsi que des disparités sous-régionales, il n'est pas surprenant de constater que les établissements évoluent à des rythmes différents et définissent leurs actions et leurs priorités en fonction des contextes qui leur sont propres. Or, des mécanismes de consultation et de concertation sous-régionales se développement de plus en plus dans la région 03 sous la forme de "tables de concertation". Il s'agit de regroupements de directeurs généraux des établissements du réseau des affaires sociales et de la santé, lesquels sont constitués sur une base d'appartenance territoriale (zones de municipalités régionales de comté (MRC) regroupées). Ces personnes définissent les modalités d'organisation et de distribution des services sociaux et de santé en fonction de balises définies par le MSSS et par le CRSSS de la région mais surtout de leur dynamique sous-régionale. Les tables de concertation deviennent par conséquent des lieux privilégiés pour permettre aux établissements de mettre en commun leurs problèmes et définir des priorités d'action dans les divers champs d'intervention du social et de la santé.

Cette orientation devrait favoriser de plus en plus le développement de solidarités sous-régionales articulées autour d'un réseau intégré de services à la population. Le programme-cadre s'inscrit dans ces nouvelles trajectoires de planification en utilisant les tables de concertation comme premier mandataire de l'actualisation du programme régional.

4) CADRE DE RÉFÉRENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES SPÉCIALISÉS

Le programme régional situe le développement des services spécialisés dans le cadre d'une approche globale des milieux de vie. Cette approche est fondée sur la double vocation thérapeutique et communautaire

des CAH et CHSLD ainsi que des objectifs qui s'ensuivent, soit: le maintien de l'autonomie fonctionnelle des bénéficiaires et le développement d'un milieu de vie adapté aux besoins et au rythme des bénéficiaires. Les dimensions thérapeutiques et communautaires sont étroitement liées et elles se conditionnent mutuellement. Aussi toutes les interventions réalisées auprès de la personne dans le but de maintenir son autonomie fonctionnelle doivent tenir compte des conditions d'exercice de cette autonomie, c'est-à-dire de l'environnement physique et social. Conséquemment, l'unité dans l'action constitue un principe de base au changement, car l'amélioration de la qualité de vie est un processus qui repose sur la concertation de tous les intervenants en regard des objectifs et des moyens privilégiés pour réaliser la mission de l'hébergement auprès des personnes âgées.

4.1 L'approche multidisciplinaire

Cette unité dans l'action se traduit de plus en plus aujourd'hui par l'introduction de l'approche multidisciplinaire, non seulement dans le secteur des personnes âgées, mais dans toutes disciplines. Afin de contrer l'hermétisme d'une sur-spécialisation, "l'esprit" multidisciplinaire traduit une vision globale de la personne et de son environnement. L'approche "multi" dans les milieux d'hébergement s'appuie sur la création d'équipes de soins qu'on peut qualifier "d'élargies", puisqu'on ne peut encore parler de véritable équipe multidisciplinaire. La composition de cette équipe de base dépendra donc du type de ressource que l'on retrouve actuellement en établissement, mais il apparaît esssentiel d'en consolider le fonctionnement, quitte à ce que, en cours de route, de nouveaux professionnels viennent s'y greffer. Le principal mandat de cette équpe consiste à concevoir et actualiser un système intégré d'intervention auprès du bénéficiaire en perte d'autonomie à l'aide d'outils tels le plan d'intervention, le protocole d'accueil, ou le code d'éthique.

4.2 Le milieu de vie communautaire thérapeutique

Dans une perspective de "bien-vieillir" en institution, il nous apparaît donc essentiel que tout le personnel et la direction puissent adhérer à une même philosophie d'intervention et orientent leurs efforts vers les mêmes finalités. A cet égard, nous avons proposé une philosophie d'intervention centrée sur le développement d'un milieu de vie communautaire thérapeutique.

Cette optique signifie: rendre le milieu institutionnel favorable à l'épanouissement de la personne, au développement de ses potentialités, au maintien de ses capacités résiduelles, malgré les handicaps et les multipathologies qui l'affligent. Permettre donc à la personne de vieillir et de mourir dans la dignité humaine. Nous sommes par ailleurs fort conscients qu'il n'est pas facile d'harmoniser les collectivités de personnes âgées dont les membres ont chacune leurs façons de faire et de penser, qui sont préoccupées par leur état de santé défaillant ou qui ne sont plus maîtres d'elles-mêmes. Cependant, sans la force de cohésion que donne une idéologie humaniste et positive à l'égard des personnes en perte d'autonomie et qui est partagée par tous, les milieux d'hébergement et de longue durée pourraient ne devenir que des mouroirs.

4.3 Cibles d'intervention des ressources spécialisées

A partir de cette perspective globale d'intervention thérapeutique communautaire, nous avons défini un ensemble d'objectifs et de programmes regroupés selon cinq (5) grandes cibles d'intervention. Celles-ci sont:

- le bénéficiaire;
- le personnel;
- l'environnement physique;
- le contexte organisationnel;
- l'environnement social.

Cet ensemble de moyens, qui est présenté dans le programme régional sous forme de tableaux, représente les principales avenues qui se dégagent des recherches et expériences réalisées dans les CAH et CHSLD en vue d'améliorer la qualité de vie des bénéficiaires ainsi que des gens qui y oeuvrent. Cette perspective nous renvoie également aux principaux sous-systèmes qui sont présents dans le champ institutionnel qui nous concerne. Le programme-cadre régional se veut suffisamment souple pour permettre à l'ensemble des établissements de la région de s'y retrouver; aussi aucun programme n'a été priorisé par rapport à un autre. Par ailleurs nous avons fortement souligné l'importance que chaque établissement:

a) entreprenne une démarche collective de clarification et d'énoncés de sa philosophie d'intervention à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que des orientations qu'il privilégie dans l'organisation du cadre de vie CAH - CHLSD;

b) détermine les besoins des bénéficiaires selon une approche globale de la personne à partir des grilles d'évaluation et des plans d'intervention;

c) puisse offrir à tous les membres du personnel des sessions de formation continue et adaptée aux besoins de sa clientèle;

d) développe l'approche multidisciplinaire et consolide les équipes multidisciplinaires.

Dans la perspective du CRSSS, il était tout à fait réaliste de penser que les budgets de services spécialisés puissent être utilisés dans un premier temps pour rendre plus opérationnelles les équipes multidisciplinaires, faire de la formation auprès du personnel ou évaluer les différentes composantes de l'établissement en fonction de la philosophie d'intervention auprès de la personne âgée en perte d'autonomie. Pour certains milieux, ce peut

être une démarche préalable à l'introduction de ressources de réadaptation, telles la physiothérapie et l'ergothérapie; une telle démarche étant garante d'une utilisation plus rationnelle et efficace des spécialistes médico-sociaux.

Par conséquent, une analyse des besoins basées sur cette approche devait être conduite par les établissements dans le but de définir leurs priorités d'intervention en matière de services spécialisés et ce, de concert avec les établissements de leur territoire.

5) L'ACTUALISATION DU PROGRAMME-CADRE RÉGIONAL

Ce programme s'adresse principalement aux centres d'accueil ainsi qu'aux centres hospitaliers de soins de longue durée publics et privés conventionnés. Pour la région 03, ceci signifie 112 établissements dont 89 CAH et 23 CHSLD dont la taille varie entre 15 lits pour le plus petit, à 300 pour le plus grand; la moyenne se situant autour de 75 lits.

PHASE I

Après présentation du programme aux dix tables de concertation sous-régionales, des groupes de travail issus de ces tables furent formés dans une première phase afin:

a) de privilégier le mode d'allocation budgétaire ainsi que le type de regroupement interétablissement au sein de chaque territoire de table de concertation;

b) de procéder à l'analyse des besoins et à l'identification des priorités collectives d'intervention et par conséquent au type de ressource spécialisée le plus pertinent.

5.1 Allocation budgétaire et regroupement territorial

Initialement le budget de 1,4$ million a été réparti par le CRSSS-03 au prorata du nombre de lits selon un barème de budget/lit. Pour chaque territoire de table de concertation, un budget global correspondant au nombre de lits d'hébertement et de soins prolongés fut acheminé à un établissement qualifié de "point de chute". A ce stade, le mandat de la table de concertation était de constituer un groupe de travail en vue de proposer des regroupements interétablissements et un mode final d'allocation budgétaire.

Dans la majorité des cas, les groupes de travail ont maintenu la répartition initiale des budgets, soit au prorata du nombre de lits. Par ailleurs, trois tables de concertation dont deux en milieu urbain et une en milieu rural ont privilégié un partage de budget au profit de regroupement d'établissements moins bien nantis en matière de ressources professionnelles. Il s'agit là d'une des retombées de la concertation qui minimise de fait, certaines disparités interétablissements et dont le fruit est redevable au travail et à la conviction de leaders sous-régionaux.

5.2 Analyse des besoins et priorités d'intervention

La démarche d'analyse des besoins et d'identification des priorités d'intervention en matière de services spécialisés s'est réalisée différemment d'une sous-région à l'autre. Rappelons que la grille d'analyse proposée pour identifier les priorités d'intervention découlait comme nous l'avons mentionné précédemment d'une approche systémique fondée sur les principales constituantes de la vie institutionnelle et des objectifs de mieux-vieillir en institution.

Les membres du comité consultatif qui ont participé à l'élaboration du programme ont été très actifs durant cette phase et ont apporté leur support aux groupes de travail dont certains ont

rencontré de la difficulté à se mobiliser et à dégager un consensus sur les priorités d'intervention malgré la disponibilité des budgets.

Pour plusieur groupes, il n'a pas été aisé non plus de s'inscrire entièrement dans cette perspective d'analyse du programme-cadre qui propose à plusieurs égards de nouvelles façons d'appréhender l'institution ainsi que les changements qu'on doit y introduire pour améliorer la qualité de vie.

Par contre, cette perspective s'inscrit fort bien, pour d'autres groupes, dans un ensemble d'actions entreprises depuis de longs mois pour initier des changements qui soient mieux articulés avec les nouveaux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

C'est dans cette première phase que la dynamique de la concertation s'est amorcée. Cette concertation participe d'un processus de redéfinition des rôles interétablissements, ce qui n'est pas sans déplacer les enjeux de pouvoir et soulever de nouveaux débats. Elle exige que tous adhèrent au même principe de complémentarité, de vision d'un réseau intégré de service et par conséquent à la volonté de se définir collectivement. Ceci demande certes un renouvellement du concept d'autonomie des établissements au profit d'une autonomie territoriale.

Dans une telle démarche, la présence de leaders sous-régionaux qui partagent cet idéal de concertation est fondamental. Ce sont eux qui peuvent encadrer le milieu et favoriser l'intégration et l'application de nouveaux discours et nouvelles pratiques; on en constate d'ailleurs l'impact dans les milieux où les leaders sont actifs par rapport aux milieux sans leadership.

De façon générale l'introduction de changements socio-organisationnels rencontre toujours les forces d'inertie normale d'un système ainsi que des bastions de résistance au changement. Aussi faut-il tabler sur les forces des leaders ainsi que sur les

énergies nouvelles que nous donne la perspective de dépasser les frontières dans l'organisation et la maîtrise du développement social.

Concrètement les résultats de cette première phase se traduisent grosso modo par l'insertion d'une cinquantaine de professionnels dont les statuts d'emploi sont variés (contractuel, temps complet ou temps partiel, permanent). Les principale ressources privilégiées sont des ressources de réadaptation (physio/ergo) dans 60% des regroupements interétablissements. Par ordre de priorité viennent ensuite le conseiller en milieu de vie, l'animateur en loisirs, le psychologue, le diététiste et l'orthophoniste.

PHASE II

Ainsi, au terme de cette première phase qui s'est échelonnée d'avril 1985 à décembre 1985, chaque groupe de travail issu des tables de concertation a déposé ses priorités d'intervention à la table pour ensuite procéder à la constitution formelle des comités de coordination. Le mandat de ces comités consiste à planifier, gérer et évaluer les programmes de services spécialisés. Ils sont principalement composés de directeurs généraux participant aux programmes de services partagés, ceux-ci s'adjoignant au besoin des directrices de soins infirmiers ainsi que les conseillers en planification des départements de santé communautaire.

Notons que plusieurs échanges de services de nature informelle existent dans le réseau. Cependant la démarche entreprise régionalement vise à constituer de façon formelle des comités de coordination en vue d'enclencher une démarche permanente de gestion de services partagés.

Nous entrons conséquemment dans la seconde phase du programme régional dont les objectifs sont:

a) de consolider cette nouvelle structure de gestion collective que sont les comités de coordination;

b) d'introduire de façon systématique la programmation des services spécialisés ainsi que la dimension évaluative comme composantes "built-in" d'un programme.

La gestion collective signifie, dans ce contexte, qu'un établissement reçoit une somme d'argent au nom de l'ensemble de ses partenaires. Il est mandaté pour faire l'administration de cette somme en fonction de décisions prises collectivement dans le cadre du comité de coordination.

Nous n'entrerons pas ici dans la technicalité administrative et fonctionnelle de ce nouveau mode de gestion qui fait d'ailleurs l'objet d'un guide d'action sur les services partagés. Ce guide constitue un instrument de travail afin de supporter les gestionnaires dans cette nouvelle démarche.

Il sera discuté avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin qu'on puisse s'assurer qu'une cohérence existe entre les changements initiés dans le milieu et les modalités administratives et budgétaires à partir desquelles les établissements doivent se définir.

Le second objectif de cette deuxième phase consiste à systématiser une démarche de programmation des services spécialisés avec une composante évaluative "built-in". Cette dimension nous apparaît essentielle tant comme outil de gestion qu'en tant qu'outil de développement de la pratique professionnelle. A ce titre, le milieu requiert de la formation et du support pour traduire concrètement ces nouveaux processus de rationalité auquel le secteur des sciences humaines est à plusieurs égards très réfractaire.

Ceci résume les grandes lignes de l'actualisation du programme-cadre régional qui de fait, nous introduit au coeur d'une dynamique de changement social avec tout ce que cela comporte de résistance au changement, d'ouverture de nouveaux canaux de communication et de nouveaux lieux de convergence pour la planification.

CONCLUSION

L'actualisation du programme régional illustre bien les défis posés à ce secteur institutionnel pour les prochaines années. En plus de revoir nos modes de pensée et d'agir envers les personnes âgées en perte d'autonomie, il faudra redéfinir la nature des rapports qui relient les établissements entre eux de même que la nature des liens professionnels qui caractérisent la vie de l'établissement.

Ces changements exigent beaucoup de souplesse tant de la part de la direction que des travailleurs mais ils sont garants, croyons-nous, d'une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées.

LES RAPPORTS ENTRE INTERVENANTS ET POPULATION AGÉE DEVIENNENT PLUS ÉGALITAIRES

Clément Gourde

La présente communication veut montrer comment les rapports entre une équipe du C.L.S.C. Arthur-Caux de Lobtinière Est et la population âgée qu'elle a desservie se sont modifiés au cours des dix dernières années.

Nous avons identifié trois étapes qui montrent plus explicitement l'évolution des rapports, c'est-à-dire comment ces rapports sont devenus plus égalitaires.

Pour mieux vous situer disons que le C.L.S.C. Arthur-Caux dessert les dix-huit paroisses à l'est du comté de Lotbinière.

Ces paroisses sont rurales et regroupent une population de 26 000 personnes environ dont 10% ont plus de 65 ans.

Depuis sa formation en 1973, le C.L.S.C. offre des soins et service à domicile. Actuellement trois infirmières et six auxiliaires familiales répondent aux demandes de la population âgée.

En 1975, la direction du C.L.S.C. et le conseil d'administration, qui avait le souci de la prévention et de l'action communautaire, décidèrent de bâtir un programme destiné à la population âgée et d'y engager une équipe formée d'un éducateur physique, d'une diététiste, de deux infirmières et d'un organisateur communautaire.

Tout au cours de la communication, quand nous ferons référence à l'équipe, il s'agit bien de cette dernière.

SITUATION DE DÉPART

Les intervenants qui font partie de l'équipe ont une formation différente et sont davantage préparés pour une action individualisée. Le dénominateur commun qui les rejoint est leur intérêt pour la prévention et l'action communautaire.

D'autre part la population âgée du territoire est peu sensibilisée au concept de prévention. Au tout début, une rencontre est organisée avec les clubs de l'âge d'or pour vérifier leurs besoins, leurs intérêts. D'un commun accord les personnes présentes nous ont dit: nous voulons demeurer dans notre maison le plus longtemps possible, nous voulons un médecin dans notre paroisse, des infirmières pour nous soigner et des auxiliaires familiales pour nous aider.

Les intervenants se sont vite aperçus que les attentes des personnes âgées et les leurs étaient bien différentes et qu'il y avait un gros travail d'éducation à faire.

PREMIÈRE ÉTAPE - BILAN DE SANTÉ

La grande préoccupation de l'équipe au tout début a été de faire des bilans de santé, de connaître l'état de santé des 65 ans et plus.

Les infirmières, avec le support des autres membres de l'équipe, ont bâti une grille d'évaluation qui a été utilisée par la suite.

Leur objectif était d'identifier les besoins bio-psycho-sociaux des personnes âgées de la région, d'organiser des services pour les besoins identifiés et de fournir de l'information sur des sujets jugés pertinents (nutrition, usage des médicaments, physiologie du vieillissement, etc.).

L'éducateur physique, de son côté, était préoccupé de l'évaluation des participants aux séances de conditionnement physique. En collaboration avec les médecins du territoire et une équipe de professeurs de

l'Université Laval, il a mis au point une série de tests et de grilles d'évaluation.

UNE PRATIQUE QUI NE CHANGE RIEN

Cette façon d'intervenir plaisait aux gens âgés. Qu'une infirmière prenne leur tension artérielle, que l'éducateur physique leur fasse subir des tests, tout cela semblait les rassurer. Toutefois cette méthode ne les amenait pas à modifier leurs habitudes de vie; au contraire elle nous semblait perpétuer le modèle traditionnel, la dépendance.

Il suffisait que l'infirmière dise à quelqu'un que sa tension était bonne pour qu'il en arrive à la conclusion qu'il n'avait rien à changer dans sa vie, même s'il était un sédentaire, un fumeur, un obèse, etc. Cette constatation obligea l'équipe à se remettre en question et à explorer une nouvelle piste de réflexion.

UNE CONSULTATION

Le grand souci de l'équipe, dès les débuts, a été de connaître l'opinion des gens, leurs problèmes, leurs besoins. Dans cet esprit, en 1975 un comité de citoyens du 3e âge, formé de représentants des clubs de l'âge d'or, a été mis sur pied. Le grand objectif était d'éclairer les intervenants, de donner des opinions sur leurs projets, leurs objectifs.

Chaque fois qu'on voulait faire valider un projet nouveau, on s'adressait au comité de citoyens ou au club de l'âge d'or d'une des municipalités.

Le désir d'être davantage collé à la réalité quotidienne des gens a poussé l'équipe à demander qu'un membre du comité de citoyens participe aux réunions hebdomadaires de planification.

QUI CRÉE UN CLIMAT DE CONFIANCE

Dans cette première étape, le souci de consulter, de bien saisir le vécu des gens a contribué à entretenir des relations de confiance entre les intervenants et la population âgée, du moins avec les responsables de l'âge d'or. Cependant les idées, les initiatives, le savoir venaient plutôt des intervenants. Les responsables de l'âge d'or, étant peu habitués à se prononcer sur le genre de questions posées, avait souvent peu d'idées à exprimer sur les projets présentés.

Ceci explique en partie l'attitude bienveillante qu'ils entretenaient vis-à-vis de l'équipe: "On aime les gens du C.L.S.C. ... on en apprend chaque fois qu'on les rencontre...".

DEUXIÈME ÉTAPE

Après ses premières expériences et suite à de nombreuses réflexions sur le vécu des personnes âgées, l'équipe en vient progressivement à réaliser que les personnes âgées ont une expérience de vie, des valeurs, des croyances dont il faut tenir compte. A partir de là, elle va se centrer davantage sur le vécu de la personne âgée et moins sur des concepts théoriques. L'équipe commence à se "dés-éduquer"!

L'objectif n'est plus de collectionner les bilans de santé, mais plutôt d'amener les personnes âgées elles-mêmes à identifier leurs besoins prioritaires de santé et à se prendre en charge.

DÉMARCHE PLUS CONSCIENTISANTE. CELLULE SANTÉ

Une nouvelle formule qu'on appelle cellule-santé est mise de l'avant. Cette cellule est un regroupement de 8-10 personnes âgées d'une même rue, d'un même bout de rang qui se rencontrent chez une personne du groupe. Cette cellule se voulait plus qu'une modalité d'intervention; elle nous semblait un moyen privilégié pour favoriser la prise en charge des gens âgés par eux-mêmes.

Les préoccupations de l'équipe évoluent. On parle de recréer le tissu social, de rejoindre le gens isolés, handicapés, ceux qui n'ont pas de moyen de transport, de favoriser une participation active des plus âgés, d'utiliser le savoir et la réflexion du groupe pour amener des changements de comportement, du caractère collectif de la santé.

La cellule s'oriente vers une démarche collective de conscientisation, on veut permettre aux personnes âgées d'analyser les influences sociales sur leur santé (retraite, pauvreté, veuvage, politiques sociales, etc.), de prendre conscience de leur état de dépendance et de la nécessité de se mobiliser.

MONITEURS(TRICES) AGÉS(ES) EN CONDITIONNEMENT PHYSIQUE

Durant cette période l'éducateur physique a cessé de donner des cours de conditionnement physique. Il a mis sur pied un système de moniteurs(trices) âgés(es) qui assurent eux-mêmes l'animation des activités physiques dans les clubs de l'âge d'or. Malgré certaines craintes, la population âgée a découvert qu'elle pouvait s'auto-animer, qu'elle pouvait se prendre en charge sans avoir toujours l'aide d'un spécialiste.

REPAS COMMUNAUTAIRE

La nutritionniste s'est intéressée à la formule des repas communautaires. On s'est rendu compte qu'il ne suffisait pas de parler de bonne alimentation, mais qu'il était tout aussi important de créer un climat, des conditions qui favorisent la bonne alimentation. Quand tu es toujours seul, tu as beau avoir les meilleurs connaissances alimentaires, tu n'as pas pour autant le goût de préparer un bon repas.

L'ENGAGEMENT DU COMITÉ DE CITOYENS

Le comité de citoyens qui a d'abord joué un rôle de consultation commence à s'engager et à impliquer les clubs de l'âge d'or dans de petites actions d'entraide, comme le gardiennage, l'aide au transport, les repas à domicile, les repas communautaires. De quémandeurs qu'ils

étaient, les responsbles découvrent une responsabilité face au maintien à domicile, face à leurs concitoyens(nes) en perte d'autonomie.

Au début, on ne voyait pas de gens qui pouvaient souffrir de solitude, de manque d'attention ou d'un handicap quelconque. Voilà qu'à travers les confidences, les petits sondages, les activités, on découvre la partie de la population âgée plus souffrante, moins bien organisée et, par le fait même, on y puise une motivation pour agir, pour susciter des activités d'entraide.

TROISIÈME ÉTAPE - L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES SE CONFIRME

L'implication de la population âgée dans le milieu se confirme. Plus de deux cents personnes sont engagées dans des activités qui favorisent le mieux-être de leurs concitoyens(nes) et de ce fait le maintien à domicile. Dans cet engagement, comme ils se plaisent à le dire, les gens trouvent une valorisation, un sens à la vie, bref une meilleure qualité de vie. Nous entendons souvent cette réflexion "Celui ou celle à qui ça rapporte le plus, c'est moi...".

L'autonomie des personnes responsables se manifeste également dns leur capacité de voir les besoins et d'imaginer de nouveaux moyens d'entraide sans que le C.L.S.C. ne soit obligé d'intervenir, par exemple: l'organisation du transport.

Par leur réflexion, les personnes âgées se sont ouvertes de nouvelles formes d'intervention médicale. L'automne dernier, le comité de citoyens a obtenu une subvention de "Nouveaux Horizons" pour un cours en shiatsu. Quatre-vingts personnes ont participé à ce cours et il a fallu en refuser.

Au conditionnement physique, il est bon de remarquer que l'allure des rencontres a changé. Les responsables ne se limitent plus aux formes d'exercices déjà préparées par l'éducateur physique. Ils innovent, ils introduisent de nouvelles activités plus conformes à leur goût, leur culture, comme par exemple, les danses sociales. De plus, l'aspect

social a pris de l'importance; ce n'est pas seulement un lieu d'exercices, mais une rencontre d'amis qui aiment se voir et échanger.

Les infirmières vivent un peu la même situation; ils ont moins besoin de faire de sollicitation pour engager une réflexion sur un sujet quelconque. Il suffit qu'elles annoncent leur disponibilité et les demandes arrivent.

Les repas communautaires s'organisent sans qu'on soit obligé nécessairement d'intervenir. On en voit les bienfaits, la nécessité et on se sent assez sûr pour les organiser.

DES INTERVENANTS QUI DOIVENT SE REDÉFINIR

Les leaders âgés, les bénévoles prennent de plus en plus leur place. Compte tenu de leur expérience, ils réussissent souvent avec plus d'habileté que nous à trouver des façons de faire qui conviennent à leurs semblables.

Nos rapports tendent à devenir plus égalitaires. Ainsi, comme intervenants, nous sommes appelés à redéfinir notre rôle, à négocier l'aide et le support qu'ils attendent de nous. Leurs attentes sont appelées d'autre part à devenir plus précises.

A l'heure actuelle, le défi demeure aussi grand qu'il l'était ! Sommes-nous prêts à laisser les gens âgés occuper encore plus de place dans l'orientation du maintien à domicile, des services qui leur sont offerts ou encore dans les organisations que nous avons bâties ensemble?

LA DONATION, FACTEUR D'AUTONOMIE OU DE DÉPENDANCE DES AGRICULTEURS AGÉS?

Renaud Santerre

INTRODUCTION

Multiples sont les dimensions à considérer quand on s'interroge sur l'autonomie ou la dépendance des personnes âgées.

Autonomie physique d'abord, proprement biologique, de l'individu par rapport à son propre corps: être capable de manger, parler, se mouvoir.

Autonomie géographique sous forme de mobilité qu'on peut décupler par la voiture, le téléphone, les moyens modernes de communication.

C'est surtout à l'autonomie socio-économique que l'on songe et qu'on décompose en revenus, travail - retraite, logement, service de santé, etc.

L'autonomie peut également être psychologique, émotive, socio-familiale.

Elle est aussi, et ce n'est pas la moindre dimension, spirituelle.

Multiples également sont les voies d'accès pour connaître le degré d'autonomie des membres d'un groupe âgé: Astrid Lefebvre-Girouard l'a fait dans son enquête par questionnaires, Jennie Keith a privilégié l'observation participante et Barbara Myerhoff, l'histoire de vie.

Centrant l'attention sur les vieillards contemporains d'une paroisse moyenne du Témiscouata (Squatteck, 2 258 habitants et 300 familles de cultivateurs en 1956), tous plus ou moins impliqués dans l'agriculture pendant leur vie active, je me propose d'explorer ici plusieurs des dimensions de l'autonomie chez les agriculteurs et de répondre à la question qu'on se pose devant les donations de fermes: "se donner" pour un agriculteur âgé, est-ce abdiquer toute autonomie et entrer dans le cycle de la dépendance?

La présente communication puise ses matériaux à deux sources principales: 1° l'analyse sommaire d'une centaine d'actes de donations de fermes entre 1937 et 1977 recueillis au bureau d'enregistrement de Rivière-du-Loup; 2° une enquête orale pour préciser les conditions de vie et de résidence des quelque 151 vieillards de Squatteck décédés entre 1956 et 1985; et elle s'arc-boute à une étude déjà publiée[1] dont on va ici rapidement résumer l'essentiel.

I- Vieillir dans le Québec rural d'autrefois

L'étude en question contraste le vieillissement québécois au tournant du siècle avec celle qui prévaut aujourd'hui. On y examine la situation des vieillards d'autrefois sous quatre angles:

1°- L'angle socio-démographique

Par suite d'une natalité encore forte (42°/000) la proportion des personnes âgées il y a un siècle restait relativement faible (4.3%) comparativement à aujourd'hui (8.8%). De même l'espérance de vie à la naissance (43 ans pour les deux sexes) allait attendre encore quelques décennies pour grimper en flèche et pratiquement doubler (75 ans en 1981) par suite d'une chute drastique de la mortalité (de 23.8°/ooo) à 6.6°/000). L'indicateur démographique le plus significatif, à mes yeux, c'est la baisse du taux de masculinité âgée qui en cent ans passe de 108 à 71: la supériorité numérique des hommes du troisième âge s'évanouit progressivement et cède la place à une "vieillesse, monde de femmes", dont la fin de l'immigration et l'urbanisation sont autant responsables que l'écart grandissant de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes.

2°- Le genre de vie

A la fin du 19e siècle, le genre de vie dominant, c'est l'agriculture de type artisanal, autarcique. Trois quarts de la population vit en milieu rural et la très grande majorité de cette population rurale travaille à l'agriculture, qui comprend les activités complémentaires de la forêt et de la pêche.

---

1. Renaud SANTERRE, "Vieillir au Québec hier et aujourd'hui". Cahiers de l'ACFAS, no 41, 1986, pp. 247-266.

L'habitat est dispersé en de multiples paroisses où le noyau central, le village, importe beaucoup moins que les rangs où se retrouvent les fermes familiales.

Dans cette agriculture polyvalente, le salariat est pratiquement inconnu et le chef de famille, qui préside aux travaux et perçoit les revenus, procède également à la répartition des biens et services entre les membres de la famille suivant les besoins de chacun; c'est sa responsabilité d'établir ses garçons - les filles sont prises en charges par d'autres familles - sur des fermes autonomes.

Dans ce contexte, la terre constitue le bien fondamental, la source de la seule véritable richesse et la base principale d'activités pour tous les âge et les deux sexes. C'est ce bien familial que le couple âgé transmet habituellement à un fils cadet par le biais d'une donation, qui détermine explicitement les conditions de sécurité de sa vieillesse.

D'où l'intérêt ici pour ces actes de donation dans une paroisse où la majorité des vieillards contemporains ont connu ces pratiques de l'"ancien régime".

3°- Structure de la famille

La ferme familiale autarcique d'autrefois opérait grâce à la présence d'une famille nombreuse et étendue, qui faisait fonction d'unité de production en même temps que d'unité de consommation. Comme les enfants, les handicapés et les "vieilles filles", les vieillards y étaient utiles, travaillant suivant leur bon plaisir jusqu'à la limite de leurs capacités, et y retrouvant leur sécurité. Chaque vieillard avait son foyer personnel et nul besoin ne se faisait encore sentir d'"asile" pour les vieillards pris en charge par l'Etat.

4°- Transmission du savoir

La transmission du savoir dans la société pratiquement illettrée d'autrefois reposait sur l'expérience et se faisait en fonction de l'âge. Les vieillards "montraient" aux jeunes qui, au lieu de passer

le premier quart de leur vie sur les bancs de l'école comme aujourd'hui, apprenaient par expérience sous la conduite des aînés. Détenteurs de la tradition orale, les anciens jouaient ce rôle capital d'éducateurs qu'ils ont perdu aujourd'hui au profit de jeunes scolarisés.

C'est cette société traditionnelle, brièvement caractérisée sous quatre chefs, avec la situation des vieillards qu'elle implique, qu'on retrouve dans les donations examinés ci-après.

II- Les donations de fermes

Le corpus sur lequel je m'appuie comprend une centaine d'actes (donations formelles pour la plupart, mais aussi actes assimilables comme ventes à prix réduit, vente à réméré et testaments) relevés et photocopiés au bureau d'enregistrement de Rivière-du-Loup en relation avec le paroisses de Squatteck (environ 90, de 1937 à 1977), de St-Cyprien (17 actes, de 1892 à 1933) et de Ste-Françoise (5 actes, de 1884 à 1917); s'y ajoutent deux donations, en 1878 et 1937, à St-Henri de Lévis, repérées au bureau d'enregistrement de Lévis.

1°- Incomplétude et représentativité du corpus

Dans son état actuel, l'inventaire est incomplet même pour Squatteck: les actes antérieurs à 1937 ne figurent pas à l'Index aux Immeubles et devront être repérés autrement; d'autre part les actes de vente à bas prix de fermes à des membres de la famille devront tous être examinés sous l'angle d'une variante récente de la donation classique.

Toutefois les coups de sonde à St-Cyprien, Ste-Françoise et St-Henri manifestent des analogies profondes pour une époque légèrement antérieure (fin du 19e siècle) et la jonction avec les travaux d'historiens et d'économistes, comme Jean-Pierre Wallot et Gilles Paquet[2], basés sur des inventaires après décès dans la région de Québec, fin 18e et début 19e, pourrait bien faire apparaître une longue tradition

---

2. G. PAQUET et J.P. WALLOT, "Stratégie foncière de l'habitant: Québec, 1790-1835", RHAF, xxxix, 4, 1986, pp. 551-581.
Jean-Pierre WALLOT, "Evolution et éclatement du monde rural en France et au Québec", Interface, VII, 5, 1986, pp. 16-19.
GOY, J. et J.P. WALLOT, edit., Evolution et éclatement du monde rural, EHESS et PUM, 1986, 520 p.

québécoise de transmission de biens fonciers qui comporte des indications précises sur la façon dont on a, pendant plus de deux siècles, assuré la sécurité de vieillesse.

Ma préoccupation actuelle n'étant ni historique, ni statistique (problème de la représentativité de ce corpus), je me contenterai d'ajouter que pour la période de 40 ans qui va de 1937 à 1977 les 290 lots de terre de Squatteck ont été l'objet en moyenne de 6 à 8 transactions enregistrées, dont une prend la forme d'une donation ou quasi donation.

2º- Contenu des donations

Les donations à fins d'établissement ne constituent qu'une faible proportion des donations recensées et ne concernent qu'indirectement la vieillesse en ce sens qu'elles révèlent le fonctionnement général du système. Le chef de famille bénéficie du travail et des revenus de chacun des membres de la famille étendue; en retour, il a l'obligation d'établir chacun de ses fils, jusqu'au dernier, habituel bénéficiaire-obligataire de la donation principale, i.e. la ferme familiale. Cette obligation, le chef de famille l'assume dans le cas des aînés en acquérant, avec les ressources de la famille, une ferme distincte dans le voisinage dont il fait donation à chacun de ses aînés, suivant son tour, sans condition, "en récompense de ses bons et loyaux services".

En d'autres temes, le fils a travaillé un certain nombre d'années pour la famille et c'est cette dernière qui contribue à son établissement par l'acquisition d'une ferme déjà montée ou en l'aidant à défricher une nouvelle terre. C'est la règle du un pour tous et tous pour un, règle de réciprocité en circuit fermé, personnalisé, qu'on revoit à l'oeuvre au moment de la vieillesse. C'est l'échange différé en matière de sécurité: on contribue aujourd'hui pour bénéficier plus tard; la récolte d'aujourd'hui provient de semailles d'hier.

Les donations à cause de vieillese représentent la grande majorité des donations. Et les biens donnés dans ce cas largement majoritaire sont de nature multiple.

C'est la terre qui fait l'objet central de la donation. On le voit au nombre de paragraphes que comporte le contrat pour énumérer les circuits de terre, les localiser parfaitement (numéro de lot, rang, cadastre, etc.), en mesurer l'étendue et les superficies, en déterminer les limites par la mention de tous les voisins, et en garantir la provenance par une chaîne de titres. Il n'y a pas à s'étonner de cette insistance et précision quand on considère que, à l'opposé des biens d'usage comme les bâtiments et le mobilier, la terre est un instrument de production, condition essentielle de ce genre de vie qu'on transmet par la donation.

Les bâtiments (maison, grange, étable et autres remises) ne sont mentionnés en fin d'énumération des terrains que de façon allusive par une phrase du jargon notarial toujours le même dans les contrats: "Le tout avec les bâtisses y érigées, circonstances et dépendances". La terre emporte les bâtiments.

La donation est en général plus explicite sur le roulant de ferme, les animaux et aujourd'hui le quota de lait. On va jusqu'à préciser la destination des cages à renards, la couleur du harnais de dimanche, le nombre de sacs de laine ou d'avoine, etc.

Les propriétés personnelles sont également incluses dans la donation jusqu'à la literie et aux "hardes de corps".

Les conditions de la donation sont encore plus explicites que la donation elle-même et ce sont elles que le gérontologue doit examiner avec attention pour dégager les bases de la sécurité de vieillesse.

La donation est faite à charge par le donataire de fournir aux donateurs:

a) <u>le vivre</u>: sous forme de nourriture partagée à la table commune avec la famille du donataire ("les nourrir à sa table et comme elle-même", précise une donation de Ste-Françoise en 1893);
b) <u>le couvert</u>: "les coucher, éclairer et chauffer", indique la même donation; on précise même la partie de la maison familiale qu'occuperont les donateurs, généralement l'aile sud ou un étage entier quand la division ne se fait pas à la verticale;

c) l'habillement: le donataire s'oblige envers les donateurs à "les vêtir et entretenir proprement et convenablement de hardes et linges de corps, chaussures et coiffures, suivant ses moyens et conditions (...), les blanchir et raccommoder"...

d) les déplacements: le couple donateur s'assure de moyens de transport en se réservant au besoin place à l'écurie, boggy ou carriole, harnais de semaine ou dimanche et naturellement cheval, "sauf pendant la période des labours". L'apparition de l'automobile fait du donataire le chauffeur attitré surtout le dimanche pour "les mener à l'église ou ailleurs, à leur besoin, et les en ramener":

e) services spirituels: c'est un point auquel n'échappe aucune donation; on prévoit tous les services spirituels avant comme après la mort, allant jusqu'à préciser le type de service, le nombre et la catégorie de messes. ("Au décès de la donatrice, de la faire inhumer, lui faire chanter un service convenable sur le corps et lui faire dire et chanter pour cent piastres de messes, dont deux trentains de messes grégoriennes et la balance en grand'messes", donation de 1937 à St-Henri de Lévis);

f) soins médicaux: le donataire s'oblige à "les soigner tant en santé qu'en maladie" (Ste-Françoise, 1893) et à "lui procurer et payer tous les soins du médecin et les remèdes, payer ses dépenses d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales, s'il y a lieu" (St-Henri de Lévis, 1937); bref à "les traiter avec tous les égards et politesse due à son père et à sa mère, généralement leur procurer tous les secours tant spirituels que temporels , en un mot en avoir un soin tout particulier, eu égard à leur âge et condition respectifs: le tout la vie durant du donateur et de sa dite épouse" (Ste-Françoise, 1893);

g) liberté de mouvement: les donateurs se réservent une liberté de mouvement totale sur le bien donné, en particulier dans la maison, et s'assurent une continuité d'occupation qui est à l'opposé de toute retraite; on se garde entre autres l'espace d'un jardin, dont la récolte reste en propre aux donateurs;

h) possibilité d'habiter ailleurs vs rente viagère: en cas d'"incompatibilité d'humeur", particulièrement entre la mère et l'épouse du donataire, une bru étrangère, les donations anticipent souvent la possibilité d'un déménagement des donateurs, et obligent le donataire à

leur verser une rente viagère qui le dispense de l'obligation du vivre, du couvert, parfois de l'habillement, sans le libérer toutefois de toutes les charges précédentes, en particulier des services médicaux et spirituels pré et post-mortem;

i) obligations connexes: outre l'obligation de payer les taxes et d'assumer les dettes des donateurs, le donataire doit parfois assumer, à même les ressources de la donation, les charges connexes à la famille étendue, soit le soin des vieilles filles et même des vieux garçons restés dans la famille, celui des handicapés et des "demeurés", en contre-partie de leur capacité de travail qui joue encore à son bénéfice. Il aura encore à payer les dettes et les études de ses frères et soeurs encore dépendants pourvu que ceux-ci contribuent au travail de la ferme pendant les vacances. On a même vu des donations obliger le bénéficiaire aux frais funéraires éventuels de l'un de ses frères, probablement incapable.

Ainsi donc les conditions de la donation couvrent à peu près tous les aspects de la sécurité de vieillesse du couple âgé à une époque où l'absence relative de salariat, de pension et de tout système général de sécurité sociale laissait à la discrétion des familles le support des individus en particulier malades et vieillissants. En cédant son bien par le biais de la donation à son fils cadet, le couple âgé assurait sa sécurité ultérieure totale en se déchargeant de toutes ses obligations personnelles et familiales. Loin du don pur et simple, ou de l'héritage, la donation de ferme constitue le transfert d'une génération à une autre d'un ensemble de ressources et responsabilités. Les unes ne vont pas sans les autres. Et c'est pour ce motif que, les conditions multiples de la donation étant spécifiées au contrat, la ferme donnée se trouve "spécialement hypothéquée" "pour sûreté" de l'accomplissement fidèle de toutes les charges et obligations stipulées dans la présente donation" (St-Henri de Lévis, 1937).

3°- Les partenaires au contrat

On commence déjà à entrevoir qui sont les partenaires à ce contrat particulier qu'est la donation de ferme à cause de vieillesse.

C'est le couple âgé qui fait figure de donateur et non le père seul, à moins que la mère ne soit déjà décédée. Il ne faut pas se laisser prendre au jargon notarial qui reproduit le style très partriarcal du code civil issu en droite ligne du droit romain en passant par Napoléon. La femme est toujours présente et même s'il faut que "son mari l'autorise" y compris pour donner ses propres biens, la donation ne pourrait se faire sans son consentement. La communauté de biens a ses exigences. La notion de chef de famille est bien différente de celle de propriétaire avec droit "d'usus et d'abusus". Son pouvoir d'aliénation est tout à fait limité.

On s'en rend compte au décès du père. La mère obtient contrôle de l'entièreté du bien, moitié en vertu de la communauté et moitié par héritage. Elle devient alors chef de famille et son nom apparaît sur la liste électorale municipale comme propriétaire foncier alors qu'il en était absent du vivant de son mari. Un certain nombre de nos donations de fermes impliquent des mères veuves et le tout se fait de la manière habituelle.

Est impliqué comme donataire le fils cadet. Le chef de famille dans la force de l'âge doit établir à tour de rôle les fils aînés sur de nouvelles fermes avec le concours de tous les membres de la famille. Quand il arrive au cadet, il a atteint l'âge non de "dételer", puisqu'il continuera ses occupations habituelles, mais de passer la main à un plus jeune chef de famille, sous l'autorité duquel lui et sa femme acceptent désormais de passer, à certaines conditions précisées dans la donation.

La première condition, c'est que le cadet soit déjà marié. Et la mère aura eu son mot à dire sur le choix de la bru, une étrangère qui deviendra la "maîtresse de maison" et devra prendre soin des vieux.

Le corpus comporte quelques exemples de donations à des fils célibataires, mais ces donations sont habituellement instables et aboutissent à une rétrocession pure et simple au donateur ou à une cession latérale à un autre frère, déjà marié, ou à un beau-frère. C'est même la seule occasion où l'on puisse voir une fille déjà mariée devenir

officieusement (officiellement c'est le gendre qui hérite de la ferme et des obligations) bénéficiaire d'une donation.

Les filles mariées ne sont jamais, en principe bénéficiaires de la donation parce que le mariage transfère à une autre famille leur capacité de reproduction et les responsabilités à leur endroit du chef de famille. Avant le mariage ou en cas de célibat, les filles (les "vieilles filles", disait-on) restent sous la responsabilité du chef de famille, qui bénéficie de leur travail et leur assure la sécurité. Avec la ferme, la donation les fait passer de l'autorité du père donateur à celle du frère donataire, même si ce dernier est le benjamin de la famille.

La fille célibataire ne bénéficie pas de donation sauf (cas hypothétique non représenté dans le corpus) si elle est fille unique ou n'a pas de frère. La seule exception, assez ancienne dans le corpus puisqu'on la retrouve à Ste-Françoise en 1893, concerne une jeune femme, ancienne institutrice, à qui son travail dans les filatures américaines permettait mieux que son frère de prendre en charge les dettes considérables de la famille. Dans ce cas, le droit de retour au donateur est spécifiquement envisagé à trois reprises dans l'acte de donation.

Le corpus ne comporte absolument aucun cas de donation de ferme avec les charges afférentes à un étranger. Le seul exemple de cette possibilité théorique s'est avéré en dernière vérification être tout bonnement le cas d'un gendre remarié qui gardait le père de sa première épouse. La donation a d'ailleurs fait long feu puisqu'il y eut par après rétrocession ou plutôt cession du bien et des responsabilités à un frère de la première épouse.

Ainsi donc les principaux rôles dans ce drame familial sont assez clairement déterminés. Ce qui ne les empêche pas d'évoluer dans le temps.

4°- Evolution historique de la donation de ferme

Sans pouvoir encore relier mes recherches à celles des historiens et économistes mentionnés plus haut pour les XVIIIe et XIXe

siècles, ce qu'on vient de voir de la donation de fermes semble avoir été la règle dans le Bas St-Laurent au cours du dernier siècle jusqu'après la Deuxième Guerre mondiale.

A partir de 1950, on assiste à une altération progressive de la donation classique et à sa transformation en vente à un prix moindre que la valeur au marché. L'obligation à la cohabitation des parents âgés et de la famille de l'héritier est la première à tomber au profit d'une rente viagère, du paiement d'un loyer au village pour les vendeurs-donateurs âgés ou de l'obligation pour l'héritier d'acheter ou de construire une maison au village au bénéfice des parents âgés.

Apparaît alors une forme de mobilité résidentielle pour le couple âgé qui prend sa retraite de l'activité agricole en même temps qu'il change de résidence. La forme la plus frappante de cette mobilité résidentielle au moment de la retraite à Squatteck, c'est la vente de la terre à vil prix et le déménagement de la maison du rang où elle était au village. Entre 1955 et 1975, j'ai pu recenser une trentaine de maisons qui ont été ainsi déménagées au village. En réalité, à Squatteck comme ailleurs, les rangs se sont vidés au profit du village: de 1956, date de la population à son maximum de 2 258, à 1981 où l'on se retrouve avec 1 517 habitants, la population, aux 2/3 dans les rangs, se retrouve vingt--cinq ans plus tard au village dans une proportion qui voisine les 80%.

A partir de 1970, on ne retrouve pratiquement plus de donations de fermes: les parents âgés procèdent à une vente pure et simple à des étrangers avec ou sans déménagement de la maison.

Les facteurs de cette évolution sont faciles à discerner. On assiste en effet à un déclin radical, pour ne pas dire à une disparition totale, de l'agriculture artisanale et autarcique d'autrefois comme genre de vie à transmettre aux descendants. L'agriculture s'est industrialisée et capitalisée; elle n'occupe plus qu'une infime portion de la population (3%); si des parents âgés ont encore des fermes à donner, il n'y a plus de fils pour en vouloir. Le peu de garçons de nos familles d'aujourd'hui travaille à salaire en ville et n'est pas intéressé à tout abandonner pour revenir à la campagne. Leur femme d'ailleurs ne l'accepterait pas.

Cet abandon progressif de la donation comme moyen d'assurer la sécurité de vieillesse d'agriculteurs âgés va d'ailleurs de pair depuis 1950 avec l'organisation de systèmes globaux de sécurité de vieillesse comprenant la pension, l'assurance-santé, l'hébergement collectif ou à prix modique, les tarifs réduits pour les transports, les services de ménage, la popote roulante, etc. Les agriculteurs âgés n'ont plus besoin de donner leur ferme pour en bénéficier. Ils doivent même s'en débarrasser à vil prix pour avoir droit aux avantages entiers du système.

Ne subsistent plus dans les actes de vente de fermes que certaines traces du système antérieur qui concernent entre autres les responsabilités des parents âgés à l'endroit de la famille élargie: garde des célibataires, funérailles d'un frère ou soins d'une "demeurée".

La donation traditionnelle de ferme a définitivement vécu. On peut toutefois en vérifier l'extension et l'incidence sur les vieillards âgés qui sont décédés à Squatteck au cours des trente dernières années.

III- L'enquête sur les décès des personnes âgées depuis 1956

Dans ce cas-ci, l'enquête est à peine amorcée et l'on devra se contenter de coups de sonde exploratoires.

Mon corpus est constitué de 151 cas de décès de personnes âgées de Squatteck pendant la période de trente ans qui va de 1956 à 1985. Le relevé des décès s'est fait au registre paroissial et, avec l'aide de deux informateurs-clés, je m'ingénie à préciser dans chaque cas qui est la personne décédée, son âge, sa famille d'origine, sa famille de procréation, son statut marital, son occupation antérieure et surtout sa mobilité résidentielle de sa retraite à sa mort. Le support des membres de sa famille fait l'objet d'une attention particulière.

Les 151 cas de décès comprennent 85 hommes et 66 femmes, ce qui confirme, avec un taux de masculinité âgée de 129, ma thèse souvent exprimée du caractère masculin de la vieillesse dans le monde rural agricole. A Squatteck, la vieillesse est un monde d'hommes, quoi qu'en pense madame Louise Dulude.

Jusqu'après 1950, la mortalité à Squatteck est majoritairement infantile. Mais elle devient sénile à partir de 1972: 13 décès sur 18 en 1983 impliquent des personnes de 65 ans et plus.

Ce qu'on peut dégager très sommairement de la trajectoire de ces décédé(e)s - la collecte des données et, bien sûr, l'analyse sont loin d'être complétées - c'est qu'ils(elles) ont souvent déménagé à la retraite du rang au village, qu'ils(elles) ont vécu en couple seul pendant quelque années, qu'au décès de l'un des conjoints le survivant est parti à l'extérieur vivre en ville en contact avec une de ses filles mariées ou demeure à Squatteck dans sa maison ou un loyer avec un garçon célibataire; ensuite, depuis 1970, date approximative de l'ouverture des foyers dans la région, ces personnes sont entrées seules ou en couple dans l'un des foyers de la région (St-Louis, Trois-Pistoles, St-Cyprien) avant d'être transférées, la santé déclinant, dans une institution hospitalière pour chroniques (Squatteck, Notre-Dame du Lac, Rivière-du-Loup ou Rimouski) où elles meurent à brève échéance. La durée moyenne de séjour au Foyer Beauséjour de St-Louis a été estimée par Brigitte Lamy à moins de trois ans pour les hommes et plus de sept ans pour les femmes; ces dernières y entrent plus jeunes, en moyenne à 75 ans, tandis que les hommes y aboutissent passé 78 ans.

Tous ne sont pas passés par le foyer avant de mourir, Sauf exceptions, toutefois, représentées dans le corpus récent par une mort subite dans sa chaise à la maison ou une pendaison dans la cave, les décès ont à peu près toujours lieu maintenant à l'hôpital, même si le séjour n'y est que de courte durée.

La poursuite de l'enquête sur tous les cas de décès âgés à Squatteck depuis 1918 en relation avec les donations de fermes devrait permettre d'élucider les conditions de la sécurité de vieillesse dans le Bas-St-Laurent au cours de la première moitié du XXe siècle.

CONCLUSION

Loin de consacrer l'entrée dans un âge de la dépendance, la donation de ferme permettait traditionnellement à l'agriculteur âgé de poser clairement les conditions de son autonomie à tous les niveaux - physique, économique, social, psychologique et spirituel - et lui assurait les moyens de récupérer au besoin les biens cédés et de retrouver si nécessaire son indépendance originelle.

Sans doute les rétrocessions et les procès autour des donations indiquent-ils certaines difficultés de fonctionnement du système, mais c'est le jeune couple donataire, au moins autant que les donateurs âgés, qui courait le risque d'un marché de dupe.

Aujourd'hui avec la disparition de la donation, les agriculteurs âgés passent de l'autonomie personnalisée à la dépendance abstraite des progammes sociaux.

STRATÉGIES D'ADAPTATION POSITIVE DES PERSONNES AGÉES FACE AUX SENTIMENTS DÉPRESSIFS

Philippe Cappeliez

Contrairement aux opinions reçues, il n'y a pas de raison de penser à une augmentation de l'incidence de dépressions avec l'âge. Nous parlons ici des épisodes dépressifs qui rencontrent des critères stricts de dépression majeure tels que stipulés par des manuels de diagnostic psychiatrique comme le DSM-III. La meilleure recherche sur ce sujet est celle de Myers et coll. (1984) (NIMH) qui nous rapportent une prévalence de 4% pour ces dépressions chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Il faut cependant reconnaître que les personnes âgées présentent un taux élevé de signes et de symptômes dépressifs. Ces symptômes, bien qu'ils ne soient pas suffisamment sévères pour satisfaire aux critères de dépression majeure du DSM-III, témoignent quand même d'une détresse psychologique sérieuse. On estime à entre 15 et 44%, selon les recherches, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui rapportent suffisamment de symptômes dépressifs dans leurs réponses à des questionnaires pour être qualifiées de "déprimées" selon les normes de ces instruments. C'est un point sur lequel notre recherche concorde comme nous le verrons plus loin.

Face à l'ampleur des besoins en santé mentale, de plus en plus de chercheurs et de praticiens cherchent à dévelopepr les moyens de maintenir les conditions de santé mentale et de prévenir les difficultés. Cette conception nouvelle met l'accent sur la prévention et la prise en charge active par l'individu lui-même et dans son propre milieu de vie. Il est évident que ces tentatives d'aider les personnes à s'aider elles-mêmes nécessitent une connaissance plus détaillée des compétences individuelles, de ce que les personnes font déjà, par elles-mêmes, pour faire face à leurs difficultés.

Toutes les formulations contemporaines en psychopathologie mettent l'accent sur le rôle actif que joue la personne dans la construction de son univers psychologique et dans l'utilisation des ressources pour composer avec le stress. Ces formulations contemporaines soulignent que l'adaptation face au stress de toute origine est déterminée dans une

large mesure par des processus cognitifs. Les théories cognitives (Bandura, 19779; Lazarus et Folkman, 1984) mettent l'accent plus précisément sur les évaluations, que fait la personne, de la signification de la situation stressante pour son bien-être, de ses options et capacités propres d'adaptation, et de ses chances de succès dans cette entreprise. Nous rejoignons ces auteurs en utilisant le terme d'adaptation (coping) pour parler de l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux que la personne déploie pour maîtriser, tolérer ou minimiser les demandes qui taxent ses ressources tant physiques que psychologiques.

Dans ce contexte général, il nous est apparu intéressant de cerner les idées que les personnes âgées entretiennent sur les manières de combattre les sentiments de dépression et leur évaluation de l'efficacité de ces stratégies.

Des recherches menées par Rippere (1976, 1977, 1979) ont montré qu'il existe un consensus dans la population en général sur ce qu'il y a lieu de faire pour contrer la dépression. Selon ces études, la plupart des gens disent se défendre contre la dépression en favorisant l'activité, particulièrement dans des occupations plaisantes, et la recherche du contact social et de l'aide, et en évitant la solitude, la passivité et la simple ventilation des émotions. Beckham et Adams (1984) ont proposé un instrument, le Coping Strategies Scales (COSTS), pour mesurer systématiquement 10 grandes stratégies de réponse face à la dépression. Il ressort de leur étude initiale auprès d'un échantillon adulte que les patients déprimés considèrent, à titre de stratégies les plus efficaces face à la dépression, celles qui impliquent une démarche active et concertée de résolution de la situation problématique. La passivité et le dérèglement émotionnel, qu'il se manifeste par une retenue excessive ou par une expression débridée des émotions, sont considérées par les sujets de cette étude comme les deux stratégies les plus inappropriées pour lutter contre la dépression.

A notre connaissance, jusqu'à présent, seulement deux études se sont penchées sur cette question chez les personnes âgées. Vézina et Bourque (1985) avancent que, comparées aux personnes âgées non déprimées, les personnes âgées déprimées adoptent une attitude plus passive devant les sentiments dépressifs et disent n'obtenir que de maigres résultats quand elles tentent quelque chose. Foster et Gallagher (1986) ont

rapporté que, dans l'ensemble, les personnes âgées déprimées disent adopter les mêmes stratégies d'adaptation que les personnes âgées non déprimées, mais elles considèrent que tous les types de stratégie sont moins efficaces face à la dépression.

La présente recherche s'adresse aux questions suivantes: 1) à quelles stratégies les personnes âgées recourent-elles pour faire face à la dépression, et lesquelles reconnaissent-elles comme les plus utiles?; 2) existe-t-il des différences dans la fréquence de recours à certaines stratégies, ou leur efficacité perçue, ou les deux, selon le degré de dépression?

MÉTHODE

L'échantillon se composait de cinquante-deux sujets, 34 femmes et 18 hommes, dont l'âge variait entre 54 et 76 ans, avec une moyenne de 64 ans. Les sujets ont rempli trois questionnaires: la formule abrégée du Questionnaire de Dépression de Beck (QDB) (Beck et Beck, 1972) et sa version française (Bourque et Beaudette, 1982) pour évaluer l'intensité des sentiments dépressifs, le Coping Strategies Scales (COSTS) de Beckham et Adams (1984) et sa version française (Note 1) pour mesurer le type de stratégies d'adaptation utilisées et leur degré d'utilité. En regard de chacune des 142 activités énumérées dans cet inventaire, les sujets devaient indiquer s'ils s'engageaient dans cette activité (jamais, parfois, souvent) lorsqu'ils se sentaient déprimés, et quel résultat en découlait (se sentir mieux, pire, même). Selon Beckham et Adams (1984), les diverses activités ont ensuite été regroupées selon les 10 échelles qui représentent les types de stratégies d'adaptation mesurées par le COSTS: 1. blâme: chercher à trouver qui a causé le problème; 2. expression des émotions: exprimer sa colère, son désespoir; 3. rétention des émotions: cacher ses sentiments aux autres; 4. support social/dépendance: faire appel aux autres pour de l'aide; 5. support religieux: chercher de l'aide auprès de Dieu ou de la religion; 6. restructuration cognitive: essayer de considérer ses problèmes d'une autre façon pour qu'ils deviennent plus tolérables, moins menaçants; 7. activité générale: faire quelque chose, mentalement ou physiquement, qui n'est pas relié au problème; 8. évitement/déni: éviter de penser à ses problèmes; 9. résolution de problème: prendre les moyens nécessaires pour résoudre ses problèmes; 10. passivité: accepter ses problèmes.

RÉSULTATS

Pour l'ensemble de l'échantillon, le score moyen à la version abrégée du QDB est 4.5, ce qui correspond à un degré très léger de sentiments dépressifs. Vingt-neuf pour cent des sujets ont obtenu un score égal ou supérieur à 6, et ils font partie du groupe de sujets que l'on peut qualifier de déprimés. On note la présence de sentiments dépressifs sévères (scores de 16-) chez 4% de l'échantillon.

Tableau 1: A) Activités les plus fréquemment utilisées et jugées comme les plus utiles par l'ensemble des sujets pour lutter contre les sentiments dépressifs;

B) Activités jugées comme accroissant la dépression par l'ensemble des sujets.

#	Item	% d'accord
A.18	J'essaie de faire des choses que j'aime	64
11	Je prends des dispositions pour venir à bout de mes problèmes	58
6	J'essaie de résoudre mes problèmes de la même façon que j'ai résolu des problèmes passés	57
80	J'essaie de penser aux bonnes choses dans ma vie	54
16	Je dis que mes problèmes sont insignifiants comparés à ceux des autres	54
76	J'essaie d'avoir une attitude positive et d'ignorer les aspects négatifs dans ma vie	53
4	J'essaie d'accepter mes problèmes	53
B. 8	Je suis plus émotif que d'habitude	48
19	Je me mets en colère contre mon conjoint ou un de mes proches	44
9	J'en veux à quelqu'un pour avoir causé mes problèmes	39
79	Je me mets en colère mais je le garde en-dedans	36
47	Je m'inquiète beaucoup à propos de mes problèmes	36
38	Je pense beaucoup à mes problèmes	35

Le Tableau 1 présente les activités du COSTS qui ont obtenu les plus hauts degrés de consensus à titre d'activités les plus fréquentes et les plus utiles (Tableau 1 A) et d'activités les plus néfastes (Tableau

1B), et ce pour l'ensemble des sujets. On y lit que les stratégies d'adaptation positives favorisées sont la résolution de problèmes (items 6 et 11), l'activité générale (18), et la restructuration cognitive (16 et 80). Par contre, les stratégies considérées comme les plus négatives sont l'expression des émotions (items 8 et 19), le blâme (9), la rétention des émotions (79), et la passivité (38 et 47).

Tableau 2: Activités jugées comme les plus utiles pour lutter contre les sentiments dépressifs. Les chiffres mentionnés entre parenthèses correspondent à l'étude de Beckham et Adams (1984).

	% d'accord	(position)
J'essaie de faire des choses que j'aime	64 (46)	1 (5)
Je prends des dispositions pour venir à bout de mes problèmes	58 (53)	2 (1)
J'essaie de penser aux bonnes choses dans ma vie	54 (48)	4 (3)

Le Tableau 2 présente les activités jugées comme les plus utiles pour lutter contre la dépression mentionnées parmi les 5 plus fréquemment utilisées <u>à la fois</u> dans l'étude de Beckham et Adams (1984) et dans la nôtre, pour que l'on puisse juger du degré élevé de consensus entre les deux études.

Tableau 3: Pourcentage (%) et fréquence de recours (Fr) aux activités du COSTS pour les sujets non déprimés (NDEP; N 37) et déprimés (DEP 15) et résultats du tests de khi-carré (X^2).

Activités	NDEP % (Fr)	DEP % (Fr)	X^2
Je bois de l'alcool ou je prends des médicaments pour diminuer mes sentiments de dépression	18.9 (7)	60.0 (9)	8.42**
Je cherche de l'information qui pourrait m'aider à résoudre mes problèmes	81.0 (30)	46.6 (7)	6.13*
Je fais des choses pour m'attirer l'attention des autres.	24.3 (9)	53.3 (8)	4.06*
J'essaie de penser aux bonnes choses dans ma vie	100.0 (37)	80.0 (12)	7.78**
Je deviens plus actif que d'habitude	89.2 (33)	53.5 (8)	8.19**

* p .05

** p .01

Le Tableau 3 présente les 5 activités, qui sont les seules, parmi les 142 du COSTS, auxquelles les sujets déprimés et non-déprimés disent recourir de manière significativement différente. Globalement, on y voit que les sujets non déprimés sont plus actifs et orientés vers le positif que les sujets déprimés.

Si on examine l'utilisation des différentes stratégies d'adaptation par l'intermédiaire des scores et aux dix échelles du COSTS, on constate que la seule différence entre sujets déprimés et non déprimés se manifeste au niveau d'un recours plus fréquent de ces derniers à la stratégie de résolution de problème, $\underline{t}$ (50) 2.12, p .05. En ce qui concerne le degré d'efficacité des différentes stratégies, les deux groupes ne divergent dans leur appréciation que sur une seule des dix stratégies d'adaptation: l'activité générale, comme type de stratégie pour lutter contre la dépression (faire quelque chose qui n'est pas relié au problème), est perçue comme plus efficace par les sujets non déprimés que par les sujets déprimés, $\underline{t}$ (50) 2.29, p .05.

DISCUSSION

Que 29% de nos répondants ait obtenu un score de personne "déprimée" au QDB et une statistique à première vue alarmante qui appelle un premier commentaire. Un score élevé à cet inventaire reflète davantage une accumulation de difficultés, par exemple une humeur maussade, une vision pessimiste du futur, des troubles de sommeil, une diminution de la satisfaction de l'existence, plutôt qu'un syndrome dépressif majeur. S'il n'est donc pas justifié de considérer un tiers de notre échantillon comme déprimé au plein sens clinique, il n'en reste pas moins que ces personnes rapportent un malaise psychologique réel. Ceci constitue un argument supplémentaire en faveur de l'instauration de services à la communauté pour aider les personnes âgées à développer les habiletés comportementales et cognitives pour composer avec les sentiments dépressifs (Thompson, Gallagher, Nies et Epstein, 1983).

Les opinions des personnes âgées de notre échantillon, sur ce qu'il y a lieu de faire et d'éviter lors d'accès dépressifs, ne diffèrent pas foncièrement de celles de la population en général, si on en juge par les travaux de Rippere (1977, 1979) et de Beckham et Adams (1984). Il est à noter que le niveau de consensus au sein de notre échantillon est même plus élevé que celui rapporté par Beckham et et Adams (1984). Sur ce point, ces résultats concordent avec ceux de Vézina et Bourque (1985). Ce tableau des comportements spontanés des personnes âgées face aux affects dépressifs est à l'opposé des stéréotypes de l'évitement ou de la passivité. Cette absence de différence correspond aux conclusions de Folkman et Lazarus (1980) et de McCrae (1982) selon lesquels l'avancement en âge ne modifie pas significativement les stratégies d'adaptation au stress en général. Notre recherche ajoute que cette proposition est également applicable dans le cadre des efforts contre les sentiments dépressifs. Les conclusions de la présente recherche sont cependant limitées par la nature de notre échantillon, composé de personnes relativement jeunes, issues d'un milieu relativement privilégié. Il serait intéressant de ré-examiner les présentes hypothèses auprès d'un groupe plus hétérogène sur les variables de santé physique, d'éducation, et de conditions de vie. Notons au passage que la taxonomie des événements qui précipitent les sentiments dépressifs chez les personnes âgées reste à faire. Les recherches de Lazarus et de ses collaborateurs soulignent

l'importance des frustrations et des irritations de la vie quotidienne, qui incluent des problèmes pratiques et des préoccupations reliées à la santé et aux ressources financières.

Une différence notable entre nos résultats et ceux de Rippere (1977, 1979) doit être mentionnée ici. Les personnes âgées de notre échantillon rapportent recourir nettement moins à l'aide des proches ou des professionnels pour faire face aux affects dépressifs. Cette constatation correspond à l'un des résultats majeurs du volet de note recherche portant sur le concept de dépression (Cappeliez et Patry, 1985). Dans cette étude, les personnes âgées manifestaient une grande incertitude quand on leur demandait si une personne déprimée devait essayer de faire face au problème par elle-même ou demander de l'aide professionnelle. Cette profession d'autonomie est certes positive. Malheureusement, elle pourrait tout aussi bien être un indice négatif: isolement social, crainte d'être considéré comme incompétent, ignorance de l'existence et de l'utilité des interventions non médicales. Les recherches futures devraient préciser les causes réelles de ce désintérêt pour pouvoir y remédier.

Les comparaisons entre sujets selon le niveau d'intensité des sentiments dépressifs ont révélé seulement deux différences significatives: les sujets qui rapportent le plus de sentiments dépressifs utilisent moins fréquemment la résolution de problème comme stratégie d'adaptation et ils rapportent que l'activité générale leur est moins utile. On pourrait estimer que le peu de différence est dû au fait que les sujets de notre recherche ne présentaient que de faibles évidences de dépression. Pourtant, Foster et Gallagher (1986) qui s'adressaient à des patients psychiatriques sévèrement déprimés, n'ont eux aussi mis à jour qu'une seule différence significative, à savoir que la stratégie de décharge émotionnelle était plus prévalente chez leurs sujets déprimés. Etant donné leur niveau sévère de dépression, ce dernier résultat n'est pas surprenant. La présente recherche précise le propos tenu par Vézina et Bourque (1985). L'utilisation d'un instrument de mesure calibré par la recherche dans le domaine de la dépression nous permet de suggérer que les différences entre sujets âgés plus ou moins déprimés se concentrent autour d'une stratégie en particulier: la résolution de problème.

Tableau 4: Les items du COSTS (Beckham et Adams, 1984) qui composent l'échelle de résolution de problème (Echelle 9).

- J'esssaie de résoudre mes problèmes de la même façon que j'ai résolu des problèmes passés.
- Je prends des dispositions pour venir à bout de mon problème.
- Je cherche de l'information qui pourrait m'aider à résoudre mes problèmes.
- J'effectue des changements majeurs dans mon style de vie (divorce, emploi, etc.).
- Je lis des livres qui traitent des façons de s'aider soi-même quand on est déprimé.
- Je fais des projets pour venir à bout de mes problèmes.
- Je pense à des façons de venir à bout de mes problèmes.
- Je pèse attentivement le pour et le contre des alternatives pour résoudre mes problèmes.
- Je m'affirme et j'agis de façon positive pour résoudre les problèmes qui me dépriment.
- Je prends des moyens pour résoudre mes problèmes.
- J'essaie de trouver ce qui me rend déprimé(e).

Le Tableau 4 présente les 11 items qui composent l'échelle de résolution de problème du COSTS. La résolution de problème, particulièrement dans le cadre des relations interpersonnelles, est un sujet de recherche active dans le domaine de la dépression (Heppner, Baumgardner et Jackson, 1985; Nezu, 1986). Des recherches très récentes suggèrent qu'un déficit dans les habiletés de résolution de problèmes pourrait contribuer à faire perdurer la dépression (Billings et Moos, 1985; Heppner et coll., 1985). Quoi qu'il en soit, puisque les problèmes reliés à la santé, au décès des parents et des amis, et aux revenus sont à toute fin pratique prévisibles dans la vie des personnes âgées, ils se présentent comme des cibles particulièrement judicieuses pour les programmes axés sur la prévention.

Il nous semble important de mentionner ici un résultat préoccupant, sur lequel notre recherche s'accorde avec celle de Vézina et Bourque (1985). Il s'agit de la fréquence relativement élevée de recours

à la consommation d'alcool et de médicaments, pour faire face aux sentiments dépressifs.

Devant la pression du nombre, les professionels de la santé mentale vont être de plus en plus amenés à concevoir des programmes pour prévenir l'apparition ou pour enrayer la progression des troubles psychiques chez les personnes âgées. Les résultats de la présente recherche militent en faveur de l'élaboration d'interventions pour préparer les personnes âgées à composer avec les sentiments dépressifs, avant que les difficultés ne soient devenues si graves qu'elles nécessitent des soins intensifs. A ce sujet, une approche psycho-éducative visant au développement d'habiletés comportementales et cognitives apparaît comme une modalité d'intervention prometteuse (Fry, 1984; Steinmetz, Thompson, Breckenridge et Gallagher, 1985).

Note 1. Le Coping Strategies Scales (COSTS) a été traduit en français et utilisé pour cette étude avec la permission des auteurs de l'instrument. Les chercheurs intéressés à l'utiliser doivent d'abord s'adresser à eux.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées à Philippe Cappeliez, Ph.D., Centre des Services Psychologiques, Université d'Ottawa, 275, Nicholas, Ottawa, Ontario, K1N 6N5.

Références

Bandura, A. (1977) Self-efficacy, toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Beckham, E.E., Adams, R.L. (1984) Coping behavior in depression: report on a new scale. Behaviour Research and Therapy, 22, 71-75.

Billing, A., Cronkite, R.C., Moos, R.H. (1983) Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. Journal of Abnormal Psychology, 92, 119-133.

Blazer, D. (1982) The epidemiology of late life depression. Journal of the American Geriatrics Society, 30, 587-592.

Blazer, D., Williams, C.D. (1980) Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. American Journal of Psychiatry, 137, 439-444.

Bourque, P., Beaudette, D. (1982) Etude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 14, 211-218.

Cappeliez, P., Patry, S. (1985) Le concept de dépression chez les personnes âgées. Manuscrit non publié, Université d'Ottawa.

Coyne, J.C., Aldwin, C., Lazarus, R.S. (1981) Depression and coping in stressful episodes. Journal of Abnormal Psychology, 90, 439-447.

Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980) An analysis of coping in a middle aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.

Foster, J.M., Gallagher, D. (1986) An exploratory study comparing depressed ans nondepressed elders' coping strategies. Journal of gerontology, 41, 91-93.

Fry, P.S. (1984) Cognitive training and cognitive-behavioral variables in the treatment of depression in the elderly. Clinical Gerontologist, 3, 25-45.

Heppner, P.P., Baumgardner, A., Jackson, J. (1985) Problem-solving self-appraisal, depression, and attributional style: Are they related? Cognitive Therapy and Research, 9, 105-113.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.

Lazarus, R.S., De Longis, A. (1983) Psychological stress and coping in aging. American Psychologist, 38, 245-254.

McCrae, R.R. (1982) Age differences in the use of coping mechanisms. Journal of Gerontology, 37, 454-460.

Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L. et coll. (1984) Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Archives of General Psychiatry, 41, 959-967.

Nezu, A.M. (1986) Cognitive appraisal of problem-solving effectiveness: Relation to depression and depressive symptoms. Journal of Clinical Psychology, 42, 42-48.

O'Hara, M.W., Kohout, F.J., Wallace, R.B. (1985) Depression among the rural elderly, a study of prevalence and correlates. Journal of Nervous and Mental Diseases, 173, 582-589.

Rippere, V. (1977) "What's the thing to do when you're feeling depressed?" - A pilot study. Behaviour, Research and Therapy, 15, 185-191.

Rippere, V. (1979) Scaling the helpfulness of antidepressive activities. Behaviour, Research and Therapy, 17, 439-449.

Schwab, J.J., Holzer, C.E., Warheit, G.J. (1973) Depressive symptomatology and age. Psychosomatics, 14, 135-141.

Steinmetz, J.L., Thompson, L.W., Breckenridge, J.N., Gallagher, D.E. (1985) Behavioral Group Therapy: A psychoeducational approach. In D. Upper & S. Ross (Eds.). Handbook of Behavioral Group Therapy. New York: Plenum.

Thompson, L.W., Gallagher, D., Nies, G. Epstein, D. (1983) Evaluation of the effectiveness of professionals and nonprofessionals as instructors of "Coping with Depression" classes for elders. The Gerontologist, 23, 390-396.

Vézina, J., Bourque, P. (1985) Les stratégies comportementales adoptées par les personnes âgées devant les sentiments dépressifs. Revue Canadienne du Vieillissement, 4, 161-169

Zarit, S.H. (1980) Aging and Mental Disorders, Psychological Approaches to Assessment and Treatment, New York: Free Press.

DEUXIÈME PARTIE

Les manifestations de l'autonomie des personnes âgées

LA DEMANDE DE SERVICES SOCIO-SANITAIRES PUBLICS DE LA PART DES PERSONNES AGÉES : ÉLÉMENTS DE PROBLÉMATIQUE ET DIRECTIONS DE RECHERCHE

Marc-André Delisle

1.0 Introduction

Le problème de la demande de services socio-sanitaires publics (désormais : DSSSP) de la part des personnes âgées est très complexe. Il comporte un grand nombre d'aspects et beaucoup de facteurs entrent en jeu. Cela conduit les chercheurs à n'examiner qu'un même type de variables à la fois (démographiques, économiques, politiques, psychosociologiques), quelques variables seulement ou des cas particuliers[1]. En procédant ainsi, il n'est guère possible de construire des modèles permettant de prévoir adéquatement l'évolution de ladite demande. Pourtant, ce problème est crucial. D'une part, il concerne directement la qualité de la vie des gens âgés car des soins et services insuffisants ou inadéquats peuvent rendre leur existence pénible. D'autre part, ces soins et services coûtent cher et le vieillissement progressif de la population est susceptible d'accroître ces coûts[2]. Il est donc impératif d'étudier systématiquement le sujet même si de telles études peuvent être complexes.

La réalisation de travaux du genre exige l'élaboration préalable d'outils conceptuels et méthodologiques capables d'intégrer les différentes dimensions du phénomène considéré. Tel est l'objet de ce texte. Nous y exposons les fondements de deux approches conçues pour analyser ledit phénomène : la perspective sphériste qui a été expliquée plus longuement dans d'autres documents[3] et l'approche contextuelle qui est plus générale. Cet essai a un caractère exploratoire. Il est le fruit de nos réflexions, lectures et recherches des dernières années. Il est livré ici en espérant que les remarques et critiques qu'il suscitera feront avancer la démarche amorcée.

2.0 La perspective sphériste

La perspective sphériste a été développée pour mieux comprendre le phénomène de la solitude des personnes âgées et pour saisir l'impact de ce phénomène sur la DSSSP originant de ces personnes. Cette approche emprunte et intègre des concepts et propositions puisées dans la théorie mathématique des ensembles[4]. La présente section porte sur les concepts et propositions de la perspective sphériste qui sont pertinents au propos de ce document.

Le modèle élaboré repose sur le concept de sphère. Celle-ci est l'articulation des trois structures qui encadrent les activités des groupes et individus (désignés par le terme d'entités humaines) : l'ordre temporel, l'ordre spatial et l'ordre social. L'ordre temporel est la façon dont les gens s'occupent, i.e. la répartition de leurs activités dans le temps et l'échelle de temps (horaire, calendrier, programme, etc.) qui en résulte. L'ordre spatial est un ensemble de lieux et de voies d'accès correspondant aux activités pratiquées (ex. : le plan d'une ville ou celui d'une maison). L'ordre social réunit le entités humaines avec lesquelles chaque groupe ou individu pratique ses activités. C'est la communauté locale, le réseau d'amis, la société, etc. Chacune de ces structures a ses propres caractéristiques : taille, nombre d'éléments, distance le séparant, etc.[5]

La sphère s'organise selon deux principes. Le premier veut que les activités pratiquées par les groupes et individus déterminent la façon dont ils occupent leur temps, la manière dont ils aménagent leur espace et le type de rapports qu'ils entretiennent avec leurs semblables. Le tout confère à la sphère une certaine fermeture car ses structures constitutives sont fortement imbriquées les unes aux autres du fait qu'elles sont tributaires des mêmes objets, soit les activités. Il s'ensuit que lesdites structures se limitent mutuellement. Par exemple : le temps réduit la quantité de relations sociales qu'il est possible d'entretenir tandis que l'espace (distance) conditionne les rapports sociaux et l'aménagement du temps. Cela a également pour conséquence la dissociation relative des sphères. Quand la dissociation est partielle une inter-sphère réunit les sphères d'origine, ce qui n'est pas le cas lorsque la dissociation est totale.

Le second principe sous-jacent à l'organisation de la sphère est que les activités pratiquées par les entités humaines s'ordonnent hiérarchiquement, c'est-à-dire que les activités-pivots (les plus importantes) sont déterminantes de l'exercice des activités contingentes (celles qui, par définition, passent au second plan)[6]. Ce mode de répartition des occupations des entités humaines confère à la sphère et à ses structures constitutives un caractère téléogique. La sphère devient alors un système organisé en fonction de l'atteinte de buts qui sont spécifiques à chaque groupe et individu[7]. Les buts poursuivis articulent la pratique des activités nécessaires à leur atteinte (ainsi que les temps, espaces et personnes leur correspondant) autour d'un axe qui prend une orientation spécifique, c'est-à-dire un sens. Parce qu'il est le résultat d'une combinaison d'éléments, le sens de l'axe de la sphère est une force (potentielle ou actuelle). Quand deux entités humaines prennent contact à travers une activité commune, les forces se dégageant de l'orientation de leur sphère entrent en rapport. Si les orientations des sphères d'origine sont convergentes, lesdites sphères ont tendance à s'associer. Dans le cas contraire (situation de dislocation de sphère), elles sont portées à se dissocier.

L'approche sphériste s'applique directement à l'étude de la DSSSP de la part des gens âgés. Ainsi, ce phénomène met en cause trois entités humaines : l'individu âgé, son entourage et les dispensateurs de services. Les sphères de ces entités humaines peuvent être plus ou moins dissociées et disloquées l'une l'autre, ce qui a un impact sur ladite demande. La documentation consultée montre que les indicateurs d'association entre la sphère des personnes âgées et celle des dispensateurs de services (comme les relations entre les gens âgés et ceux qui fournissent l'aide ou le contact via un membre de l'entourage de l'individu âgé ou encore, la connaissance qu'a celui-ci de l'accessibilité des ressources formelles) sont corrélés avec l'usage des services[8]. Il en va de même des indicateurs relatifs au degré de dislocation des axes des sphères. Les personnes âgées les plus scolarisées ainsi que celles de classe moyenne et celles des groupes ethniques dominants d'une société utilisent davantage les services publics que les plus défavorisées et (ou) les plus isolées culturellement[9].

Ces propositions très générales souffrent de nombreuses exceptions et leur application est essentiellement contextuelle. D'où la nécessité de recourir à cette seconde approche pour mieux comprendre le problème de la DSSSP de la part des personnes âgées.

3.0 L'approche contextuelle

La notion de contexte est souvent employée en sciences humaines et notamment en linguistique[10], mais, à ce que nous sachions, son pouvoir d'explication ne semble pas encore avoir été pleinement exploité en sociologie et en gérontologie. Dans cette section, nous allons tenter de constituer ce concept en un instrument d'analyse applicable à l'étude des questions soulevées dans la présente communication. Comme c'est la première fois que nous parlons de l'approche contextuelle dans une publication, cet exposé sera un peu plus élaboré que celui de la section précédente.

3.1 Concepts fondamentaux

Le mot "contexte" vient du verbe latin "texere" qui veut dire "tisser". A son étymologie se rattachent deux idées qui se retrouvent dans les diverses acceptions de ce terme. D'une part, le contexte constitue une toile de fond qui donne une signification à ce qui s'y insère et à ce qui vient y figurer[12]. C'est, par exemple, le référent des linguistes[13]. Dans cette perspective, le contexte n'a pas de dynamique propre et son rôle est passif. D'autre part, le contexte est également vu comme la rencontre plus ou moins fortuite d'éléments. Il est alors synonyme de "concours de circonstances", de "conjoncture" et de "situation"; à la limite, lorsqu'une structure se dessine, le contexte joue un rôle analogue à l'environnement chez les systémiste, c'est-à-dire un rôle actif[14].

Notre définition du contexte intègre ces deux grandes idées. Celui-ci regroupe l'ensemble des facteurs qui produisent les événements. De plus, il est présumé que ces facteurs sont interreliés et que le tout a un caractère systémique. Le contexte a donc une structure dont la responsabilité dans la production des événements est aussi importante que les facteurs eux-mêmes. Avant de décrire cette structure, il faut définir les concepts d'événement, de facteur et d'élément.

Selon Le Robert, l'événement est un "fait auquel vient aboutir une situation"[15]. Dans la présente problématique, ce concept désigne essentiellement l'effet du contexte. Le cas échéant, tous les phénomènes humains sont événementiels, autant l'existence des êtres que leur action ou activité. Le contexte et l'événement renvoient l'un à l'autre. Le contexte produit l'événement qui contribue à la création d'un nouveau contexte responsable d'un nouvel événement, et ainsi de suite indéfiniment. En conséquence, les principes gouvernant les rapports entre les contextes (voir sous-section 3.3) vaudront autant pour les contextes que pour les événements qu'ils provoquent.

Autres concepts : ceux de facteur et d'élément. Ces termes sont souvent employés comme synonymes et ce sera le cas dans ce document. Ils désignent les composantes des contextes. Toutefois, conformément aux usages les plus courants de ces vocables[16], il faudrait, en toute rigueur, désigner par éléments les composantes les plus stables et fondamentales des contextes (comme l'existence des êtres) tandis que devraient s'appeler facteurs les composantes idiosyncrasiques des contextes (par exemple, dans le cas de la DSSSP de la part des personnes âgées : une maladie soudaine; le décès du conjoint; le départ de l'enfant-soutien, etc.). Le rôle des facteurs et des éléments est tributaire du palier de détermination où ils se trouvent. Il importe donc maintenant de parler de la structure des contextes.

3.2 La structure générale des contextes

Le contexte est une structure comprenant plusieurs dimensions et plusieurs paliers de détermination. A chacun des paliers se combinent des facteurs (figure 1). Il est impossible (et, de toute manière, inutile) de considérer tous les paliers et facteurs car ils n'exercent pas tous une influence significative sur l'événement examiné. En construisant le contexte, il faut rechercher et analyser les composantes les plus pertinentes tout en demeurant conscient des implications des choix effectués[17].

Les dimensions des contextes des événements humains[18] sont les arêtes de la pyramide contextuelle générale[19]. Ces dimensions sont les

structures constitutives de la sphère, soit l'ordre temporel, l'ordre spatial et l'ordre social[20]. Au bas de la pyramide se trouvent les plus grandes entités humaines et en haut, les plus petites. Conséquemment, l'ordre temporel de cette pyramide part du passé le plus lointain et rejoint le présent. Il y a même possibilité de faire des extrapolations, i.e. d'imaginer des contextes futurs. L'ordre spatial va du monde entier jusqu'au lieu de l'événement alors que l'ordre social commence avec l'humanité et s'achève avec l'individu[21].

Les dimensions des contextes sont des échelles graduées. Le raccordement des échelons donne des paliers. Par le regroupement de ces derniers, il devient possible de diviser la pyramide contextuelle en trois étages : celui des éléments fondamentaux, celui des facteurs structurels et celui des éléments moteurs (figure 1). A la base de la pyramide s'articulent les éléments qui déterminent en dernière instance l'action des autres.

Viennent ensuite les facteurs structurels qui médiatisent l'influence des éléments fondamentaux sur les éléments moteurs. Les éléments moteurs sont directement responsables de l'événement : ils en sont les principaux agents. Ces éléments sont également ceux dont l'action est la plus conditionnée par les facteurs qui se trouvent aux niveaux inférieurs. De par la position qu'ils occupent, les éléments moteurs jouissent d'un maximum d'autonomie et sont sujets à de fortes variations à court terme, ce qui explique leur caractère relativement idiosyncrasique. Les facteurs structurels et fondamentaux sont généralement plus stables et se transforment habituellement à long terme (ils peuvent cependant changer rapidement comme cela se produit lors d'une guerre ou d'un cataclysme). Leur action sur les événements est conséquemment plus importante que celle des éléments moteurs, mais elle est moins directe.

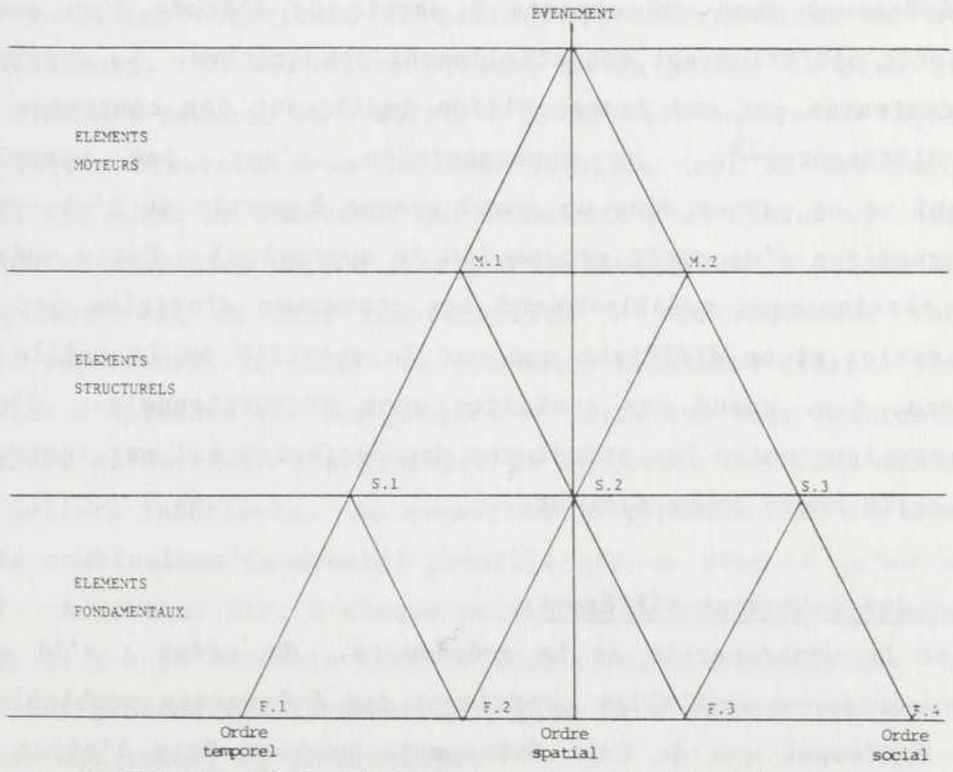
Les événements humains sont produits par une combinaison de divers types de facteurs : biologiques, démographiques, économiques, politiques, culturels, affectifs, etc. Il est difficile de savoir si un type de facteurs a une prépondérance constante. En sciences humaines, de vieux débats divisent les penseurs sur la primauté de la nature sur la culture

(et vice-versa) ou encore, sur la prééminence de l'économique sur le culturel (et vice-versa). Le modèle proposé ici ne permet évidemment pas de trancher de tels débats. Il subsume uniquement que s'il y a une hiérarchie entre les types de facteurs, celle-ci dépend vraisemblablement de la structure des éléments qui se trouvent aux paliers inférieurs. Cette hiérarchie serait alors macrosocialement et historiquement déterminée. Le cas échéant, dans une société donnée, l'économique macrosocial pourrait être dominant et déterminant en dernière instance de l'action des autres éléments alors que dans une collectivité différente et (ou) à une autre époque l'économique ou même le biologique (la survie immédiate) serait le groupe de facteurs le plus important[22].

En s'articulant, les facteurs producteurs d'événements forment une configuration contextuelle. Chaque événement a donc sa propre configuration contextuelle. Ce postulat, qui dérive des précédentes définitions, autorise l'établissement de relations entre les contextes-événements. Ces relations s'établissent sur la base de principes qui seront exposés dans la section suivante.

FIGURE I

CONFIGURATION CONTEXTUELLE GENERALE



- Ce modèle est en réalité un tétraèdre, mais pour des raisons pictographiques, nous l'avons représenté sous la forme d'un triangle.

3.3 Les principes gouvernant les rapports entre les contextes

Les rapports entre les contextes sont régis par au moins quatre lois : celle des contextes semblables, celle des contextes différents, celle des contextes possibles et celles des contextes probables. Dans la présente section, ces lois seront formulées et leurs implications, dégagées.

3.3.1 La loi des contextes semblables

La première loi est en quelque sorte une évidence. Elle veut que les contextes semblables produisent des événements semblables. Donc, plus les contextes se ressemblent, plus ils sont susceptibles de produire les mêmes événements. Deux contextes se ressemblent quand des éléments de même genre ont un statut comparable dans chacun des contextes considérés. Semblable n'est toutefois pas synonyme d'identique. Les contextes identiques sont le cas limite des contextes semblables. Dans la réalité, les premiers n'existent virtuellement pas. D'où des différences plus ou moins marquées entre les événements produits.

Quand la similitude a été suffisamment bien établie, cette loi permet de transposer et de superposer les contextes. La transposition consiste à prédire un événement dans un contexte à partir de l'étude d'un autre contexte. Cette opération est essentiellement comparative. La superposition des contextes est une transposition impliquant des contextes de dimensions différentes[23]. La superposition, c'est, par exemple, prévoir ce qui va se passer dans un grand groupe à partir de l'observation de la dynamique d'un petit groupe (ou le contraire). Cette opération est heuristiquement valable quand les contextes d'origine ont la même configuration et ne diffèrent que par la quantité ou la taille de leurs éléments, i.e. quand ces contextes sont proportionnels. C'est alors la comparaison entre les structures des contextes qui est instructive et non celle entre leurs éléments.

3.3.2 La loi des contextes différents

Cette loi est la contrepartie de la précédente. En effet : s'il est vrai que des contextes semblables produisent des événements semblables, il est vrai également que de tels événements peuvent être l'effet de

contextes différents. Par exemple, les gens se déplacent pour une diversité de raisons. Toutefois, ce sont des raisons analogues qui amènent chaque groupe de personnes à effectuer régulièrement les mêmes déplacements. Cela implique que, sur un palier donné de la pyramide contextuelle générale, puissent se côtoyer une pluralité d'ensembles de contextes aboutissant à un même genre d'événements. Dès lors, les contextes appartenant à un ensemble donné se ressembleront alors que les ensembles auxquelles ils ressortissent différeront.

Cependant, les événements produits par des contextes différents n'ont pas la même signification car celle-ci est donnée par le contexte[24]. Par exemple, Lucie Bélanger[25] a montré que les demandes d'admission: en HLM pour gens âgés étaient la conséquence d'une variété de situa-: tions: tantôt l'insécurité face à l'avenir, tantôt des conditions de vie vraiment difficiles. La portée d'un événement dépend donc du contexte dont il est issu.

3.3.3 La loi des contextes possibles

Cette loi est la plus complexe des quatre. Pour la comprendre, il faut revenir au contexte général (figure 1). Celui-ci est un ensemble de sous-contextes constitués de paliers de détermination où s'articulent des éléments. Il est alors présumé qu'au palier le plus fondamental, les éléments peuvent se combiner d'un certain nombre de façons, chacune des façons étant un sous-contexte possible (car la combinaison d'éléments est aussi un événement qui ressortit à un contexte). La gamme des contextes possibles dépend alors, à ce niveau, de la nature des éléments en présence et de leur compatibilité[26]. En remontant vers les paliers supérieurs, le nombre de contextes possibles diminue parce qu'il y a moins d'éléments sur ces paliers et parce que leur combinaison est déterminée en dernière instance par la structure des éléments se trouvant aux paliers inférieurs. Au sommet de la pyramide, il n'y a donc qu'une seule combinaison (contexte) possible qui ne produit qu'un seul événement. Autrement dit, à chaque palier de la pyramide contextuelle générale, il y a un ensemble fini de sous-contextes possibles. Plus ce palier est profond (ou fondamental), plus le nombre de sous-contextes possibles est grand, et inversement.

Cette loi implique que, si à un palier donné, un sous-contexte K produit un événement E, il peut exister sur ce même palier un sous-contexte K' susceptible de produire l'événement E' différent de E. Il s'agira alors soit de l'événement contraire à E, soit d'un autre événement, soit d'une absence d'événement (ou d'effet) qui, dans un contexte donné, constitue en soi un événement particulier. Cela permet de comprendre le phénomène des effets pervers fréquemment observés dans le domaine des politiques sociales (entre autres)[27]. Celles-ci n'atteignent pas toujours leurs objectifs et (ou) créent des problèmes inattendus.

Le principe qui vient d'être énoncé explique également les effets de seuil. Par exemple, en parcourant les recherches relatives à l'influence de la solitude sur la DSSSP chez les personnes âgées, nous avons constaté que le rapport entre les deux variables semblait curvilinéaire[28]. C'est-à-dire que les plus isolés et les mieux entourées ont assez peu recours aux ressources formelles pour des raisons (contextes) différentes. Ceux qui font le plus appel à ces ressources sont des gens insérés dans un milieu qui ne peut leur fournir toute l'aide requise. Les individus composant ce milieu seraient alors portés à diriger leurs vieillards vers les SSSP[29]. Cette hypothèse, qui aurait besoin d'être vérifiée systématiquement, montre comment la loi des contextes possibles peut s'appliquer.

3.3.4 La loi des contextes probables

La loi des contextes probables est un corollaire de la précédente. Si, à un même palier de la pyramide contextuelle, tous les contextes-événements possibles ont une certaine probabilité d'occurrence (non nulle), cette probabilité d'occurrence n'est pas nécessairement identique pour chacun d'entre eux. Il y a peut-être équiprobabilité d'occurrence au palier le plus fondamental, mais dès que se réalisent des combinaisons de facteurs, celles-ci réduisent les chances d'actualisation des autres combinaisons possibles à ce palier. Cela tient au fait que la capacité de combinaison des facteurs est limitée par leur nature concrète, humaine, matérielle ou biologique[30]. Par exemple, les gens ont accès à une vaste gamme d'activités, mais ils ne peuvent en pratiquer une infinité car tout choix d'activité diminue les ressources nécessaires

(temps, énergie, argent, etc.) à l'exercice des autres occupations. Il s'ensuit que, de façon purement mathématique, la quantité de contextes possibles (et réels) s'amoindrit en remontant vers les paliers supérieurs de la pyramide contextuelle générale (d'où d'ailleurs sa forme pyramidale).

Cela n'exclut pas qu'une combinaison particulière de facteurs puisse élargir le champ des possibles dans un domaines quelconque (par exemple, quand le choix d'une activité donne accès à l'exercice d'un grand nombre d'occupations ou à quantité de contacts sociaux). Toutefois, en ouvrant un champ de possibles, ladite combinaison de facteurs en ferme plusieurs autres théoriquement aussi étendus (par exemple, les occupations et contacts sociaux auxquels auraient pu donner accès la totalité des activités susceptibles d'avoir été choisies). En conséquence, l'étendue des possibilités ouvertes par une combinaison de facteurs sur un palier de la pyramide contextuelle est toujours inférieure (ou, au mieux, égale) à l'étendue des possibilités qu'auraient pu ouvrir toutes les autres combinaisons de facteurs susceptibles de se produire sur le même palier. Comme toutes les combinaisons potentielles ne peuvent se réaliser, les choix, quand ils sont permis, sont inévitables. Ceux-ci viseront l'élargissement optimal du champ des possibles et (ou) l'accès à des opportunités spécifiques.

De cette loi et de l'ensemble de la construction théorique qui précède, se dégagent des propositions applicables à l'étude d'un grand nombre de phénomènes dont celui de la DSSSP de la part des personnes âgées. Ces propositions seront énoncées dans la prochaine section.

4.0 Propositions relatives à la demande de services socio-sanitaires publics de la part des gens âgés

Les propositions qui suivent constituent une première tentative d'application des modèles qui viennent d'être construits. Ces propositions sont assez générales. Leur formulation vise un double but : d'une part, établir la valeur heuristique desdits modèles, i.e. montrer qu'ils peuvent aider à mieux comprendre le phénomène étudié ; d'autre part, dégager les orientations de recherche suggérées par le cadre théorique qui

précède. La démarche adoptée ici consistera à préciser le concept de demande de sevices socio-sanitaires publics, puis à examiner le contexte général qui est responsable de cette demande.

4.1 Le concept de demande de services socio-sanitaires publics

La façon de concevoir un phénomène influence la manière de l'étudier. D'où l'importance de bien préciser la portée des concepts employés. La demande de services doit être distinguée de leur utilisation ainsi que de l'établissement et de l'expression de besoins. Selon Zay, la demande est un "acte par lequel on cherche à se procurer un produit ou un service sur le marché"31. Il s'agit donc d'un geste concret qui engage la personne (comme l'utilisation de services). Le concept de besoin est beaucoup plus vague. Des définitions proposées par divers auteurs[32], il ressort que le besoin est un déficit résultant d'un décalage entre deux états possibles de l'individu, l'un des deux états étant considéré comme plus souhaitable que l'autre. La notion de besoin relative à l'appréciation qui est faite desdits états de l'individu, appréciation qui dépend des normes et des valeurs des groupes et personnes impliquées. De plus, les besoins sont exprimés par ceux qui les ressentent et (ou) établis par des spécialistes[33]. L'expression des besoins renvoie à la problématique de la demande de services et de leur utilisation alors que l'établissement des besoins précède généralement l'offre de service et réfère à la problématique de leur accessibilité. Reste que tous ces phénomènes (expression, établissement des besoins, demande et utilisation des services) sont des événements appartenant à une même classe. En conséquence, il y a probablement des ressemblances entre leurs configurations contextuelles. Mais ce ne sont pas des phénomènes identiques, plusieurs études ayant montré que les besoins exprimés ou établis ne se traduisent pas automatiquement en demande et utilisation de services[34]. Les rapports entre les contextes de ces phénomènes constituent donc un domaine de recherche en soi, relativement peu exploré.

Il y a également des différences et des ressemblances entre les divers types de services. En s'inspirant de Zay, il est possible de définir le mot service comme étant un appui ou une aide donné à quelqu'un par un ou

plusieurs individus et (ou) groupes[35]. Il existe une vaste gamme de services publics. Ceux qui sont le plus souvent dispensés aux personnes âgées sont sociaux et sanitaires. Le social doit être entendu ici au sens large. Il va de l'aide purement économique (pension, rente) ou psychologique (consultation, psychothérapie) en passant par le logement et le loisir. Il en est de même du sanitaire. Celui-ci va du médical jusqu'aux soins d'hygiène fondamentale en passant par la physiothérapie et l'ergothérapie.

Les services sociaux ne peuvent être totalement dissociés de ceux qui touchent à la santé dans la mesure où les problèmes sanitaires comportent des dimensions psychosociales et où les problèmes psychosociaux sont toujours susceptibles d'affecter la santé des individus concernés[36]. En conséquence, chaque demande formulée pour obtenir un des deux types de services constitue un événement ressortissant à un contexte spécifique. Le dit contexte est toutefois susceptible de présenter des ressemblances plus ou moins marquées avec celui qui est responsable de la demande de l'autre type de services. Les rapports entre ces contextes auraient donc avantage à être toujours étudiés de façon systématique.

Enfin, le concept de service public employé ici englobe toutes les formes d'aide dispensées et (ou) financées par l'Etat. Celui-ci n'exerce pas un contrôle direct sur tous les services qu'il subventionne, de telle sorte que plusieurs organismes fournissent des services du même genre[37]. Il serait intéressant d'examiner les rapports entre les contextes aboutissant à la demande d'une même forme d'aide à une pluralité d'organismes (notamment en ce qui a trait au soutien des personnes âgées en perte d'autonomie). Ce problème et ceux qui ont été soulevés dans la présente section, renvoient au contexte général qui est responsable de la DSSSP de la part des gens âgés.

4.2 Le contexte général qui est responsable de la DSSSP de la part des personnes âgées

La demande de services socio-sanitaires publics de la part des personnes âgées est le sommet (c'est-à-dire l'événement) de la pyramide

contextuelle étudiée ici. Cette pyramide a une base consitutée par les éléments fondamentaux qui sont macrosociaux, puis un étage intermédiaire formé par les structures de groupes concernés et enfin, un niveau supérieur où s'articulent les déterminants immédiats du phénomène considéré. Quelques-uns des facteurs agissant à chacun de ces paliers seront examinés dans les paragraphes suivants. Ce travail sera évidemment effectué à grands traits car la reconstitution de l'ensemble de la pyramide contextuelle en cause serait un travail énorme.

4.2.1 Le niveau fondamental

La DSSSP de la part des personnes âgées est la résultante de l'action de facteurs liés à l'origine de la collectivité concernée et à son mode de vie. Les perspectives diachronique et synchronique sont donc nécessaires à l'intelligence du problème étudié. Les facteurs les plus importants sont géographiques, biologiques, démographiques, économiques, politiques et culturels. Ces facteurs sont intimement reliés et il est difficile d'isoler l'effet de chacun d'eux.

Au plan géographique, entrent en ligne de compte l'étendue et les caractéristiques du territoire ainsi que l'évolution des rapports entre les populations et leur territoire . Ces facteurs sont sous-jacents à l'implantation et à la distribution des services. Une région très vaste et (ou) fortement accidentée n'est jamais facile à couvrir. De même, une telle région pose des problèmes à ceux qui doivent se déplacer pour obtenir des services. Mais plus important encore est, à ce niveau, la question de l'urbanisation. Au Québec, par exemple (et aussi dans plusieurs pays du Tiers monde) l'urbanisation tend à isoler les personnes âgées[38]. Celles-ci restent dans leur milieu d'origine alors que leurs descendants s'en vont dans les grandes villes. Il arrive alors que les gens âgés soient privés de leurs formes traditionnelles de soutien. Cet exemple montre que chaque société entretient un rapport particulier avec son espace et que ce rapport peut avoir une influence directe ou indirecte sur les relations que les personnes âgées ont avec les services socio-sanitaires publics. Il s'agit là d'une autre voie de recherche à explorer.

La question biologique est évidemment fondamentale et elle joue à tous les paliers de la pyramide contextuelle. Au niveau macrosocial, elle est liée aux modes et conditions de vie des collectivités. Les populations de chaque pays sont aux prises avec des problèmes de santé particuliers qui finissent par avoir un impact sur la DSSSP[39]. Au niveau de la recherche, des études sont nécessaires pour savoir dans quelle mesure la santé des gens âgés, telle qu'évaluée par des indicateurs adéquats, influe sur la DSSSP de leur part[40].

Les tendances démographiques actuelles sont le produit de phénomènes biologiques, économiques, politiques et culturels[41]. Ces tendances sont bien connues : allongement de l'espérance de vie et notamment, de celle des plus âgés; accroissement du nombre et du pourcentage de personnes âgées et plus particulièrement, de femmes âgées; réduction de la natalité et de la taille des ménages, etc.[42]. Ce qui est moins connu et fait actuellement l'objet de débats, c'est l'impact qu'auront ces tendances sur le volume futur de la DSSSP de la part des personnes âgées. La plupart des auteurs consultés craignent une forte augmentation de cette demande alors que d'autres spécialistes anticipent une croissance modérée. Ces derniers croient que la santé des futurs vieillards sera meilleure que celle de leurs prédécesseurs[43]. Certes, l'avenir dira qui a raison, mais des études peuvent déjà être entreprises pour estimer le niveau futur de cette démarche.

Le contexte économique et la situation politique influencent également ladite demande. Une économie en expansion favorise l'amélioration des politiques de soutien aux personnes âgées[44]. Mais la politique a aussi son autonomie. Si la plupart des pays du tiers monde fournissent relativement peu de services à leurs vieillards, il y a par contre des différences importantes entre les nations industrialisées[45]. Encore ici des recherches pourraient être effectuées afin d'expliquer ce phénomène.

La culture des gens y est certainement pour quelque chose. En effet, il y a des peuples qui traditionnellement et (ou) à cause de leur religion ont toujours vénéré et soutenu leurs aînés. C'est le cas notamment des

Chinois, des Japonais et des Africains[46]. D'autres sociétés, celles de l'Europe occidentale entre autres, n'ont pas toujours eu de tels égards envers leurs vieillards[47]. Actuellement, les rapports intergénérationnels se transsforment dans la plupart des collectivités et l'impact de ces changements sur la DSSSP de la part des personnes âgées est un autre champ d'investigation.

Ce sont là quelques-uns des phénomènes se manifestant au niveau macrosocial qui sont susceptibles d'avoir un effet sur les demandes d'aide formulées par les gens âgés. Ces phénomènes qui sont eux-mêmes des articulations de facteurs (car la pyramide contextuelle générale n'a probablement pas vraiment de base), réagissent les uns sur les autres. Le tout constitue la toile de fond sur laquelle viennent se greffer les éléments structurels et moteurs. Le jeu de ces éléments doit donc être examiné attentivement lui aussi.

4.2.2 Les facteurs structurels : les deux logiques sociales

Les facteurs qui interviennent au niveau le plus fondamental continuent de le faire aux paliers supérieurs, mais sur des registres plus limités et de façon plus immédiate. Ainsi, la géographie d'un pays conditionne la constitution des ordres spatiaux de ses citoyens; l'état de santé d'un peuple affecte la longévité de ses membres; la démographie d'une société détermine l'âge et le sexe de ceux qui composent l'entourage de chaque individu; l'économie d'une nation a un impact sur le niveau de vie de ses ressortissants; les politiques sociales influent sur l'accessibilité des services socio-sanitaires publics et des normes culturelles modulent leur utilisation.

D'intéressantes études pourraient être réalisées relativement à l'impact des phénomènes macrosociaux sur les conduites des petits groupes et des individus[48]. De telles études viendraient étayer le propos de cet exposé dans la mesure où elles permettraient de montrer comment la conjonction des phénomènes macrosociaux précédemment évoqués a engendré les deux logiques sociales qui sont déterminantes du soutien reçu par les personnes âgées et qui sont par le fait même indirectement responsables des demandes de service que ces individus formulent. Ces deux logiques

sont celles de la prise en charge des gens âgés par leur entourage et celle de la privatisation. Les tenants et aboutissants de ces rationalités seront exposés dans la présente sous-section.

Il faut d'abord préciser qu'une logique sociale est un modèle de comportement, c'est-à-dire un ensemble de conduites récurrentes et cohérentes dérivant du mode de vie et des valeurs d'un groupe. Une logique sociale tire sa force et son efficacité de l'adhésion des membres d'une collectivité aux principes qui fondent ladite rationalité[49]. Cette adhésion implique la convergence des axes des sphères et des entités humaines concernées (voir section 2.0 de ce texte), convergence qui assure en même temps la récurrence des conduites (via certaines formes de contrôle social).

La logique de la prise en charge veut que la santé et la sécurité des personnes âgées soit la responsabilité de leurs proches. Les principes de cette rationalité sont très contraignants pour la famille quand ils sont rigoureusement suivis. Celle-ci doit soutenir ses vieux parents jusqu'à leur mort et, si possible, les maintenir à domicile. La famille confie habituellement cette tâche à un des membres qui devient alors le "bâton de vieillesse". Les individus qui assument cette fonciton peuvent être obligés de cohabiter avec le parent âgé et (ou) de sacrifier une éventuelle carrière et (ou) de demeurer célibataire[50]. En échange, la famille acceptera que le "bâton de vieillesse" reçoive une part plus grande de l'héritage légué par ceux dont il a pris soin[51]. Incidemment, si beaucoup de travaux de recherche ont été consacrés aux "caregivers" ces dernières années, peu d'études (du moins à notre connaissance) ont pris en considération leur biographie. Or, il y a des gens qui ont joué ce rôle durant toute leur vie.

La logique de la privatisation est tout à fait différente. La privatisation est un ensemble de normes sociales qui garantissent aux entitées humaines leur autonomie et leur intimité[52]. La rationalité sous-jacente à ce phénomène veut que chaque groupe et individu soit responsable de lui-même et évite de demander de l'aide aux autres ou le fasse en échange de quelque chose (rémunération immédiate ou différée; monétaire

ou sous la même forme que le service rendu[53]). Le cas échéant, les obligations réciproques sont très limitées. Les personnes âgées évoluant dans un milieu qui fonctionne selon cette rationalité doivent compter d'abord et avant tout sur elles-mêmes; elles ne peuvent donc s'appuyer outre mesure sur leurs proches.

Dans les sociétés occidentales, les deux logiques coexistent même si celle de la privatisation est dominante[54]. Les milieux plus traditionnels (ruraux et groupes ethniques) et (ou) moins favorisés ont plutôt tendance à adhérer à la logique de prise en charge, du moins en considérant des indicateurs comme la cohabitation et le volume des échanges face à face[55]. A l'inverse, les urbains , le gens de classe moyenne et supérieure, ceux qui sont en bonne santé et les non-immigrants se conforment davantage aux normes de la privatisation. Il y a sans doute des collectivités divisées selon la rationalité à laquelle adhèrent leurs membres. Les individus eux-mêmes peuvent vivre des conflits de valeurs. Ce serait le cas de ceux qui sont en voie d'intégration à de nouveaux groupes sociaux; par exemple : les descendants d'immigrants qui s'assimilent au groupe majoritaire ou les enfants issus de milieu populaire en situation de mobilité sociale ascendante[56]. Cela est susceptible de créer des tensions au sein des familles concernées.

La rationalité dont se réclame une entité humaine est déterminante de l'orientation de sa sphère. Or, il a été établi précédemment (section 2 de ce texte) que la DSSSP de la part des personnes âgées était la résultante des rapports entre la sphère de ces personnes, celle de leur entourage et celle des dispensateurs de services. Les logiques sociales, qui sont des facteurs structurels, médiatisent l'impact des éléments fondamentaux sur les éléments moteurs de ladite demande. L'effet de cette fonction médiatrice dépend de la manière dont elle est exercée. Ainsi, de façon générale, la prise en charge tend à réduire le recours aux services d'hébergement chez les gens âgés en perte d'autonomie[57]. Mais cette logique peut également consister à faciliter aux personnes âgées l'accès à des services que la famille n'est pas en mesure de fournir elle-même, accroissant du même coup la demande de certains services[58]. Il en va de même de la logique de la privatisation.

Celle-ci est susceptible d'amener des gens âgés à recourir aux SSSP ou aux services privés pour conserver leur autonomie, ou encore, elle peut inciter certains de ces individus à se créer un réseau d'échange qui leur permette de se passer le plus possible des services publics[59].

La manière dont les éléments se combinent au palier structurel crée donc des ensembles de contextes qui sont tantôt favorables tantôt défavorables à la DSSSP de la part des personnes âgées. C'est au palier suivant, celui des éléments moteurs, que s'actualise cette demande ou qu'elle est inhibée.

4.2.3 Les éléments moteurs

Les éléments moteurs ont une influence assez limitée sur la DSSSP de la part des personnes âgées. Celle-ci est conditionnée principalement par le jeu des facteurs fondamentaux et structurels. Ces facteurs définissent la probabilité qu'a chaque catégorie d'individus âgés d'avoir recours aux ressources formelles. Les éléments moteurs doivent quand même être examinés attentivement car ils déterminent qui demandera et ne de- mandera pas d'aide, ainsi que le moment où cette requête sera adressée, le cas échéant.

Il y a deux groupes d'éléments moteurs : les caractéristiques individuelles et les circonstances. Les caractéristiques individuelles sont notamment la santé physique et mentale (personnalité, affectivité), l'âge, le revenu, l'état civil, le nombre d'enfants, les valeurs et croyances. De plus, chaque personne âgée a sa propre histoire, ses habitudes, ses besoins, etc. Ces facteurs expliquent son mode de vie et sa façon d'être. Ils conditionnent la démarche adoptée en situation de besoin ou de crise : initiative individuelle, résignation, recours à l'entourage ou aux services.

Il en va de même des circonstances particulières dans lesquelles les gens se trouvent à certains moments de leur vie. Ces circonstances sont multiples, mais elles présentent quand même certaines similitudes qui seraient intéressantes à étudier. A ce sujet, la lecture des ouvrages de gérontologie enseigne deux choses : tout d'abord, que la prise en

charge a des limites; ensuite, que la privatisation exige beaucoup de ressources et place les gens âgés les plus démunis dans des positions relativement précaires. D'une part, les familles des personnes âgées ne peuvent tout faire pour ces dernières. Souvent, les gens âgés en perte d'autonomie sont confiés à des institutions après que le ou les individus qui s'en occupaient se soient rendus au bout de leurs capacités et (ou) les aient quittés pour une raison quelconque[60]. D'autre part, la privatisation est avantageuse pour les plus favorisés : elle les libère d'obligations parfois lourdes et fastidieuses (services à rendre, soutien financier de proches, etc.) envers d'autres personnes. Par contre, les individus se réclamant de cette rationalité ne peuvent pas attendre grand chose de leurs semblables : ils doivent payer pour ce qu'ils veulent ou chercher à l'obtenir d'organismes publics et para--publics ou encore, s'en passer[61]. C'est pourquoi, chez les plus pauvres (comme les clochards et les chambreurs des centres-villes), la logique de la privatisation devient une logique de la privation. Les individus les plus indépendants iront même jusqu'à refuser des SSSP gratuits, laissant leurs conditions de vie se détériorer[62].

Les éléments moteurs complètent donc en quelque sorte le travail des facteurs fondamentaux et structurels en déclenchant ou en entravant le processus de recours aux SSSP. Il est cependant peu fréquent que les éléments moteurs modifient substantiellement les tendances amorcées aux paliers inférieurs de la pyramide contextuelle.

Conclusion

Dans ce document, nous avons exposé les fondements de deux approches conçues pour étudier le problème de la DSSSP de la part des personnes âgées : l'approche sphériste et la perspective contextuelle. Le problème en cause est complexe car un grand nombre de facteurs de divers ordres interfèrent. Il fallait donc développer des cadres théoriques compréhensifs qui soient quand même opérationnalisables. Ce travail de conceptualisation est évidemment loin d'être terminé. Toutefois, il suggère déjà des orientations de recherche intéressantes.

L'approche sphériste voit la DSSSP de la part des personnes âgées comme la résultante des rapports entre trois sphères : celle des gens âgés, celle des membres de leur entourage et celle des dispensateurs de services. (La sphère avait préalablement été définie comme la manière dont les individus aménagent leur espace, structurent leur temps et organisent leur vie sociale). La problématique sphériste considère deux phénomènes : le contact entre les sphères et leur orientation. Le contact direct ou indirect entre la sphère des dispensateurs de services et celle des gens âgés est nécessaire pour que ceux-ci formulent des demandes de SSSP. Mais cela dépend aussi des relations que les personnes âgées entretiennent avec leurs proches. Ces derniers peuvent empêcher leurs protégés d'avoir recours aux ressources formelles. Cela est d'autant plus probable que les sphères impliquées divergent d'orientation. Il est des entités humaines qui fonctionnent bien avec les SSSP parce qu'elles partagent les valeurs de ceux qui les dispensent. D'autres groupes et individus se sentent étrangers à l'univers des agents de l'Etat. Ces entités humaines ont alors tendance à se replier sur elles-mêmes. Pourquoi? Il y a là matière à recherche.

L'approche contextuelle est très générale. Selon cette approche, la DSSSP est un événement produit par un contexte. Celui-ci est une structure de détermination à multiples paliers qui regroupent des éléments s'articulant entre eux. Trois paliers ont été considérés : celui des éléments fondamentaux, celui des facteurs structurels et celui des éléments moteurs. De plus, les rapports entre les contextes sont gouvernés par quatre lois : celle des contextes semblables, celle des contextes différents, celle des contextes possibles et celle des contextes probables. De chacune de ces lois se dégagent des hypothèses applicables à l'étude de la DSSSP de la part des personnes âgées. Celle-ci apparaît alors comme la conséquence de phénomènes macrosociaux dont les effets sont amplifiés ou atténués par le jeu des facteurs qui se trouvent aux paliers supérieurs de la pyramide contextuelle. Par exemple, l'impact qu'aura l'augmentation du nombre et du pourcentage de gens âgés sur la DSSSP de leur part dépendra notamment de la logique sociale (privatisation ou prise en charge) à laquelle eux et leurs proches se conforment. L'articulation de ces facteurs créera des situations susceptibles

d'accroître ou de diminuer les demandes de services formulées par les individus âgés. Quelle est la configuration contextuelle de ces diverses situations? En quoi se ressemblent-elles ou diffèrent-elles? Quelles sont leurs probabilités d'occurrence respectives?

Beaucoup de recherches restent à faire pour connaître les contextes favorables et défavorables à la DSSSP. Les facteurs importants n'ont pas tous été identifiés. De plus, la manière dont ils se combinent demeure en partie inconnue. Telles sont les principales constatations qui ressortent du travail accompli aux fins de la rédaction du présent texte. Ce travail doit se poursuivre.

NOTES ET RÉFÉRENCES

1. BELAND, 1982; BÉLANGER, 1979; CANTOR & LITTLE, 1985; CANTOR & MAYER, 1978; CORIN et al., 1984; CRYSTAL, 1982; SHANAS & MADDOX, 1985; SHANAS & SUSSMAN, 1977 ET 1981; WAN et al., 1982.

2. CARSTAIRS, 1981; CRYSTAL, 1982; GAUTHIER et al., 1980; LUX, 1983; SHANAS & MADDOX, 1985.

3. Cf. DELISLE, 1983 ainsi qu'une version ultérieure de ce document qui doit paraître éventuellement.

4. CALVEZ, 1970; DE ROSNAY, 1975; GAUTHIER, 1965; HARNECKER, 1974; MILLER, 1965.

5. Sur l'ordre temporel, voir entre autres : GURVITCH, 1963; MOORE, 1963, REZSOHAZY, 1970; SOROKIN & MERTON, 1937. Sur l'ordre spatial, voir PASTALAN & CARSON, 1970. Sur l'ordre social, voir ROCHER, 1969 et TURNER, 1974.

6. DELISLE, 1982.

7. Il s'agit ici du concept de purposeful system. Cf. ACKOFF & EMERY, 1972.

8. ANTONUCCI, 1985; CANTOR & MAYER, 1978; CORIN et al., 1984; DAATLAND, 1983; SUSSMAN, 1985; SYLVERSTEIN, 1984; WARD et al., 1984.

9. ANTONUCCI, 1985; AUERBACH et al., 1977; CANTOR & LITTLE, 1985; CANTOR & MAYER 1978; GELFAND, KUTZIK et al., 1979; MINDEL, 1983; WAN et al., 1982; WEEKS & CUELLAR, 1981.

10. BOUDON, 1968; BOUDON & LAZARSFELD, 1976; DUCROT & TODOROV, 1972; GREIMAS, 1970.

11. PICOCHE, 1984.

12. C'est sensiblement la définition que donne du mot contexte le dictionnaire Robert (1977 : 378) : "Ensemble des circonstances dans lesquelles s'insère un fait."

13. DUCROT & TODOROV, 1972.

14. BOUDON, 1968; BOUDON & LAZARSFELD, 1976; DE ROSNAY, 1975; Grand dictionnaire encyclopédique Larousse, 1982.

15. ROBERT, 1977 : 716.

16. Cf. Grand dictionnaire encyclopédique Larousse, 1982.

17. Le travail de construction des contextes est typiquement scientifique dans la mesure où il consiste à rechercher les causes des phénomènes et à les relier entre elles (BACHELARD, 1983a et 1983b).

Toutefois, ce travail est à parachever perpétuellement (sauf pour les contextes de faible envergure qu'il est possible de circonscrire suffisamment bien) car de nouveaux facteurs importants peuvent toujours être découverts.

18. Parce que l'approche contextuelle pourrait être applicable, en l'adaptant, à l'étude des phénomènes naturels.

19. Il s'agit du modèle le plus général à l'intérieur duquel il est possible de construire des modèle particuliers.

20. Il faut préciser ici la filiation conceptuelle qu'il y a entre sphère, contexte et système. Premièrement, la sphère est un système, mais tous les systèmes ne sont pas des sphères. La sphère est essentiellement cybernétique. Deuxièmement, la sphère est un contexte dans lequel une entité humaine exerce une activité. Cette activité est un événement particulier. Or, tous les événements humains ne sont pas des activités. Ces dernières ont été définies dans nos travaux antérieurs (DELISLE, 1983 et versions subséquentes) comme des ensembles de gestes et d'actes coordonnés que posent et consentent de poser les entités humaines. Les actes sur lesquels les gens n'ont aucun contrôle (ex. : naître ou mourir subitement) sont des événements humains sans être des activités. Les contextes de ces actes ne sont donc pas des sphères. Bref, la sphère et le contexte sont des systèmes particuliers, ceux où sont produits respectivement les activités humaines et les événements humains.

21. Il s'agit de la pyramide contextuelle générale. D'autres échelles temporelles, spatiales et sociales peuvent être utilisées dans des contextes particuliers. Cf. DELISLE, 1983 et versions subséquentes.

22. Cette position est assez près de celle des marxistes. Cf. HARNECKER, 1974.

23. La transposition et la superposition de contextes sont des procédés analogiques. Cf. DE COSTER, 1978; SECRETAN, 1984.

24. La signification de l'événement renvoie toujours au contexte de sa production.

25. BÉLANGER, 1979.

26. Il ne faut pas confondre contextes possibles et contextes réels. Les premiers sont potentiels. Ils peuvent se réaliser quand les éléments nécessaires sont présents et compatibles. Mais ils ne se réaliseront que si ces éléments se combinent, ce qui est plus ou moins aléatoire (cf. MONOD, 1979). Les contextes réels sont, par définition, le produit des combinaisons effectives. Les contextes possibles sont évidemment beaucoup plus nombreux que ceux qui se réalisent. Mais les deux types de contextes sont des ensembles finis parce que les éléments à l'actualisation des contextes possibles ne se combinent que sous des conditions favorables qui ne sont pas toujours réunies. La probabilité qu'un contexte possible se réalise est, théoriquement, toujours supérieure à zéro. Par contre, en pratique, cette probabilité avoisine souvent la nullité.

27. BOUDON, 1977; BOUDON & LAZARSFELD, 1976; CRYSTAL, 1982; DE LAUBIER, 1984; GUEST, 1980.

28. DELISLE, 1983 et versions subséquentes.

29. Voir par exemple : BRODY, 1977; BRODY & SPARK, 1976; ZAY, 1966.

30. DE ROSNAY, 1975; SLATER, 1970; TOFFLER, 1971.

31. ZAY, 1981 : 148.

32. BAUDRILLARD, 1969; SUMPF & HUGUES, 1973; ZAY, 1981.

33. LAREAU & HEUMANN, 1982.

34. CANTOR & MAYER, 1978; SHANAS & MADDOX, 1985; SMYER, 1980; WAN et al., 1982.

35. ZAY, 1981 : 495.

36. WAN et al., 1982.

37. C'est notamment le cas dans le domaine du logement et dans celui du maintien à domicile des personnes âgées. Cf. Québec, 1984a et 1985a.

38. Voir l'étude de C. Côté résumée dans Le Devoir, 10 juin 1986, pp. 1-8 ainsi que CIGS, 1980.

39. CIGS, 1980; NATIONS UNIES, 1982; SHANAS & MADDOX, 1985.

40. MANGEN & PETERSON, 1982; SHANAS & MADDOX, 1985.

41. Les facteurs démographiques logent au même étage de la pyramide contextuelle générale que les autres phénomènes macrosociaux. Toutefois, ils se situent sans doute à mi-chemin entre les plus fondamentaux d'entre eux et les facteurs structurels. Cf. GAUTHIER et al., 1980; MATHEWS, 1984; WRIGLEY, 1969.

42. DESJARDINS & LÉGARÉ, 1984; GAUTHIER et al., 1980; LUX, 1983; MATHEWS, 1984; QUÉBEC, 1984b; SHANAS & MADDOX, 1985; SHANAS & SUSSMAN, 1981.

43. CARSTAIRS, 1981; GAUTHIER et al., 1980; LUX, 1983; MATHEWS, 1984; QUÉBEC, 1984b, SHANAS & MADDOX, 1985; SHANAS & SUSSMAN, 1981.

44. BRYDEN, 1974; CLARK & SPENGLER, 1982; GUEST, 1980.

45. CIGS, 1980; DECKER, 1980; GUILLEMARD, 1980; NATIONS UNIES, 1982.

46. COWGILL & HOLMES, 1972; FRY, 1981; KEITH, 1980; SOKOLOVSKY et al., 1983; THOMAS, 1983.

47. ARIES, 1983; DE BEAUVOIR, 1970; LASLETT, 1976; SHORTER, 1977.

48. C'est effectivement là un vaste champ de recherche. Cf. BOUDON & LAZARSFELD, 1976.

49. Le concept de logique sociale est d'inspiration fonctionnaliste. Cf. ROCHER, 1969; TURNER, 1974.

50. ANTONUCCI, 1985; BRODY, 1981; CANTOR, 1983; CANTOR & LITTLE, 1985; CICIRELLI, 1981; CRYSTAL, 1982; HAREVEN, 1981; HOROWITZ & SHINDELMAN, 1983; PATTERSON O& BRENNAN, 1983; STRYCKMAN & PARE-MORIN, 1986; TREAS, 1977.

51. HAREVEN, 1981; SUSSMAN, 1985.

52. JOSEPHSON, 1975.

53. WENTOWSKY, 1981.

54. Cela ressort nettement des études relatives au soutien des personnes âgées. Cf. CICIRELLI, 1981; CORIN et al., 1983; SHANAS & SUSSMAN, 1977; SUSSMAN, 1985; WAN et al., 1982.

55. ANTONUCCI, 1985; CANTOR & LITTLE, 1985; CANTOR & MAYER, 1978; DAATLAND, 1983; GELFAND, KUTZIK et al., 1979; MINDEL, 1983; REECE et al., 1983; SEELBACH & SAUER, 1977; SHANAS & SUSSMAN, 1977.

56. Il n'y a pas nécessairement conflit ouvert, mais les formes d'aide changent. L'enfant en situation de mobilité sociale ascendante est moins disponible pour aider ses parents lui-même. Cf. GUILLEMARD & LENOIR, 1974; GELFAND, KUTZIK et al., 1979; MINDEL, 1983; PITROU, 1978; SUSSMAN, 1985.

57. BÉLAND, 1982; CANTOR & LITTLE, 1985; SHANAS & MADDOX, 1985; WAGNER & KEAST, 1981; ZAY, 1966.

58. CICIRELLI, 1981, CRYSTAL, 1982; SHANAS & SUSSMAN, 1977; WAN et al., 1982.

59. ANTONUCCI, 1985; CORIN et al., 1983; JOHNSON & CATALANO, 1981; WAGNER & KEAST, 1981; WAN et al., 1982; WENTOWSKI, 1981.

60. BRODY, 1977; BRODY & SPARK, 1966; CANTOR, 1983; CICIRELLI, 1981; CRYSTAL, 1982; REECE et al., 1983; ZAY, 1966.

61. CICIRELLI, 1981; CRYSTAL, 1982; JOHNSON & CATALANO, 1981; REECE et al., 1983; SEELBACH & SAUER, 1977; WAGNER & KEST, 1981; WENTOWSKI, 1981.

62. BAHR, 1973; BAHR et al., 1970; BAHR & GARRETT, 1976; ERICKSON &ECKERT, 1977; LALLY et al., 1979; ROSS, 1982.

BIBLIOGRAPHIE

ACKOFF, R.L., & EMERY, F., 1972, On Purposeful Systems. Chicago, Aldine-Atherton.

ANTONUCCI, T.C., 1985, "Personal Characteristics, Social Support and Social Behavior." In Binstock, R.H., Shanas, E., Eds., Handbook of Aging and the Social Sciences. 2e éd. New York, Van Nostrand Reinhold, 94-128.

ARIES, P., 1983, "Une histoire de la vieillesse." Communications 37, 47-54.

AUERBACH, M.I., et al., 1977, "Health Care in a Selected Urban Elderly Population. Utilization Patterns and Perceived Needs." The Gerontologist, 17, 4, 314-346.

BACHELARD, G., 1983a, Le nouvel esprit scientifique. 15e éd. Paris, P.U.F.

BACHELARD, G., 1983b, La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective. 12e éd. Paris, Vrin.

BAHR, H.M., 1973, Skid Row. An Introduction to Disaffiliation. Lexington/Toronto, Lexington Books.

BAHR, H.M., GARRETT, G.R., 1976, Women Alone. The Disaffiliation of Urban Females. Lexington/Toronto, Lexington Books.

BAHR, H.M., et al., 1970, Disaffiliated Man. Essays and Bibliography on Skid Row, Vagrancy and Outsiders. Toronto, University of Toronto Press.

BAUDRILLARD, J., 1969, "La genèse idéologique des besoins." Cahiers internationaux de sociologie, 47: 45-68.

BÉLAND, F., 1982, 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.

BÉLANGER, 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.

BOUDON, R., 1968, A quoi sert la notion de "structure"? Essai sur la signification de la notion de structure dans les sciences humaines. Paris, Gallimard.

BOUDON, R., 1977, Effets pervers et ordre social. Paris, P.U.F.

BOUDON, R., LAZARSFELD, P., 1976, L'analyse empirique de la causalité. Paris/La Haye, Mouton.

BRODY, E.M., 1977, Long-Term Care of Older People. A Practical Guide. New York, Human Sciences Press.

BRODY, E.M., 1981, " ""Women in the Middle"" and Family Help to Older People." The Gerontologist, 21, 5, 471-480.

BRODY, E.M., SPARK, G.M., 1966, "Institutionalization of the Aged: A Family Crisis." Family Process, 5, 1, 76-90.

BRYDEN, K., 1974, Old Age Pensions and Policy-Making in Canada. Montréal & London, Mc-Gill-Queens University Press.

CALVEZ, J.Y., 1970, La pensée de Karl Marx. Paris, Seuil.

CANTOR, M.H., 1983, "Strain Among Caregivers: A Study of Experience in the United States." The Gerontologist, 23, 6, 597-604.

CANTOR, M.H., LITTLE, V., 1985, "Aging and Social Care". In Binstock, R.H., Shanas, E., Eds., Handbook of Aging and the Social Sciences. 2e éd., New York, Van Nostrand Reinhold, 745-781.

CANTOR, M.H., MAYER, M.J., 1978, "Factors in differential Utilization of Services by Urban Elderly." Journal of Gerontological Social Work, 1, 1, 47-61.

CARSTAIRS, V., 1981, "Our Elders." In Shegog, R.F.A., Ed., The Impending Crisis of Old Age. A Challenge to Ingenuity. London, Oxford University Press, 29-42.

CICIRELLI, V.C., 1981, Helping Elderly Parents. The Role of Adult Children. Boston, Auburn House Publ.

CIGS (Centre international de gérontologie sociale), 1981, Adaptabilité et vieillissement. Actes de la IXe conférence du CIGS. Paris, CIGS.

CLARK, R.L., SPENGLER, J.J. 1982, Aspects économiques du vieillissement des hommes et des populations. Paris, Economica.

CORIN, E.E., et al., 1984, "Entre les services professionnels et les réseaux sociaux: les stratégies d'existence des personnes âgées." Sociologie et sociétés, XVI, 2, 89-104.

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

CRYSTAL, S., 1982, America's Old Age Crisis. Public Policy and the Two Worlds of Aging. New York, Basic Books.

DAATLAND, S.O., 1983, "Use of Public Services for the Aged and the Role of the Family." The Gerontologist, 23, 6, 650-656.

DE BEAUVOIR, S., 1970, La vieillesse. Paris, Gallimard.

DECKER, D.L., 1980, Social Gerontology. An Introduction to the Dynamics of Aging. Boston/Toronto, Little Brown and Co.

DE COSTER, M., 1978, L'analogie en sciences humaines. Paris, P.U.F.

DE LAUBIER, P., 1984, La politique sociale dans les sociétés industrielles 1800 à nos jours. Paris, Economica.

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.

DE ROSNAY, J., 1975, Le macroscope. Vers une vision globale. Paris, Seuil.

DESJARDINS, B., LÉGARÉ, J., 1984, "Le seuil de la vieillesse. Quelques réflexions de démographes." Sociologie et sociétés, XVI, 2, 37-48.

DUCROT, O., TODOROV, T., 1972, Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage. Paris, Seuil.

ERICKSON, R., ECKERT, K., 1977, "The Elderly Poor in Downtown San Diego Hotels." The Gerontologist, 17, 5, 440-446.

FRY, C.L., Ed., 1981, Dimensions: Aging, Culture and Health. New York, Praeger.

GAUTHIER, A., 1965, Introduction à l'analyse mathématique. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

GAUTHIER, H., et al., 1980, Effets économiques du ralentissement de la croissance de la population du Québec. Québec, Office de planification et de développement économique du Québec.

GELFAND, D.E., KUTZIK, A.J., et al., 1979, Ethnicity and Aging. Theory, Research and Policy. New York, Springer Publ., Co.

GRAND DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE LAROUSSE, 1982, Paris, Larousse.

GREIMAS, A.J., 1970, Du sens. Essais sémiotiques. Paris, Seuil.

GUEST, D., 1980, The Emergence of Social Security in Canada. Vancouver, University of British Columbia Press.

GUILLEMARD, A.M., 1980, La vieillesse et l'État. Paris, P.U.F.

GUIRVITCH, G., 1963, La vocation actuelle de la sociologie. Tome II, Antécédents et perspectives. Paris, P.U.F.

HAREVEN, T.K., 1981, "Historical Changes in the Timing of Family Transitions. Their Impact on Generational Relations." In Fogel, R.W., Ed., Aging. Stability and Change in the Family. New York, Academic Press, 143-165.

HARNECKER, M., 1974, Les concepts élémentaires du matérialisme historique. Bruxelles, Editions Contradictions.

HOROWITZ, A., SHINDELMAN, L.W., 1983, "Reciprocity and Affection: Past Influences on Current Caregiving." Journal of Gerontological Social Work, 5, 3, 5-20.

JOHNSON, C.L., CATALANO, D.J., 1981, "Childless Elderly and their Family Supports." The Gerontologist, 21, 6, 610-618.

JOSEPHSON, E., 1975, "Notes on the Sociology of Privacy." Humanitas, 11, 1, 15-25.

KEITH, J., 1980, " ""The Best Is Yet To Be"": Toward an Anthropology of Age." Annual Review of Anthropology, 9, 339-364.

LALLY, M., et al., 1979, "Older Women in Single Room Occupant (SRO) Hotels: A Seattle Profile." The Gerontologist, 19, 1, 67-73.

LAREAU, L.S., HEUMANN, L., 1982, "The Inadequacy of Needs Assessments of the Elderly." The Gerontologist, 19, 1, 67-73.

LASLETT, P., 1976, "Societal Development and Aging". In Binstock, R.H., Shanas, E. Eds., Handbook of Aging and the Social Sciences. New York, Van Nostrand Reinhold, 87-116.

LUX, A., 1983, "Un Québec qui vieillit. Perspectives pour le XXIe siècle." Recherches sociographiques, XXIV, 3, 325-377.

MANGEN, D.J., PETERSON, W.A., 1982, Research Instruments in Social Gerontology (vol. 1 et 2). Minneapolis, Univ. of Minnesota Press.

MATHEWS, G., 1984, Le choc démographique. Montréal, Boréal Express.

MILLER, J.G., 1965, "Living Systems: Basic Concepts." Behavioral Sciences, 10, 193-237.

MINDEL, C.H., 1983, "The Elderly in Minority Families." In Brubaker, T.H., Ed., Family Relationships in Late Life. Beverly Hills, Cal., Sage Publ., 193-208.

MONOD, J., 1970, Le hasard et la nécessité. Essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne. Paris, Seuil.

MOORE, W.E., 1963, Man, Time and Society. New York & London, J. Wiley & Sons.

MYERS, G.C., 1985, "Aging and Worldwide Population Change." In Binstock, R.H., Shanas, E. Eds., Handbook of Aging and the Social Sciences. 2e éd., New York, Van Nostrand Reinhold, 173-198.

NATIONS-UNIES, 1982, Plan international d'action de Vienne sur le vieillissement. New York: Nations-Unies.

PASTALAN, L.A., CARSON, D.H., 1970, Spatial Behavior of Older People. Ann Arbour, University of Michigan.

PATTERSON, S.L., BRENNAN, E.M., 1983, "Matching Helping Roles with the Characteristics of Olders Natural Helpers." Journal of Gerontological Social Work, 5, 4: 55-66.

PICOCHE, J., 1984, Dictionnaire étymologique du français. Paris, Les usuels du Robert.

PITROU, A., 1978, Vivre sans famille. Les solidarités familiales dans le monde d'aujourd'hui. Toulouse, Privat.

QUÉBEC (Prov.), 1984a, Se loger au Québec. Une analyse de la réalité. Un appel à l'imagination. Québec, Editeur officiel du Québec.

QUÉBEC (Prov.), 1984b, L'évolution de la population du Québec et ses conséquences. Québec, Secrétariat au développement social, ministère du Conseil exécutif.

QUÉBEC (Prov.), 1985a, Un nouvel âge à partager. Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées. Québec, ministère des Affaires sociales.

QUÉBEC (Prov.), 1985b, L'avenir démographique du Québec. Québec, Bureau de la statistique du Québec.

REECE, D., et al., 1983, "Intergenerational Care Providers of Non-Institutionalized Frail Elderly: Characteristics and Consequences." Journal of Gerontological social Work, 5, 3: 21-34.

REZSOHAZY, R., 1970, Temps social et développement. Le rôle des facteurs socio-culturels dans la croissance. Bruxelles, Ed. La renaissance du livre.

ROBERT, P., 1977, Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris, Société du Nouveau Littré.

ROCHER, G., 1969, Introduction à la sociologie générale. Montréal, Hurtubise/HMH.

ROSS, A.D., 1982, The Lost and the Lonely. Homeless Women in Montreal. Montréal, The Canadian Human Rights Foundations.

SECRETAN, P., 1984, L'analogie. "Que sais-je?" no 2165. Paris, P.U.F.

SEELBACH, W.C., SAUER, W.J., 1977, "Filial Responsibility Expectations and Morale Among Aged Parents." The Gerontologist, 17, 6, 492-4991.

SHANAS, E. MADDOX, G.L., 1985, "Health, Health Resources and the Utilization of Care." In Binstock, R.H. Shanas, E., Eds., Handbook of Aging and the Social Sciences. 2e éd. New York, Van Nostrand Reinhold, 697-726.

SHANAS, E., SUSSMAN, M.B., Eds., 1977, Family, Bureaucracy and the Elderly. Durham, N.C., Duke University Press.

SHANAS, E., SUSSMAN, M.B., 1981, "The Family in Later Life: Social Structure and Social Policy." In Fogel, R.W., Ed., Aging, Stability and Change in the Family. New York, Academic Press, 211-231.

SHORTER, E., 1977, Naissance de la famille moderne (XVIIIe-XXe siècle). Paris, Seuil.

SILVERSTEIN, N.M., 1984, "Informing the Elderly About Public Services: The Relationship Between Sources of Knowledge and Service Utilization." The Gerontologist, 24, 1, 37-40.

SLATER, P., 1970, The Pursuit of Loneliness. American Culture at the Breaking Point. Boston, Beacon Press.

SMYER, M.A., 1980, "The Differential Usage of Services by Impaired Elderly." Journal of Gerontology, 35, 2, 249-255.

SOKOLOVSKY, J., et al., 1983, Growing Old in Different Societies. Belmont, Cal., Wadsworth.

SOROKIN, P.A., MERTON, R.K., 1937, "Social Time: A Methodological and Functional Analysis." The American Journal of Sociology, XLII, 5, 615-629.

STRYCKMAN, J., PARÉ-MORIN, 1986, "Stratégies de maintien à domicile: l'apport des aidants naturels." In Delisle, M.A., et al., Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée. Montréal. Cahiers de l'ACFAS no 46, 228-287.

SUMPF, J., HUGUES, 1973, Dictionnaire de sociologie. Paris, Larousse.

SUSSMAN, M.B., 1985, "The Family Life of Old People". In Binstock, R.H. Shanas, E., eds., Handbook of Aging and the Social Sciences, 2e éd. New York, Van Nostrand Reinhold, 415-449.

THOMAS, L.V., 1983, "La vieillesse en Afrique noire." Communications, 37, 69-87.

TOFFLER, A., 1971, Le choc du futur. Paris, Denoël.

TREAS, J., 1977, "Family Support Systems for the Aged: Some Social and Demographic Considerations." The Gerontologist, 17, 486-491.

TURNER, J.H., 1974, The Structure of Sociological Theory. Homewood, 111, The Dorsey Press.

WAGNER, D.L., KEAST, F., 1981, "Informal Groups and the Elderly. A Preliminary Examination of the Mediation Function." Research on Aging, 3, 3, 325-331.

WAN, T.T.H., et al., 1982, Promoting the Well-Being of the Elderly. A Community Diagnosis. New York, The Haworth Press.

WARD, R.A., et al., 1984, "Informal Networks and Knowledge of Services for Older Persons." Journal of Gerontology, 32, 2, 216-223.

WEEKS, J.R., CUELLAR, J.B., 1981, "The Role of Family Members in the Helping Networks of Older People." The Gerontologist, 21, 388-394.

WENTOWSKI, G.J., 1981, "Reciprocity and the Coping Strategies of Older People: Cultural Dimensions of Network Building." The Gerontologist, 21, 6, 600-609.

WRIGLEY, E.A., 1969, Société et population. Trad. C. Plessis. Paris, Hachette.

ZAY, N., 1966, L'entrée des personnes âgées en hébergement collectif. Montréal, Institut de gérontologie de l'Université de Montréal.

ZAY, N., 1981, Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale. Québec, Presses de l'Université Laval.

LES PROJETS D'AVENIR DES ÉTUDIANTS AGÉS[1]

Sylvie Lapierre

Le but général de cette recherche est d'effectuer une analyse exploratoire de la perspective temporelle future des personnes âgées afin de constituer un profil de leurs aspirations et de leurs projets d'avenir.

Le futur est un thème peu abordé par les gérontologues, reflétant ainsi la croyance fort répandue (mais inexacte) que le troisième âge est une période de la vie où l'on ne vit que dans le passé.

Depuis quelques années, les chercheurs commencent à considérer avec intérêt l'importance du futur au troisième âge. Ils ont réalisé, en effet, que la capacité d'élaborer des projets est primordiale au bon fonctionnement psychique et à l'adaptation au troisième âge (Schonfield, 1973a, 1973b).

Grâce à un stage d'études sur les universités du troisième âge en France, j'ai pu constater que la participation à un programme éducatif favorisait l'adaptation au vieillissement et à la retraite. En effet, cette participation semble procurer aux personnes un nouveau statut (celui d'étudiant), et leur donne la possibilité de créer de nouvelles relations et d'acquérir des connaissances qui contribuent à leur développement personnel. Ces observations confirment les affirmations de plusieurs auteurs en gérontologie éducative comme Albarede (1980) et Hugonot (1983). L'importance de ce mouvement n'est donc pas à négliger, même si les étudiants âgés ne constituent que 2% de la population du troisième âge.

Les personnes rencontrées dans le cadre de cette recherche ont toutes entre 52 et 70 ans et suivent des cours dans les programmes : "Retraite Active" et "Croissance et Culture" offerts par le Collège Marie-Victorin. Cinq groupes d'étudiants de la région de Montréal ont

---

1 Projet de recherche poursuivi sous la direction de Margaret Kiely, professeur au département de psychologie de l'Université de Montréal, et de Léandre Bouffard, professeur au département de psychologie au collège de Sherbrooke.

été rencontrés (plus spécifiquement à Brossard, Laval et Montréal-Nord). Ces 40 personnes (32 femmes et 8 hommes) ont accepté de remplir les quatre questionnaires suivants. (Cette proportion d'hommes et de femmes est d'ailleurs très représentative de ce que l'on retrouve dans les institutions d'enseignement fréquentées par les personnes âgées.)

- Un carnet contenant 23 phrases à compléter: Ex.: "Je désire..., J'espère..., Je suis décidé à..., Je me propose de..., Je ferai tous les efforts possibles pour...".

L'ensemble de ces phrases à compléter constitue la Méthode d'Induction Motivationnelle (M.I.M.) (Nuttin, 1980) et permet d'obtenir un vaste échantillon d'aspirations et de projets.

- Un questionnaire de renseignements généraux afin d'avoir une idée assez précise des conditions de vie des personnes interrogées.
- Un test de perception de la causalité (locus de contrôle interne ou externe).
- Un test d'anxiété face à la mort.

Ces deux derniers questionnaires servent à vérifier s'il y a des liens entre ces deux variables psychologiques et le genre d'aspirations obtenues. Ainsi selon les hypothèses, un haut taux d'anxiété face à la mort, tel que déteminé par le Templer Death Anxiety Scale, devrait être lié à des projets situés dans un futur immédiat. De plus, les personnes ayant une perception interne de la causalité auraient des projets se situant dans un futur distant.

La passation du carnet permit d'obtenir 1 056 aspirations. Chaque aspiration est ensuite classée dans les catégories temporelles et motivationnelles élaborées par Nuttin (1980).

Les catégories temporelles permettent de localiser le projet dans le temps. Ainsi, une aspiration peut se rapporter au lendemain, viser une période d'un mois, d'un an ou couvrir la vie restante. Il est donc possible de distinguer le futur immédiat (un an et moins) et le futur distant (plus d'un an). Il y a également les aspirations qui ne peuvent être classées dans aucune catégorie temporelle précise (ex.: être heureux, être honnête, la paix dans le monde...). Ces désirs sont regroupés dans la catégorie du "présent ouvert". Ce sont des aspirations que la personne désire réaliser "maintenant et pour toujours".

Les résultats préliminaires indiquent que le futur immédiat regroupe 21% des aspirations; le futur distant, 38%; et le présent ouvert, 39%.

Les étudiants âgés ne sont donc pas rivés à un futur immédiat. Ils se donnent un avenir assez étendu et relativement semblable à celui des jeunes, si l'on tient compte du temps qui leur reste à vivre. De plus, le quart des aspirations qui sont classées dans le futur distant font référence à l'étendue de la vie restante (ex.: faire... avant de mourir, ... durant les année qu'il me reste à vivre, vivre le plus longtemps possible). Ils prennent conscience que la mort est la limite à la réalisation de leurs projets.

Habituellemnent le présent ouvert ne regroupe que le quart des aspirations; ici, le pourcentage est près de 40%. Cela est dû au fait que la majorité des aspirations réfèrent à l'auto-développement et se situent, par le fait même, dans le présent ouvert.

Les catégories motivationnelles permettent de décrire le genre de motivations exprimées par les sujets. Nuttin (1980) propose 8 catégories motivationnelles principales. Dans le tableau 1, on retrouve les pourcentages d'aspirations obtenus dans chacune des catégories.

Le "self" concerne la personne dans sa totalité ou un élément particulier de sa personnalité (ex.: être heureux, être en santé, être honnête...). On retrouve 17% des aspirations dans cette catégorie. Près de 50% des aspirations classées dans cette catégorie font référence au désir de préserver sa santé physique, psychique, de reculer la mort.

La catégorie "réalisation de soi" englobe toutes les motivations concernant un développement quelconque de la personne. On y retrouve 30% des aspirations. (Ex.: m'améliorer, réussir... devenir...).

La catégorie "réalisation" réfère à toutes les activités qui ont pour but de réaliser ou de créer quelque chose. (Ex.: réparer le toit de ma maison, faire le marché, toutes les activités professionnelles ou académiques). On y retrouve 10% des aspirations (2% concerne les activités académiques).

La catégorie "contact" regroupe 24% des aspirations des étudiants âgés. Ce contact est principalement de nature altruiste; il semble donc que les personnes interrogées se réalisent surtout à travers l'aide qu'elles apportent aux autres et plus particulièrement à leur famille.

La catégorie "loisirs" ne contient que 8.5% des aspirations. Ce résultat est surprenant si l'on considère que le troisième âge est

habituellement considéré comme un temps de loisirs. Il est possible que les loisirs ne constituent pas la motivation principale des personnes à la retraite, mais plutôt celle des gens qui attendent leur mise à la retraite et que les gens âgés ont des aspirations et des buts qui tentent de satisfaire des besoins fondamentaux comme ceux d'être en santé, appréciés et utile à leur entourage.

Les pourcentages des autres catégories motivationnelles sont peu élevés et sont regroupés dans le tableau 1.

Tableau 1

Pourcentage des aspirations dans les diverses catégories motivationnelles

Self	17
Réalisation de soi	30
Réalisation	10
Contact	24
Loisir	8.5
Exploration	3.5
Transcendental	1
Possession	1.6

Les résultats montrent donc que les persones interrogées ont l'intention de consacrer leur présent et leur futur à dévelopepr leur potentiel. De plus, ils tentent de réaliser leur projet en utilisant des moyens très actifs et cela semble être le cas, même en ce qui concerne la préservation de leur santé.

Les activités réalisées par les aînés ne sont pas, comme on s'y serait attendu, dans le domaine des loisirs ou dans celui des études (qui sont plutôt des moyens pour atteindre leur but de développement personnel), mais consacrées à l'aide qu'ils peuvent apporter à autrui.

Ces résultats ne sont que préliminaires mais permettent d'entrevoir plusieurs changements quant à la façon de percevoir le troisième âge et ses besoins.

Bibliographie

ALBEREDE, J.L. (1980). L'éducation permanente au troisième âge pour un meilleur état de santé. Actes du VIIème congrès international des universités du troisième âge, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, 58-70.

BOUFFARD, L. (1986). La place du futur dans la vie consciente des personnes âgées. Les cahiers scientifiques, 46, 98-118.

HUGONOT, R. (1983). Prévention et vieillissement, in E. Martin et J.P. Junot (Eds.): Abrégé de gérontologie (pp. 124-131). Paris: Masson.

LAPIERRE, S. (1985). La perspective temporelle future chez les personnes âgées. Les cahiers de l'ACFAS, 27, 103-108.

SCHONFIELD, D. (1973a). Future commitments and successful aging I. The random sample. Journal of Gerontology, 28, 189-196.

SCHONFIELD, D., HOOPER, A. (1973b). Future commitments and successful aging II. Special groups. Journal of Gerontology, 28, 197-201.

NUTTIN, J. (1980), Motivation et perspective d'avenir. Louvain: Presses Universitaires de Louvain.

L'ACTUALISATION DE SOI ET LA SATISFACTION DE VIVRE CHEZ DES PERSONNES AGÉES

Françoise Lavallée,
Marie-Claude Denis

Introduction

Un des principaux objectifs de cette recherche était de vouloir contribuer à enrichir la compréhension d'une perspective positive du vieillissement. Pour ce faire, ce travail évalue la relation entre la satisfaction de vivre et l'actualisation de soi chez une population de personnes âgées autonomes.

Dans l'optique de mettre en lumière ce qui pourrait apparaître comme un point de développement optimal, ce travail a tenté de mettre à l'épreuve l'hypothèse générale voulant qu'au terme de la vie une personne satisfaite de vivre aurait mieux développé son potentiel de base.

L'analyse des résultats a pris en considération les variables sexe et état civil.

Contexte théorique

Satisfaction de vivre

Plusieurs variable relatives à la satisfaction de vivre, telles les activités, la retraite, l'instruction, le statut socio-économique, la santé, la religion, l'état civil, le sexe et l'âge ont été analysées par différents auteurs. Les résultats des recherches sur ces variables divergent sur plusieurs points.

Nous nous attacherons ici plus spécifiquement aux études concernant nos deux variables indépendantes: le sexe et l'état civil.

Etat civil:

Dans une étude sur la satisfaction de vivre, Bond (1982) ne voit aucune relation signinficative entre la satisfaction et le statut civil de l'individu.

Morgan (1976) rapporte que le veuvage est en plus grande relation avec le bien-être chez les femmes qui ont une santé plus faible.

Hutchison (1975) affirme que les gens mariés sont plus satisfaits que les autres seulement lorsque l'échantillon de personnes se situe au-dessous du seuil de la pauvreté.

Larson (1975), Morgan (1976), Pihlblad et Adams (1971) démontrent que le bien-être des gens mariés est plus élevé pour la population générale des personnes âgées. Edwards et Klemmack (1973) ainsi que Spreitzer et Snyder (1974) observent une relation plus élevée lorsqu'ils contrôlent des variables importantes commme le statut socio-économmique et la santé.

Sexe:

Le sexe de l'individu ne semble pas d'une importance capitale dans l'évaluation du bien-être chez les gens âgés. En effet, Bond (1982) et Larson (1978) ne voient aucune relation entre le sexe d'un individu et son niveau de bien-être. Cavan et al. (1949), Kutner (1956), Harris (1975) et Neugarten et al. (1961) ont étudié la variable sexe en contrôlant la santé, le statut socio-économique, l'âge, le travail ou la retraite, l'état civil et l'interaction sociale. Les résultats obtenus ne démontrent pas de relation entre le sexe et la satisfaction de vivre d'un individu.

Sujets

Les sujets sont au nombre de 80, et sont choisis au hasard de la façon suivante. L'échantillon comprenait 40 femmes et 40 hommes, de ce nombre de 40, 20 personnes vivent en couples et les 20 autres vivent seuls. Tous demeurent en appartement ou dans leur maison et viennent de milieu ruraux de la région 04.

Instruments de mesure

Satisfaction de vivre

La satisfaction de vivre a été mesurée avec le LSIA de Neugarten et al. (1961). Le questionnaire français utilisé a été traduit

par Bélanger et Délisle (1980) de l'Université Laval. Cette échelle de satisfaction de vivre mesure ce que ressent l'individu vieillissant. Les items concernent le passé et le présent du répondant, et évaluent la façon dont celui-ci se perçoit et entrevoit son avenir. La version utilisée comprend 18 items.

Actualisation de soi

L'actualisation de soi a été mesurée à l'aide du "Personal Orientation Inventory" (P.O.I.). Ce test a été développé par Shostrom (1966) afin de mesurer le niveau d'actualisation de soi d'un individu.

Variables

Pour les fins de la recherche les variables dépendantes retenues sont la satisfaction de vivre et l'actualisation de soi tandis que les variables indépendantes sont le sexe et l'état civil.

Analyses statistiques

Les analyses statistiques qui ont été effectuées sont des analyses d'items pour chacun des questionnaires, des analyses de variance, des tests-t et des corrélations de Pearson.

Résultats

Satisfaction de vivre

Lors de l'analyse des items du questionnaire sur la satisfaction de vivre, les coefficients de corrélation entre chaque item et l'ensemble des autres items varient de .10 à .62.

Les items 13 et 17 ont été éliminés, compte tenu de leur faible niveau de corrélation (r 10) avec l'ensemble des autres items. Ces items étant exclus, les nouveaux coefficients varient de .10 à .62.

Le score moyen du questionnaire est de 8.46, avec un écart- type de 7.23. Le score minimum est -11 et le score maximum 16.

Moyennes et écart-types de l'échantillon total, des hommes et des femmes, seuls(es) ou mariés(es), au questionnaire sur la satisfaction de vivre

	Echantillon total n 80	Femmes seules n 20	Femmes mariées n 20	Hommes seuls n 20	Hommes mariés n 20
Satisfaction de vivre					
moyenne	8.46	7.35	9.90	5.95	10.65
écart-type	7.24	7.77	7.04	8.49	4.51

En ce qui a trait à l'évaluation inter-groupes de la satisfaction de vivre, les hommes mariés ont la plus haute moyenne des quatre groupes à ce questionnaire, ils sont suivis de près par les femmes mariées. Un écart assez important se remarque entre les individus mariés et les gens seuls, surtout chez les hommes. Les hommes seuls sont d'ailleurs les moins satisfaits des quatre groupes.

Le facteur état civil est donc significatif dans l'évaluation de la satisfaction de vivre

Analyse de variance de la variable satisfaction de vivre en fonction des facteurs sexe et état civil

Source de variation	Somme des carrés	D.L.	F	P
Effets principaux	264.925	2	2.615	.080
Sexe	2.112	1	.042	.839
Etat civil	262.812	1	5.188	.026
Sexe x état civil	23.112	1	.456	.501
Résidu	3849.887	76		
Total	4137.887	79		

Le test "t" fait ressortir la différence entre les sujets mariés et les sujets seuls. Une analyse plus approfondie démontre que cette différence n'est pas significative chez les femmes, mais seulement chez les hommes.

Test "t" de satisfaction de vivre

	X	dX	e.t.d.	T	dl	p
Homm	10.65					
		4.70	2.15	2.19	28.90	.04
Homs	5.95					
Femm	9.90					
		2.55	2.35	1.09	37.60	.28
Fems	7.35					
Sujm	10.27					
		3.62	1.59	2.28	66.40	.03
Sujs	6.65					

Homm: hommes mariés — Homs: hommes seuls
Femm: femmes mariées — Fems: femmes seules
Sujm: sujets mariés — Sujs: sujets seuls

Actualisation de soi

Bien que l'analyse ait dépisté un certain nombre d'items n'ayant pas de corrélation significative avec le test global P.O.I., elle n'a pas invalidé l'utilisation de cette épreuve avec notre population expérimentale. Considérant le fait que cet instrument est standardisé, il a été utilisé dans sa forme intégrale, quitte à prendre en considération dans l'interprétation ultérieure cette nuance au niveau du degré de signification des items.

Le Tableau suivant illustre les différentes moyennes ainsi que les écarts-types de chacune des variables principales pour les quatre sous-groupes étudiés du P.O.I.

Moyennes et écart-types de l'échantillon total, des hommes et des femmes, seuls(es) ou mariés(es), au questionnaire sur la satisfaction de vivre

	Echantillon total n 80	Femmes seules n 20	Femmes mariées n 20	Hommes seuls n 20	Hommes mariés n 20
Actualisation de soi					
moyenne	86.64	87.40	86.25	89.25	83.65
écart-type	10.98	13.30	9.03	12.16	8.79

Parmi les quatre sous-groupes étudiés peu de différences sont observées en ce qui a trait à l'actualisation de soi, comme le démontre le tableau suivant.

Analyse de variance de la variable actualisation de soi en fonction des facteurs sexe et état civil

Source de variation	Somme des carrés	D.L.	F	P
Effets principaux	230.625	2	.954	.390
Sexe	2.812	1	.023	.879
Etat civil	227.812	1	1.885	.174
Sexe x état civil	99.012	1	.819	.368
Résidu	9186.850	76		
Total	9516.487	7		

Une analyse plus approfondie du tableau suivant démontre une différence significative pour le facteur sexe dans l'échelle principale du P.O.I.: compétence face au temps. Les femmes mariées obtiennent les cotes les plus élevées pour l'échelle principale: compétence face au temps.

Analyse de variance de la variable compétence face au temps en fonction des facteurs sexe et état civil

Source de variation	Somme des carrés	D.L.	F	P
Effets principaux	68.82	2	4.08	.02
Sexe	43.51	1	5.20	.02
Etat civil	25.31	1	3.00	.09
Sexe x état civil	4.51	1	0.53	.47
Résidu	640.85	76		
Total	714.19	79		

Le profil moyen des 80 sujets âgés au test P.O.I. démontre que les échelles les plus élevées par rapport à la moyenne du groupe standard sont par ordre d'importance: Sr (self-regard), S (Spontaneity), Nc (Nature of man, constructive), Sy (Synergy) et Sa (Self-acceptance).

Résultats de l'hypothèse principale

L'hypothèse de base de cette recherche établissant une relation positive entre l'actualisation de soi et la satisfaction de vivre se vérifie.

Le tableau suivant présente les différentes corrélations relevées entre le P.O.I. total, les échelles principales du P.O.I. et la satisfaction de vivre. Le coefficient de corrélation de Pearson est de .31 (p. .003) entre les variables satisfaction de vivre et actualisation de soi.

Coefficients de corrélation entre les variables satisfaction de vivre et actualisation de soi

	Satisfaction de vivre	Actualisation de soi	Compétence face au temps
Actualisation de soi	r .31 p .003		
Compétence face au temps	r .37 p .001	r .68 p .001	
Direction interne	r .25 p .01	r .97 p .001	r .49 p .001

Le tableau suivant présente les coefficients de corrélation des différentes échelles secondaires du P.O.I. en relation avec la variable satisfaction de vivre. Les échelles du P.O.I., compétence face au temps, direction interne, regard sur soi et acceptation de soi sont les échelles qui sont les plus significatives en ce qui a trait à la satisfaction de vivre.

Coefficients de corrélation des échelles du P.O.I. et du questionnaire sur la satisfaction de vivre

Echelles du P.O.I.	Satisfaction de vivre
Tc	r .37, (p .001)
I	r .25, (p .02)
Sav	r .14 (p .01)
Ex	r .14, (p .1)
Fr	r .04, (p .35)
S	r .23, (p .02)
Sr	r .43, (p .001)
Sa	r .30, (p .003)
Nc	r .22, (p .03)
Sy	r .19, (p .04)
A	r .07, (p .26)
C	r .16, (p .08)

Pour faire suite à cette analyse statistique, des éléments plus descriptifs ont été mis en évidence.

Analyse complémentaire

Les items les plus reliés entre la satisfaction de vivre et l'actualisation de soi ont été ressortis afin de tracer un portrait-type de la personne satisfaite de vivre et actualisée. Ces caractéristiques sont énoncées en respectant au plus près la formulation littérale des items afin d'y induire le moins possible d'interprétation.

Actualisation de soi

Ces gens possèdent un sentiment de valeur personnelle qui ne dépend pas de la quantité de ce qu'ils produisent. Ils ne craignent pas l'échec et n'éprouvent pas le besoin de vivre conformément aux règles et aux standards de la société. L'avenir ne les inquiète pas, il leur apparaît habituellement plein d'espoir. Ils passent la majeure partie de leur temps à vivre plutôt qu'à se préparer à vivre et leurs souvenirs ne les font pas souffrir. Ces personnes sont aimées parce qu'elles manifestent de l'amour et elles n'ont pas peur d'être tendres. Elle ne se sentent jamais en colère au point de vouloir détruire ou blesser autrui.

Satisfaction de vivre

Elles ont l'impression qu'en vieillissant les choses vont mieux que ce qu'elles entrevoyaient, et qu'elles sont aussi intéressantes qu'elles l'ont toujours été. Quand elles regardent leur vie passée, elles trouvent qu'elles ont obtenu la plupart des choses qu'elles voulaient et qu'elles attendaient de la vie. Si elles pouvaient recommencer leur vie, elles la referaient de la même façon. Par rapport aux autres personnes de leur âge, elles trouvent qu'elles paraissent bien et elles ne se sentent pas trop souvent déprimées.

La personne satisfaite de vivre et actualisée

Les principaux traits de personnalité des personnes satisfaites de vivre et actualisées ont été brièvement résumés et comparés avec la littérature consultée.

La présente recherche coïncide avec les opinions de Butler et Lewis (1973), Keith (1979), Reichard et al. 1962), Rogers (1968), Sheehy (1976), et plusieurs autres. Ces caractéristiques communes sont mises en évidence dans la partie qui suit.

Ayant développé leur capacités au maximum, ces gens reflètent le sentiment d'une vie bien vécue et bien remplie. L'optimisme est la caractéristique des gens les plus satisfaits. Ils ne vivent pas d'inquiétude majeure dans aucune des phases de leur vie adulte. Ils ont des personnalités riches, optimistes et dynamiques. Ils sont capables d'appréciation positive et savent profiter de la vie. Ces personnes s'impliquent de façon individuelle et responsable, et ne véhiculent pas d'agressivité. Elles aiment et sont aimés en retour.

Les gens heureux et satisfaits ne perdent pas facilement le sens de leur valeur personnelle, car ils possèdent une confiance accrue en eux-mêmes.

Ayant développé une nouvelle conscience du temps, ils vivent le moment présent avec une grande intensité, en continuité avec leur vécu antérieur. Ils ne ressentent aucun regret concernant leur passé et voient l'avenir de façon optimiste.

Ils considèrent leur vie comme un cycle allant de la naissance à la mort et n'éprouvent pas le désir de recommencer leur expérience de manière différente. La mort fait partie de ce cycle de vie qu'ils acceptent comme allant de soi.

Discussion

Comparativement à l'étude de Woods et Witte (1981) qui ont étudié une problématique semblable en mettant en relation l'intégrité personnelle et la satisfaction de vivre, la présente recherche obtient aussi des coefficients de corrélation significatifs pour ces deux variables principales étudiées.

Choix de l'échantillonnage

Lors de la planification de l'échantillon des sujets, le choix a été fait en tenant compte des individus en situation de couple et des gens seuls. Les recherches de Kutner et al. (1956) et Pihlblad et Adams

(1972) ont suscité des interrogations concernant le choix de l'échantillonnage de la présente recherche. Ces auteurs affirment que les gens mariés ont un niveau de bien-être qui se rapproche de celui des célibataires comparativement aux individus veufs, séparés ou divorcés qui indiqueraient un niveau de bien-être plus bas.

L'évaluation du statut civil telle que faite dans la présente recherche risque d'avoir influencé certains des résultats. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer un groupe de gens mariés, un groupe de gens célibataires et un groupe de gens veufs ou séparés. Le fait qu'une personne n'ait pas choisi sa situation (ex.: veuf ou séparé) pourrait jouer un rôle important dans l'évaluation de son bien-être. Il aurait été compliqué de regrouper les gens séparés, divorcés ou veufs dans un groupe et les individus célibataires dans un autre, d'autant plus que les groupes de personnes seules ont été les plus difficiles à compléter pour se rendre au nombre voulu de 20.

Variables état civil et sexe versus d'autres variables non-contrôlées (statut socio-économique, instruction)

Les variables non-contrôlées peuvent influencer certains résultats de façon plus ou moins directe lors de l'analyse comparative des quatre sous-groupes. Considérant le fait que ces variables secondaires n'ont pas été analysées, il est difficile d'avancer que les résultats obtenus sont en relation avec l'état civil, plusieurs auteurs ont déjà fourni des résultats différents sur cette même variable. Les résultats obtenus ici se comparent donc aux études de Larson (1975), Lawton (1972), Morgan (1976), Pihlblad et Adams (1972) qui démontrent que la satisfaction des gens mariés est plus élevée chez une population de personnes âgées.

Le facteur sexe de l'individu n'est pas significatif dans aucune analyse principale. Plusieurs chercheurs ont étudié cette variable. De tous les auteurs consultés aucun ne démontre de résultats significatifs entre le sexe de l'individu et le niveau de bien-être. Même en contrôlant la santé, le statut socio-économique, l'âge, la retraite, l'état civil et l'interaction sociale, Lawton (1972) et Harris (1975), entre autres, n'obtenaient pas de résultats significatifs. Il serait donc peu probable que le fait de ne pas avoir contrôlé toutes ces variables dans

la présente recherche ait une influence sur les résultats obtenus concernant le sexe de l'individu.

Pertinence du test P.O.I. pour une population de personnes âgées

Le P.O.I. global ne rend peut-être pas justice aux personnes âgées. Cependant une analyse plus détaillée révèle que les échelles du P.O.I. Tc (compétence face au temps), I (direction interne), Sr (regard sur soi), Sa (acceptation de soi) sont les échelles les plus significatives par rapport à la satisfaction de vivre.

Considérant les résultats moyens peu élevés obtenus à ce test (profil moyen des 80 sujets en appendice) il est à se demander si le P.O.I. est un instrument adéquat pour évaluer une population de personnes âgées. Beaucoup de ces gens ne comprenaient pas très bien le sens de certaines questions. De plus, le contexte culturel que les personnes âgées ont connu lorsqu'elles étaient plus jeunes risque de donner un sens différent à certains items de ce test. (Elles ont des valeurs différentes des individus de 20 ou 40 ans d'aujourd'hui.)

Pertinence de l'item 13 du questionnaire de la satisfaction de soi

L'item 13 du questionnaire de la satisfaction de vivre a dû être annulé lors de l'analyse d'items, à cause de son faible coefficient de corrélation avec la somme des autres items. Cet item était: "J'ai pensé à certaines choses que je ferais dans un mois, dans un an". Par ailleurs, l'échelle Tc (Time Competent) du P.O.I. obtient les coefficients de corrélation significatifs les plus élevés avec la satisfaction de vivre. Ces corrélations avec l'échelle Tc suscite un certain questionnement en ce qui a trait à la pertinence de cet item dans la mesure de la satisfaction de vivre des gens du troisième âge.

Le faible coefficient de corrélation de cet item 13 du questionnaire sur la satisfaction de vivre pourrait illustrer la tendance des personnes âgées à vivre dans le présent plutôt que dans l'avenir. Tel que démontré par L'Écuyer (1980) dans une étude sur le concept de soi des personnes âgées, en bonne santé physique et mentale, celles-ci ne font référence au futur que dans 1% de leurs énoncés. Aussi, Bromley (1974)

atteste que vivre en étant bien conscient que nous allons mourir un jour nous oblige à nous centrer sur le moment présent.

Conclusion

La problématique de cette recherche visait à clarifier le domaine de la satisfaction de vivre et de l'actualisation de soi chez les personnes âgées.

La confirmation des hypothèses de cette recherche atteint l'objectif de départ qui était d'enrichir la perspective positive du vieillissement. Ces résultats encourageants montrent l'intérêt qu'il y aurait à explorer davantage l'aspect de la personnalité dans l'évaluation de la qualité de vie chez les personnes âgées. Ainsi, il serait particulièrement intéressant d'étudier le vieillissement dans une perspective développementale. De ce point de vue, il serait possible d'entrevoir le troisième âge comme une étape vers le développement optimal, au lieu de considérer, comme on le fait encore trop souvent, comme l'ultime étape de dé-croissance.

Références

ADAMS, D.L. (1971). Correlates of satisfaction among the elderly. The Gerontologist, II, (4) prat II.

BÉLANGER, L., DÉLISLE, M.A. (1980). Communication personnelle avec Lucie Bélanger.

BOND, J.B. (1982). Volunteerism and life satisfaction among older adults, Canadian Counsellor, april 16, 3, 168-172.

BROMLEY, D.B. (1969). The Psychology of Humain Aging. Harmonds-Worth, England: Penquin Books Ltd. (1974).

BUTLER, R. et LEWIS, M. (1973). Aging and Mental Health, St-Louis: Mosby.

CAVAN, R., BURGESS, E., HAVIGHURST, R., GOLDHAMER, H. (1949). Personal Adjustement in Old Age. Chicago: Science Research Associates.

EDWARDS, J.N., KLEMMACK, D.L. (1973). Correlates of life satisfaction: a reexamination. Journal of Gerontology, 28, 497-509.

ERICKSON, E. (1950). Enfance et société. Paris: Cardinet (1982).

GOLD, D. (1980-81). Self-perceived Personality Change and Continuity in Relation to Adjustement. Center for research in human development. Concordia University.

HARRIS, L. and Associates (1975). The Myth and Reality of Aging in America, Washington: National Council on Aging.

HUTCHISON, I. (1965). The signifiance of marital status for morale and life satisfaction among low-income elderly. Journal of Marriage and Family, 37, 287-293.

KEITH, M. (1979). Life changes and perceptions of life and death among older men and women. Journal of Gerontology, 34, #6, 870-878.

KOZMA, A. STONES, M.J. (1978). Some research issues and findings in the study of psychological well-being in the aged. Canadian Psychological Review, 19, #3.

KUTNER, B., et al. (1956). Five Hundred over Sixty. New York: Russell Sage Foundation.

LARSON, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older americans. Journal of Gerontology, 33, 109-125.

LAWTON, M.P. (1971). The functional assessment of elderly people. Journal of American Geriatrics Society, 19, 465-481.

L'ÉCUYER, R. (1980). Les souvenirs du passé chez les personnes âgées: reflet de conflits intérieurs ou facteur d'adaptation? Revue québécoise de psychologie, 1, (3), 42-57.

MASLOW, A.H. (1968). Vers une psychologie de l'être. Paris: Fayard.

MORGAN, L. (1976). A re-examination of widowhood and morale. Journal of Gerontology, 31, 448-455.

NEUGARTEN, B.L. (1977). Personnality and aging. In BIRREN and K.W. Schaie Handbook of the Psychology of Aging. New York: Van Nostrand Reinhold Co.

NEUGARTEN, B.L., HAVIGHURST, R.J., TOBIN, S.S. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. Journal of Gerontology, 16, 134-143.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. (9178). Le développement de la personne. Montréal: Les éditions H.R.W., traduit par Bélanger et Bélanger.

PIHLBLAD, C., ADAMS, D. (1972). Widowhood, social participation and life satisfaction. Aging and Human Development, 3, 323-330.

REICHARD, S., LEVSON, F., PETERSON, P. (1962). Aging and Personnality. New York: Wiley.

SHEEHY, G. (1976). Passages: les crises prévisibles de l'âge adulte. Montréal, Presses Sélect Ltée, 1981.

SHOSTROM, E.L. (1974). Manual for the Personal Orientation Inventory. San Diego: Educational and industrial testing service. 1966.

SPREITZER, E., SNYDER, E.E. (1974). Correlates of life satisfaction among the aged. Journal of Gerontology, 29, #4, 454-458.

WOODS, N., WITTE, K.L. (1981). Life satisfaction, fear of death, and ego identity in elderly adults. Bulletin of the Psychonomic Society, 18, 4, 165-168.

ZAY, N. (1981). Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale. Québec: Presses de l'Université Laval.

LES DIFFÉRENCES D'ATTITUDES A L'ÉGARD DE LA PEINE DE MORT ET DE L'EUTHANASIE SELON L'AGE, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ ET LA FRÉQUENCE DE LA PRATIQUE RELIGIEUSE

Louise Plouffe,
Mohammed Khalid et
Isabelle Delisle

La question du droit de mettre fin à la vie humaine volontairement, soit pour la protection de la société, soit pour le bien d'un individu souffrant d'une maladie incurable, revient souvent dans les débats publics. D'après les sondages menés au Canada et aux Etats-Unis (exemples : Gallup, 1985; NORC, 1977; Kraus, 1978) on peut constater que l'opinion publique devient plus favorable à l'égard de la peine de mort et de l'euthanasie. Toutefois, les sondages sont peu révélateurs quant aux variations dans ces attitudes en fonction du facteur âge. La covariation de ces attitudes dans différents sous-groupes de la population est aussi mal connue : est-ce qu'il existe des sous-groupes identifiables qui favorisent la peine de mort et l'euthanasie, ou qui favorisent l'une en s'opposant à l'autre?

Dans sa recension exhaustive des recherches effectuées jusqu'en 1976 sur les attitudes des canadiens à l'égard de la peine de mort, Fattah (1977) a noté les différences d'opinions par rapport à plusieurs variables, notamment la provenance régionale, l'âge, la scolarité, l'appartenance et la pratique religieuse. En général, les rétentionnistes se recrutèrent chez les gens plus âgés, les moins instruits, les catholiques romains, les pratiquants réguliers et les québécois. La popularité d'une attitude rétentionniste au Québec s'expliquait, selon cet auteur, par un effet combiné du catholicisme et des particularités de la culture canadienne-française.

Le plus récent sondage Gallup mené en 1985 indique un nivellement des différences d'opinions par rapport à l'âge, quoique les différences en fonction de la scolarité soient maintenues. La pratique religieuse n'a

pas été considérée dans ce sondage. Il est aussi intéressant de noter que le pourcentage de rétentionnistes est maintenant plus faible au Québec (60,1%) que dans les autres régions du pays (69,3% en moyenne)

L'euthanasie recueille de plus en plus d'adeptes, si l'on se fie à l'augmentation des réponses affirmatives à la question "Etes-vous d'accord avec l'idée qu'on puisse mettre un terme à la vie d'un patient si la personne le demande?" (Ostheimer, 1980). Cependant, les différences d'opinions par rapport aux variables sociales demeurent assez distinctes. Les personnes qui condamnent l'euthanasie se retrouvent chez les plus âgés (Klopfer et Price, 1978-79; Kraus, 1978; Ostheimer, 1980; Ward, 1980), le gens moins scolarisés (Ostheimer, 1980; Ward, 1980), les catholiques (Beswick, 1970; Kalish, 1963; Ostheimer, 1980) et les plus religieux de toute croyance (Beswick, 1970; Ward, 1980). Notons aussi que le Québec a la deuxième plus grande proportion de tenants de l'euthanasie au Canada selon la recherche de Fattah (1977).

Dans ces études sur les attitudes sociales, on semble prendre pour acquis que les facteurs de la scolarité et de la pratique religieuse exercent une influence uniforme sur les opinions à travers le cycle de la vie adulte. Or, il y a eu énormément de transformations dans le système éducatif à tous les niveaux ainsi que dans la religion depuis une trentaine d'années, particulièrement au Québec. La formation scolaire et religieuse reçue par un adulte de 25 ans ressemblerait peu à celle reçue par un autre de 65 ans. D'ailleurs, ces influences ne peuvent être considérées comme étant statiques dans la vie de la personne : le développement intellectuel (e.g. Lavouvie-Vief, 1985), affectif (e.g. Malatesta, 1981) et moral (e.g. Kohlberg, 1973) laisse supposer que le vécu personnel modifie la signification de ces influences à mesure que l'adulte avance en âge. Le premier but de cette étude est donc d'explorer l'influence, selon l'âge, de la scolarité et de la pratique religieuse sur les attitudes à l'égard de la peine de mort et de l'euthanasie.

On peut aussi se demander s'il existe des sous-groupes dans la population qui se distinguent par rapport à ces attitudes sociales. Il serait logique que les tenants du caractère sacré de la vie soient opposés à toute

atteinte à celle-ci. Les corrélations positives entre les opinions envers ces deux questions constatées par Ward (1980) et Beswick (1973) appuyeraient cette hypothèse. Dans le même ordre d'idée, Fattah (1977) constata que les québécois se prononçaient fortement en faveur de la peine de mort et de l'euthanasie. Cependant, une analyse du sondage du National Opinion Research Centre des Etats-Unis en 1977 effectuée par Sawyer (1982) a révélé l'existence d'un sous-groupe dans la population qui était favorable à la peine de mort et à l'euthanasie et d'un deuxième sous-groupe favorable à la peine de mort mais opposé à l'euthanasie. Les variables distinguant ces sous-groupes n'ont pas été déterminées dans cette recherche. Or, les sondages menés sur chaque question séparément suggèreraient que certaines des variables probables seraient l'âge, la scolarité et la pratique religieuse.

A la lumière de ces recherches, on pourrait postuler que, pour certaines personnes, la tendance à approuver la peine de mort est à associer à celle d'accepter l'euthanasie et, pour d'autres, la tendance à approuver l'une les amène à condamner l'autre. Plus spécifiquement, une corrélation négative entre les opinions concernant la peine de mort et de l'euthanasie se retrouvait chez les personnes plus âgées, moins instruites et plus pratiquantes.

Méthode

Un questionnaire a été bâti par les auteurs pour les fins de cette étude. L'instrument comportait des questions à propos du sexe, de l'âge, de la scolarité et de la pratique religieuse, suivies de 14 énoncés à propos desquels les sujets devaient indiquer leur accord ou désaccord sur une échelle Likert de 5 points allant de "fortement en désaccord" à "fortement en accord". De ces énoncés, 2 touchaient à la peine de mort et 7 concernaient l'euthanasie (voir le Tableau 1). Les 5 autres items étaient indirectement reliés à ces questions et n'ont pas été retenus dans l'analyse.

Le questionnaire a été distribué à des membres du public qui ont assisté à une table ronde sur l'euthanasie tenue à l'Université du Québec à Hull

ainsi qu'aux étudiants inscrits aux cours de gérontologie. Au total 291 personnes ont répondu au questionnaire. La grande majorité (238) étaient des femmes.

Résultats

L'attitude globale à l'égard de chaque question a été calculée en additionnant les valeurs cochées sur chaque item des deux échelles. Le score maximum sur l'échelle de la peine de mort était de 10 et le score maximum sur l'échelle de l'euthanasie était de 35. Dans le Tableau 2, les scores moyens et les écarts-types sur chacune des échelles sont présentées selon l'âge des répondants, leur scolarité et leur degré de pratique religieuse.

Pour l'échantillon total, les attitudes à l'égrad de la peine de mort ne varient pas selon l'âge (r 0,01, NS). On constate une faible tendance à appuyer la peine capitale chez les personnes moins scolarisées (r : - 0,09, p : ,07), ainsi que chez les gens qui pratiquent rarement (r : 0,10, p : ,06).

En ce qui concerne l'euthanasie, les partisans se recrutaient davantage chez les jeunes (r : - 0,26, p : ,05) et chez les moins pratiquants (r : 0,33, p : ,05). La scolarité ne s'est pas avérée significative par rapport à l'opinion envers l'euthanasie (r : 0,05, NS).

Puisqu'on a noté une association significative entre l'âge et la pratique religieuse (r : - 0,45, p : ,05) une corrélation partielle a été calculée afin d'isoler l'influence de l'âge sur l'attitude envers l'euthanasie. Indépendamment de l'influence de la pratique religieuse, la corrélation entre l'âge et l'attitude à l'égard de l'euthanasie est réduite, mais significative (r : - 0,15, p : ,05).

Dans l'analyse suivante, les coefficients de corrélation entre les variables indépendantes et les attitudes sociales ont été calculées par groupe d'âge. Ces résultats figurent au Tableau 3.

En ce qui concerne les différences d'âges par rapport à l'opinion à l'égard de la peine de mort, on a seulement décelé une tendance rétentionniste chez les individus dans la quanrantaine qui pratiquent le moins souvent. Dans les autres groupes d'âge, la covariation de l'attitude envers la peine de mort avec le niveau de scolarité et la fréquence de la pratique religieuse s'est révélée très faible ou non-existante.

Le plus grand nombre de partisans de l'euthanasie à tout âge sauf dans la trentaine se trouvait chez ceux qui pratiquent rarement. Les universitaires de 40 à 49 ans se prononcent aussi en faveur de l'euthanasie, mais chez les autres groupes d'âge, le niveau de scolarité n'est pas associé aux attitudes.

La covariation des attitudes à l'égard de la peine de mort et de l'euthanasie a été déterminée pour l'échantillon en fonction de chacune des variables indépendantes (Tableau 4). Par rapport à l'âge, une corrélation significative en direction positive distingue les personnes de 50 ans et plus. En ce qui a trait à la dimension religieuse, seuls les pratiquants réguliers appuient significativement à la fois la peine de mort et l'euthanasie. Le niveau de scolarité n'a pas d'influence sur la covariation des deux attitudes.

Discussion

Cette étude visait à explorer les attitudes à l'égard de la peine de mort et de l'euthanasie selon l'âge, la scolarité et la pratique religieuse. Le premier objectif était de déterminer si le niveau de scolarité et la fréquence de la pratique religieuse exerçaient une influence constante sur les attitudes sociales de différentes cohortes de personnes âgées.

Dans l'ensemble, on constate qu'aucune de ces variables n'arrive à différencier nettement les partisans de la peine de mort. Ces résultats sont conformes à ceux du sondage Gallup national de 1985 pour ce qui regarde l'âge, mais contraires à ces mêmes résultats pour ce qui concerne la scolarité. Il se peut que cet échantillon, composé de personnes suivant des cours universitaires ou s'intéressant à une activité universitaire ne

représente pas adéquatement les caractéristiques de la population générale. Les différences entre les cohortes par rapport à la scolarité et la pratique religieuse n'apparaissent que pour le groupe âgé de 40 à 49 ans, dans lequel on trouve une attitude plus fortement conservatrice chez ceux qui pratiquent leur religion le moins souvent.

En ce qui concerne l'euthanasie, on observe les mêmes différences dans les opinions par rapport à l'âge et à la pratique religieuse que celles constatées dans d'autres recherches (Beswick, 1970; Klopfer et Price, 1978-79; Ostheimer, 1980; Ward, 1980). Conformément aux résultats obtenus par Ward (1980) qui a observé que la tendance plus prononcée des personnes âgées à condamner l'euthanasie était due en grande partie à leur plus grande ferveur religieuse, on note ici que la pratique religieuse exerce une influence considérable, mais pas entière sur les attitudes des gens plus âgés.

L'influence de la scolarité et de la pratique religieuse sur les opinions de différents groupes d'âges à l'égard de l'euthanasie apparaît clairement. Un niveau d'instruction moins élevé est associé à la désapprobation de l'euthanasie seulement pour la cohorte d'âge de 40 à 49 ans. La pratique religieuse régulière est reliée à la tendance à condamner l'euthanasie dans tous les groupes d'âge sauf chez les personnes dans la trentaine. La prédiction que l'influence de la scolarité et de la pratique religieuse varierait pour différents groupes d'âge est ainsi confirmée. D'autres recherches sont recommandées pour vérifier ces différences et pour expliquer les causes de ces différences entre cohortes.

L'hypothèse concernant la direction des corrélations entre les deux attitudes sociales pour différents groupes n'est pas appuyée par les données. En effet, les résultats vont dans le sens contraire à la prédiction : les personnes plus âgées et les personnes qui pratiquent leur foi régulièrement approuvent et désapprouvent respectivement la peine de mort et l'euthanasie. Beswick (1970) et Ward (1980) avaient constaté une corrélation positive entre ces attitudes sociales pour l'ensemble de leur échantillon adulte, et Fattah (1977) l'avait aussi observé pour une population québécoise et ontarienne. Ward (1980) avait pourtant noté que les personnes

plus âgées tendaient à accepter la peine de mort et à rejeter l'euthanasie. On suggérait comme explication que les personnes vieillissantes réagissent défensivement parce qu'elles se sentent plus vulnérables à l'agression criminelle ainsi qu'au gérontocide (Thomas et Foster, 1975; Ward, 1980). Quant aux gens pratiquants, ils auraient tendance à approuver la punition sévère pour l'homicide (la loi du talion), mais à invoquer l'interdiction divine de meurtre dans le cas de l'euthanasie (Ward, 1980; Beswick, 1970; Kalish, 1963). Contrairement à ces hypothèses, les résultats obtenus dans la présente recherche suggèrent que les gens plus âgés et les personnes plus religieuses sont plus constants dans leur raisonnement concernant le droit de mettre un terme à la vie. D'autres recherches sont nécessaires pour vérifier ces résultats auprès d'autres échantillons de la population.

Tableau 1

Coefficients de corrélation entre les scores sur les items composant les échelles d'attitudes à l'égard de la peine de mort et de l'euthanasie et le score total sur les échelles.

Echelle	Coefficient de corrélation
Peine de mort	
* 1. Les voleurs qui abattent un policier au cours d'un vol devraient recevoir la peine de mort.	0,89
2. Si l'homicide est immoral, l'exécution par l'État l'est aussi.	0,87
Euthanasie	
1. En certaines circonstances, le suicide peut être un acte rationnel et raisonnable.	0,72
2. Je n'aurais aucun remords à retirer les moyens de support qui prolongent artificiellement la vie d'une personne mourante.	0,48
3. Toute personne a le droit inaliénable de choisir de vivre ou de mourir.	0,59
* 4. Dieu seul doit décider du moment de la mort.	0,76
* 5. La souffrance, même aigüe et interminable a une valeur positive.	0,66
* 6. Le suicide n'est jamais justifié.	0,73
* 7. Je ne pourrais jamais aider un mourant à mettre fin à ses jours.	0,67

* Pour ces items, les réponses "fortement en désaccord" et "en désaccord" ont été cotés en direction positive.

Tableau 2

Moyennes (X) et écarts-types ( ) sur les échelles d'attitudes à l'égard de la peine capitale et de l'euthanasie.

Variables	N	Attitudes			
		Peine de mort		Euthanasie	
		$\bar{X}$		$\bar{X}$	
Age					
20-29	72	5,4	2,0	22,8	4,9
30-39	101	5,5	2,2	21,7	5,9
40-49	71	5,4	2,4	19,8	6,0
50 -	47	5,3	2,4	18,3	5,8
Scolarité					
Sec. ou DEC	144	5,7	2,3	21,0	5,7
Université	142	5,2	2,1	21,0	6,1
Pratiques religieuses					
régulière	103	5,0	2,2	17,9	5,4
occasionnelle	87	5,7	2,1	20,9	4,8
rare	50	5,5	2,4	22,7	5,7

Tableau 3

Matrice de corrélations entre les attitudes à l'égard de la peine de mort et de l'euthanasie, la scolarité et la pratique religieuse par tranches d'âge.

Echantillon		Attitudes	
		Peine de mort	Euthanasie
Total	Pratique religieuse	0,10	0,33 *
	Scolarité	- 0,09	0,05
20-29	Pratique religieuse	- 0,06	0,23 *
	Scolarité	- 0,17	0,07
30-39	Pratique religieuse	0,11	0,10
	Scolarité	- 0,12	0,04
40-49	Pratique religieuse	0,28 *	0,41 *
	Scolarité	0,09	0,40 *
50 -	Pratique religieuse	0,11	0,38 *
	Scolarité	- 0,17	0,19

* p .05

Tableau 4

Corrélation entre les attitudes à l'égard de la peine de mort et de l'euthanasie selon l'âge, la scolarité et la pratique religieuse

Coefficient de corrélation	Age				Scolarité		Pratique religieuse		
	20-29	30-39	40-49	50-59	Sec./DEC	Université	Régulière	Occasionnelle	Rare
	0,11	0,10	0,16	1,39*	0,17*	0,15*	0,18*	0,13	0,12

* p .05

Références

Beswick, D.G. (1970) Attitudes to taking human life. Australian and New Zealand Journal of Sociology, 6, 120-130.

Fattah, E.A. (1977) Les Canadiens et la peine de mort : Etude d'une attitude sociale. Manuscrit non publié, Université Simon Fraser.

Institut canadien de l'opinion publique (1985) Reinstating the death penalty in Canada. Gallup Report, novembre, 1985. Institut Canadien de l'opinion publique, Toronto.

Kalish, R.A. (1963) Some variables in death attitudes. Journal of Social Psychology, 59, 137-145.

Klopfer, F.J. et Price, W.E. (1978) Euthanasia acceptance as related to other life belief and other attitudes. Omega, 9, 245-253.

Kohlberg, L. (1973) Continuities in childhood and adult moral development revisited. Dans P.B. Baltes et K.W. Schaie (eds.) Life-span Developmental Psychology. Personality and Socialization. New York : Academic Press.

Kraus, A.S. (1978) Patients who want to die : A survey of 1000 adults. Canadian Family Physician, 24, 1282-1286.

Labouvie-Vief, G. (1985) Intelligence and cognition. Dans J.E. Birren et K.W. Schaie (eds.) Handbook of the Psychology of Aging, (2e édition), New York : Van Nostrand Reinhold.

Malatesta, C.Z. (1981) Affective development over the life-span : Involution or growth? Merril-Palmer Quarterly, 27, 145-173.

National Opinion Research Centre (1977) National Data Program for the Social Sciences. General social survey, 1977. National opinion research Centre, Chicago.

Ostheimer, J.M. (1980) The Polls : Changing attitudes toward euthanasia. Public Opinion Quarterly, 44, 123-128.

Sawyer, D.O. (1982) Public attitudes toward life and death. Public Opinion Quarterly, 46, 521-533.

Thomas, C.W. et Foster, S.C. (1975) A sociological perspective on public support for capital punishment. American Journal of Orthopsychiatry, 45, 641-657.

Ward, R.A. (1980) Age and acceptance of euthanasia. Journal of Gerontology, 35, 421-431.

RAPPORT D'ENQUÊTE SUR L'ALIMENTATION DES PERSONNES AGÉES QUI RECOIVENT DES SOINS A DOMICILE SUR LE TERRITOIRE DU D.S.C. ST-SACREMENT

André Beaulieu,
Lucie St-Jean et
Renée Gélinas

INTRODUCTION

Comme on le souligne dans le profil socio-démographique et sanitaire du département de santé communautaire de l'Hôpital du Saint-Sacrement (DSC-HSS), le Québec, et particulièrement le territoire du DSC-HSS, doit faire face au vieillissement de sa population. En effet, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 14.29% (21 835 personnes) de sa population totale. De ce nombre, 5 560 vivent seules, soit 25.5% de la population âgée du DSC-HSS. Cette situation démographique n'est pas sans provoquer des inquiétudes.

Par conséquent, en tenant compte de la volonté de l'État de maintenir à domicile la population âgée (25), du désir et du droit des individus de demeurer dns leur milieu de vie naturel, le comité de gérontologie du DSC-HSS entérinait la priorité visant le maintien de l'autonomie des personnes âgées de 70 ans et plus.

Le maintien de l'autonomie, pour se réaliser, doit situer la personne âgée au centre d'un système comprenant plusieurs composantes: sa santé physique et mentale, son environnement physique et social, ses habitudes de vie ainsi que la place qui lui revient dans le réseau des services et des ressources. Dans l'optique de priorisation du maintien de l'autonomie des personnes âgées, le comité de gérontologie entend documenter davantage des besoins et des ressources de la population âgée.

C'est donc dans le but d'évaluer une facette des habitudes de vie des personnes âgées recevant des soins à domicile que cette enquête fut

proposée. Ainsi, le 22 avril 1985, le comité de planification et de programmation du DSC-HSS endossait ce projet de recherche sur l'évaluation de l'alimentation des personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des soins à domicile via les infirmières du DSC-HSS.

Pendant les mois de mai et juin 1985, les sujets de l'échantillon répartis dans les quatre secteurs du DSC soit Haute-Ville, Basse-Ville, Limoilou et Les Saules, furent visités par les diététistes des secteurs ou leurs stagiaires en vue de répondre aux questionaires. Ces entrevues ont aussi permis de faire de l'éducation en nutrition auprès de cette population et de remettre par cette occasion les documents "Le temps de bien manger" et le "Guide alimentaire canadien".

L'ÉCHANTILLON

L'échantillon a été choisi selon la méthode probabiliste du hasard stratifié parmi les personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des soins à domicile dans chacun des quatre secteurs du territoire du DSC-HSS. En tout, 51 femmes et 14 hommes constituent l'échantillon cible.

Tableau I

Pour fins d'analyse, les sujets furent aussi regroupés par groupes d'âge.

TABLEAU II: DISTRIBUTION DES SUJETS SELON LEUR GROUPE D'ÂGE RESPECTIF

GROUPES D'AGE	FEMMES N	HOMMES N	F + H %
65 À 69 ANS	15	2	26
70 À 74 ANS	6	2	12
75 À 79 ANS	12	5	27
80 ET PLUS	18	5	35

L'état civil des sujets de l'échantillon fût un des paramètres observés. On remarque que 33% (18) des femmes et 64% (10) des hommes sont mariées(es), tandis que 51% (25) des femmes et seulement 29% (4) des hommes sont veuves et veufs. Dans les deux cas, le rapport de deux femmes pour un homme démontre bien que les sexagénaires de sexe féminin sont plus susceptibles de vivre leur âge d'or sans leur partenaire.

TABLEAU III: DISTRIBUTION DES SUJETS SELON LEUR ÉTAT CIVIL

ETAT CIVIL	FEMMES N	FEMMES %	HOMMES N	HOMMES %
MARIÉ(E)	18	33	10	64
CÉLIBATAIRE	8	16	0	0
VEUF - VEUVE	25	51	4	29
DIVORCÉ(E)	0	0	1	7

Au total, on constate que 26% des sujets vivent seuls tandis que 74% vivent avec leur conjoint(e), leur famille ou des amis(es). Des personnes âgées qui vivent seules, le femmes représentent 88%.

LE QUESTIONNAIRE (voir annexe A)

L'instrument servant à la collecte des données était un questionnaire qui a permis l'identification sociale des sujets, de même que l'analyse des profils santé et nutritionnel de la population étudiée.

Le questionnaire composé de 25 questions comportait six parties. La première partie devait rapporter des informations quant à l'identification du sujet, aux conditions de partage du logement et le lien des colocataires. Les parties I, IV et V ont servi à tracer la première partie du profil nutritionnel. Les répondants devaient mentionner le montant hebdomadaire qu'ils allouent au budget alimentaire, la facilité à mastiquer les aliments, la régularité dans la consommation d'un petit déjeuner, d'un repas chaud, la prise de collations ainsi que l'environnement social au repas. La partie IV, soit les apports alimentaires quotidiens compilés à partir de denrées consommées la journée précédant l'entrevue, a permis de tracer la seconde partie du profil nutritionnel. Pour sa part, le profil santé fut établi à partir des questions de la partie III et de certaines questions de la partie V qui traitaient de la mobilité de la personne, de la dextérité manuelle, de la constipation associée à la prise de laxatifs et de fibres alimentaires.

RÉSULTATS D'ENQUÊTE

Nous soulèverons rapidement les principaux résultats recueillis concernant certains problèmes de santé que vivent les personnes âgées de notre échantillon pour nous attarder plus particulièrement au profil nutritionnel.

PROFIL SANTÉ

Tout d'abord, il est important de souligner que les résultats obtenus dans cette section sont basés sur la perception que l'individu a de lui-même et celle des interviewers.

Les principaux problèmes de santé ressortis lors de l'enquête sont la difficulté à se déplacer, la constipation associée à la prise de laxatifs et le diabète.

L'évaluation de la mobilité de la personne à l'intérieur nous révèle que 37% des sujets ont une mobilité difficile ou réduite et que 5% ont une mobilité qui fut qualifiée de nulle. Au total, 39% des femmes et 29% des hommes présentent une capacité réduite à se déplacer à l'intérieur du domicile.

A l'extérieur, les capacités de déplacement sont beaucoup plus précaires. En effet, 55% des sujets présentent une mobilité réduite et 11% une mobilité nulle à l'extérieur du domicile.

A noter qu'à l'extérieur comme à l'intérieur, ce sont seulement des femmes qui ont une mobilité nulle. Il faut retenir également qu'elles sont plus vieilles.

Ces constatations concordent avec le fait que 88% des personnes âgées de l'échantillon requièrent une aide partielle ou totale pour faire leur épicerie et 91% qui mentionnent avoir de la difficulté à porter leurs paquets.

TABLEAU IV: DISTRIBUTION DES SUJETS SELON LEUR MOBILITÉ À L'INTÉRIEUR ET À L'EXTÉRIEUR

LIEU	MOBILITE	FEMMES %	HOMMES %
A L'INTÉRIEUR:	BONNE	55	71
	DIFFICILE	39	29
	NULLE	6	-
A L'EXTÉRIEUR:	BONNE	33	36
	DIFFICILE	53	64
	NULLE	14	-

Pour compléter, notons que l'évaluation de la dextérité manuelle démontre que plus du quart des sujets présentent de la difficulté à couper les aliments. Potentiellement, ces mêmes sujets risquent de présenter des problèmes de santé reliés à l'incapacité de préparer des aliments ou des repas adéquats. De façon concrète, il fut observé que 86% des hommes et 51% des femmes ne préparent jamais ou seulement occasionnellement leurs repas. Ce fait concorde avec une des remarques de l'enquête de Nutrition Canada en 1973 qui stipule que les hommes âgés sont à plus grand risque nutritionnel que n'importe quel sous-groupe (12).

Parmi le groupe des diabétiques, soit 31% de notre échantillon, 65% de ceux-ci ont été classés parmi les personnes âgées ayant une alimentation à risque élevé de carences nutritionnelles. Le fait de se sous-alimenter pourrait à plus ou moins long terme avoir des effets négatifs sur le contrôle du diabète.

Dans l'ensemble, les personnes âgées de notre échantillon ne savent pas utiliser l'alimentation comme agent de prévention de la constipation.

En effet, on constate que 44% des sujets présentent de la difficulté dans la régularité des selles. Parmi ceux-ci 100% prennent régulièrement des laxatifs pour remédier à la constipation et seulement 30% consomment des céréales à grains entiers. Le son de blé entier est très peu populaire chez les personnes constipées, seulement 3% en ajoutent dans leur alimentation.

PROFIL NUTRITIONNEL - Première partie

De l'échantillon total, seulement 6% des sujets interviewés consacraient à leur budget alimentaire un montant inférieur au coût minimum d'un régime nutritif tel que déterminé en mai 85 par le Dispensaire diététique de Montréal (voir annexe B). Le montant minimum hebdomadaire qu'une personne doit allouer à son budget alimentaire personnel pour avoir une alimentation adéquate varie entre 22,91$ et 24,59$ pour les hommes et 19,36$ et 23,23$ pour les femmes si l'ont tient compte des ajustements selon la taille de l'unité familiale.

En dépit du montant suffisant alloué à l'alimentation dans l'ensemble de l'échantillon, il apparaît que 18% des sujets présentent une alimentation à risque élevé de carences nutritionnelles. De deux hypothèses l'une, soit que ce montant est irréaliste pour permettre une alimentation adéquate ou que les sujets ne savent pas s'alimenter adéquatement, c'est-à-dire faire un choix judicieux d'aliments avec l'argent qu'ils y consacrent. Pour nous, il semble bien que la deuxième hypothèse soit la plus plausible.

A la lumière des réponses recueillies en ce qui a trait à la mastication des aliments, la régularité du petit déjeuner, la consommation d'au moins un repas chaud quotidien, la prise de collation et l'environnement social au moment du repas, il apparaît que:

. 37% des sujets présentent un degré variable de difficulté relié à la mastication des aliments et que parmi ces derniers, une personne sur deux présente une alimentation à risque nutritionnel plus ou moins élevé.

. 89% des sujets disent consommer régulièrement un petit déjeuner.

TABLEAU V: *INDEX DE QUALITÉ DE L'ALIMENTATION DES 24 SUJETS (37%) QUI ONT DE LA DIFFICULTÉ À MASTIQUER

NIVEAU	H.VILLE	B.VILLE	LIMOILOU	LES SAULES	TOTAL
	N	N	N	N	%
1	-	2	1	-	13
2	1	1	1	-	13
3	2	1	1	2	24
4	1	2	1	1	20
5	-	-	4	-	17
6	1	-	1	1	13

* POUR L'INDEX DE QUALITÉ, VOIR TABLEAU VII

. 94% consomment un repas chaud par jour.

. 30% prennent régulièrement une colation en avant-midi.

. 66% prennent régulièrement une collatin en après-midi.

. 63% prennent régulièrement une collation en soirée.

La population prenant des collations de l'après-midi et de la soirée peut refléter dans notre contexte le désir de couper l'ennui si souvent présent chez les personnes âgées dont les activités sont réduites. De même, une alimentation composée de plusieurs petits repas est mieux adaptée aux besoins des personnes âgées.

. 35% des sujets sont habituellement seuls pour prendre leurs repas. Parmi ces derniers, 60% présentent une alimentation susceptibles de présenter des carences nutritionnelles à plus ou moins long terme.

TABLEAU VI: INDEX DE QUALITÉ DE L'ALIMENTATION DES 23 SUJETS (35%) QUI SONT SEULS POUR PRENDRE LEUR REPAS

NIVEAU	H.VILLE	B.VILLE	LIMOILOU	LES SAULES	TOTAL
	N	N	N	N	%
1	1	3	3	-	30
2	1	-	-	-	4
3	2	1	3	-	26
4	-	2	1	1	17
5	1	-	1	-	10
6	2	-	-	1	13

Une grille d'évaluation nutritionnelle fut utilisée en vue de tracer un profil des habitudes alimentaires de notre échantillon (voir annexe C).

Il apparaît que les personnes âgées consomment en moyenne une portion et demie de viande par jour. En ordre décroissant de fréquence de consommation, les viandes en général s'avèrent plus populaires que les oeufs, la volaille, le poisson et les légumineuses. Le secteur Basse-Ville consomme la plus faible quantité de viande, soit un peu plus d'une portion de viande par individu. Somme toute, 60% des personnes âgées de ce secteur n'atteignent pas la recommandation minimum de deux portions de viande ou substitut par jour.

Selon la moyenne de consommation de presque deux portions de lait et de produits laitiers compilée pour l'ensemble de l'échantillon, l'on serait tenté de croire que ce groupe d'aliments rencontre la faveur des personnes âgées. Cependant, cette moyenne masque la faible consommation de 1.7 et 1.4 portions consommées par le secteurs Limoilou et Basse-Ville. Il ressort que 37% des sujets ne consomment pas de lait et 8% ne

consomment jamais de produits dérivés du lait sous toutes ses formes. Chez ceux qui en consomment, le choix se porte d'abord vers le lait, suivi des fromages, des poudings, des yogourts, des soupes-crèmes et de la crème glacée.

La pomme de terre jouit d'une heureuse popularité, car elle est régulièrement consommée par 75% des sujets. Le pain blanc accompagne fidèlement le menu de 77% des personnes âgées, tandis que son homologue, le pain de blé entier n'est consommé que par 29% des sujets. Tout comme dans l'étude menée en '74 au CLSC St-Marc-des-Carrières, une personne âgée sur deux consomme des céréales (4). Les céréales raffinées sont les plus populaires, suivies des céréales à grains entiers et du gruau.

La consommation quotidienne moyenne de fruits et légumes totalisant 3.5 portions ne rencontre évidemment pas les recommandations émises par le Guide alimentaire canadien (G.A.C.). Ce serait dans le secteur Basse-Ville que ces derniers sont le plus délaissés. En effet, il n'y a que 2.2 portions par jour qui y sont consommées en moyenne. Dans l'ensemble, les légume sont les plus populaires (53%) et ils sont généralement mangés cuits. Les fruits suivent de près avec un pourcentage de popularité de 40%. Une personne sur trois environ consomme des jus de fruits tandis que les jus de légumes sont beaucoup moins populaires.

La figure I représente le pourcentage de personnes âgées selon le sexe qui ont consommé au moins une portion des aliments mentionnés dans chacun des groupes.

VIANDES ET SUBSTITUTS

Ce sont les viandes rouges en général qui sont les plus populaires chez les hommes comme chez les femmes. Les oeufs sont plus populaires chez les hommes.

LAIT ET PRODUITS LAITIERS

Seulement le lait et le fromage sont consommés par plus de 50% des hommes et des femmes.

PAIN ET CÉRÉALES

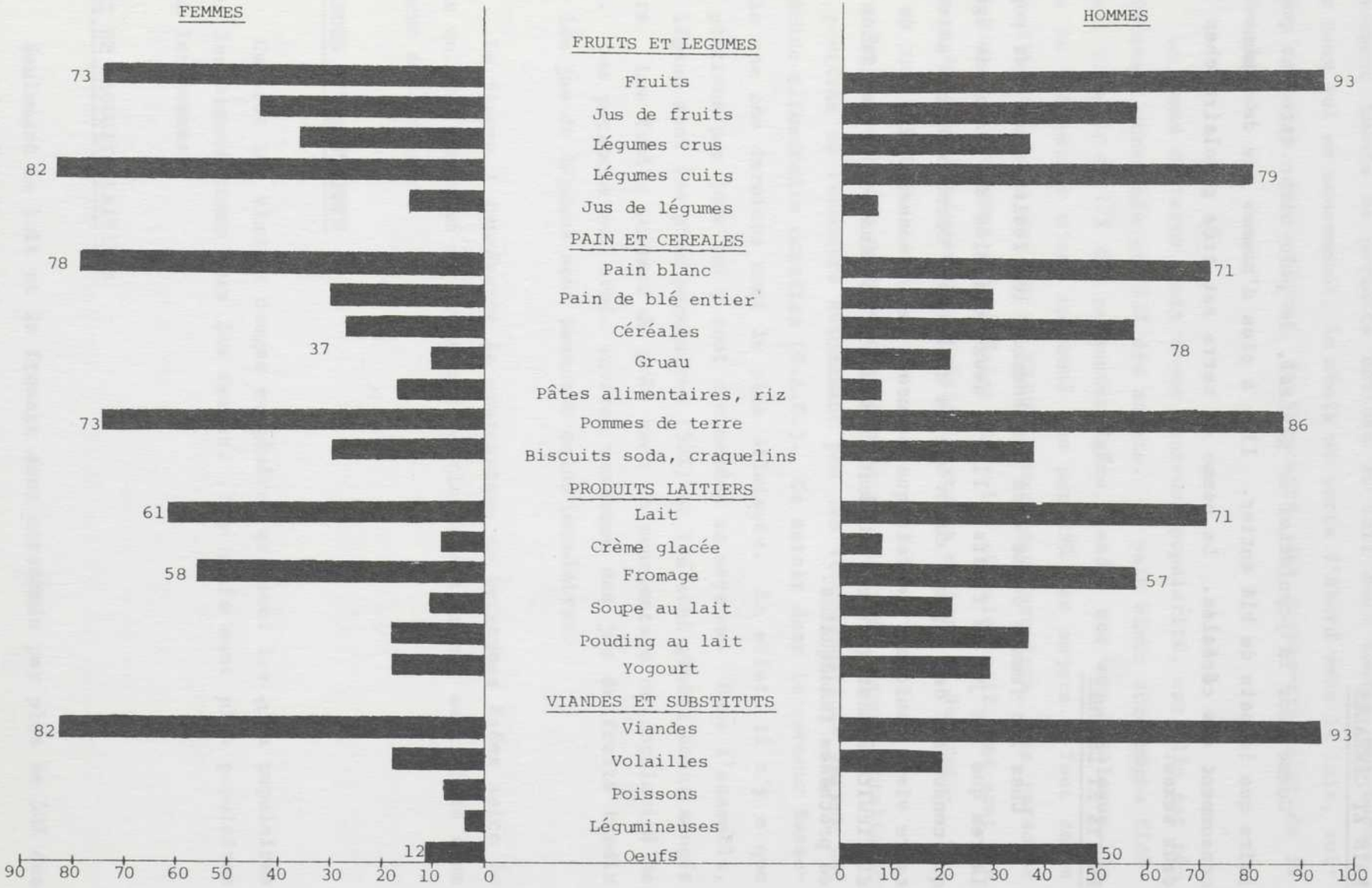
Comme pour la population en général, le pain blanc est plus populaire que le pain de blé entier. Il y a plus d'hommes que de femmes qui consomment des céréales. La pomme de terre est très populaire chez les deux sexes.

FRUITS ET LÉGUMES

Chez les femmes comme chez les hommes, les fruits sont plus populaires que les jus de fruits. Il y a deux fois plus de personnes âgées qui consomment des légumes cuits que de crudités. Cette habitude alimentaire vient renforcer le fait que beaucoup de personnes âgées ont de la difficulté à mastiquer ces aliments à cause d'une absence de dentition ou de prothèses inadéquates.

FIGURE 1

TAUX DE CONSOMMATION DES ALIMENTS SELON LE SEXE



PROFIL NUTRITIONNEL - Deuxième partie

Pour commencer, voici un petit rappel des principes de nutrition chez les personnes âgées. Le vieillissement réduit la quantité de tissus métaboliquement actifs et par le fait même l'utilisation des nutriments. Cependant, les besoins en nutriments ne sont pas pour autant réduits et la sélection des aliments demeure donc très importante à cette période de la vie. Un état nutritionnel optimal est donc le résultat d'une prise et d'une utilisation optimale des nutriments.

Selon la base nutritionnelle du Guide alimentaire canadien qui traduit les sources d'éléments nutritifs en choix d'aliments, chaque groupe d'aliments possède donc une gamme de nutriments qui lui est propre. C'est pour cette raison que les groupes d'aliments ne sont pas interchangeables et que l'on recommande de consommer chaque jour des aliments qui appartiennent à chacun des quatre groupes. C'est en tenant compte de cette recommandation que nous avons évalué la qualité de l'alimentation des personnes âgées de notre échantillon à partir d'une journée représentative de leur alimentation habituelle.

Pour faire cette évaluation, nous avons utilisé un index de qualité adapté aux quatre groupes du Guide alimentaire canadien. Compte tenu des limites de notre questionnaire, cet index nous a permis de diviser la qualité de l'alimentation en six niveaux et selon un ordre croissant de qualité. Les niveaux 1, 2 et 3 représentent une alimentation de faible qualité, tandis que les niveaux 4, 5 et 6 représentent une alimentation de plus en plus adéquate. Voir le tableau VII.

Le niveau 1 de qualité implique que les aliments d'un seul ou de plusieurs groupes sont absents ou consommés en quantité inférieure à une portion par jour. De ce fait, ce niveau sera considéré comme représentant une alimentation à risque élevé de carences nutritionnelles.

Au niveau 2 de qualité, au moins une portion de chaque groupe est consommée quotidiennement.

Pour atteindre le niveau 3 de qualité, la personne doit consommer au moins :

- 1 portion du groupe lait et produits laitiers
- 1 portion du groupe viandes et substituts
- 2 portions du groupe pain et céréales
- 2 portions du groupe fruits et légumes

Les niveaux 2 et 3 seront considérés comme représentant une alimentation à risque de carences nutritionnelles.

Pour obtenir le niveau 4 de qualité, il faut manger au moins deux portions par jour de chaque groupe. Ce niveau de qualité représente une alimentation restreinte en vitamines et minéraux.

Les niveaux 5 et 6 représentent une alimentation qui atteint les recommandations minimum du Guide alimentaire canadient, soit :

- 2 portions du groupe lait et produits laitiers
- 2 portions du groupe viandes et substituts
- 3 portions du groupe pain et céréales
- 4 portions du groupe fruits et légumes dont au moins deux portions de légumes

A la différence du niveau 5, l'alimentation du niveau 6 de qualité contient une source céréalière de fibres alimentaires qui est mieux adaptée au problème de constipation que vivent plusieurs personnes âgées.

TABLEAU VII

INDEX QUALITATIF DE L'ALIMENTATION ADAPTÉ AUX 4 GROUPES DU GUIDE ALIMENTAIRE

NIVEAU DE QUALITÉ	PRODUITS LAITIERS		VIANDES + SUBSTITUTS		PAIN + CÉRÉALES		FRUITS + LÉGUMES
1	< 1 portion	ou	< 1	ou	< 1	ou	< 1
2	⩾ 1	+	⩾ 1	+	⩾ 1	+	⩾ 1
			mais moins que le niveau 3				
3	⩾ 1	+	⩾ 1	+	⩾ 2	+	⩾ 2
			mais moins que le niveau 4				
4	⩾ 2	+	⩾ 2	+	⩾ 2	+	⩾ 2
			mais moins que le niveau 5				
5	⩾ 2	+	⩾ 2	+	⩾ 3	+	⩾ 4 (2 légumes)
			mais moins que le niveau 6				
6	⩾ 2	+	⩾ 2	+	⩾ 3 (+ fibres)	+	⩾ 4 (2 légumes)

ÉVALUATION ALIMENTAIRE (résultats et analyse)

Le tableau VIII représente la distribution en pourcentage des personnes âgées selon le niveau de qualité obtenu lors de l'évaluation de l'alimentation dans chacun des secteurs et pour l'ensemble du D.S.C. De l'analyse verticale de ce tableau, c'est-à-dire de l'analyse par secteur, il ressort que:

1. 65% des personnes âgées du Secteur Haute-Ville ont une alimentation que l'on considère à risque de carences nutritionnelles.

2. Toutefois, c'est dans ce secteur (Haute-Ville) que l'on retrouve le plus de personnes âgées dont l'alimentation répond aux recommandations du Guide alimentaire canadien et en plus d'être élevée en fibres alimentaires.

3. 40% de femmes de la Basse-Ville ont une alimentation que l'on considère à risque élevé de carences nutritionnelles.

4. C'est le secteur Basse-Ville qui est le plus à risque avec 80% des sujets dont la qualité de l'alimentation est inférieure au niveau 4 et où personne n'atteint les recommandations minimum du Guide alimentaire canadien.

5. Dans Limoilou, encore une fois ce sont uniquement les femmes qui sont à risque élevé de carences nutritionnelles.

6. C'est dans le secteur Les Saules que l'on retrouve l'alimentation la plus conforme aux recommandations du Guide alimentaire canadien. Aucune personne âgée de ce secteur n'est à risque élevé de carences nutritionnelles.

7. En résumé:
   - 18% des personnes âgées de notre échantillon sont considérées comme à risque élevé de carences nutritionnelles.

TABLEAU VIII

DISTRIBUTION EN % DES PERSONNES ÂGÉES SELON LE NIVEAU DE QUALITÉ OBTENU LORS DE L'ÉVALUATION DE L'ALIMENTATION DANS CHACUN DES SECTEURS ET POUR L'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON

NIVEAU DE QUALITÉ	HAUTE-VILLE ♀ + ♂	BASSE-VILLE ♀	LIMOILOU ♀ + ♂	LES SAULES ♀	DSC	
1	9%	40% seulement ♀	24% ♀	-	18%	
2	65% 4%	80% 20%	4%	14%	8%	63%
3	52% 48% ♀ 4% ♂	20%	32%	29%	37%	
4	9%	20%	16%	14%	14%	
5	4%	-	16%	57% 29%	11%	37%
6	22%	-	8%	14%	12%	

- 45% sont considérés à risque des carences
- 14% ont une alimentation restreinte en vitamines et minéraux
- 23% répondent aux recommandations minimum du Guide alimentaire canadien et, parmi ces dernières, ont en plus une alimentation riche en fibres alimentaires

Le tableau IX nous permet de voir la distribution en % des personnes âgées selon le ou les groupes d'aliments qui limitent la qualité de leur alimentation. C'est-à-dire, si on essaie de cerner quels aliments sont les plus susceptibles de causer des carences nutritionnelles chez les personnes âgées de notre échantillon, on obtient les résultats suivants:

1. 58% des personnes âgées du niveau 1 ne consomment pas ou moins d'une portion de lait et produits laitiers; ce sont uniquement des femmes et c'est le secteur Limoilou qui est le plus touché. 25% ne consomment pas ou presque pas de viandes et 17% ne consomment pas ou moins d'une portion de fruits et légumes.

2. Pour l'ensemble des personnes âgées dont la qualité de l'alimentation atteint seulement le niveau 2, c'est le groupe fruits et légumes qui les empêche de passer au niveau 3.

3. 13% des personnes âgées du niveau 3 consomment une seule portion de lait ou produits laitiers; 54% consomment une seule portion de viande, ce sont presque uniquement des femmes et le secteur Haute-Ville est fortement représenté.

4. Pour l'ensemble des personnes âgées du niveau 4, c'est le groupe fruits et légumes qui est limitant et pour plus de la moitié, ce sont les légumes qui manquent dans leur alimentation.

5. Bien entendu, au niveau 5, ce sont les fibres alimentaires de source céréalière qui manquent à leur alimentation.

TABLEAU IX

DISTRIBUTION EN % DES PERSONNES ÂGÉES SELON LE OU LES GROUPES D'ALIMENTS QUI LIMITENT LA QUALITÉ DE LEUR ALIMENTATION

NIVEAU DE QUALITÉ	PRODUITS LAITIERS	VIANDES & SUBSTITUTS	PAIN & CÉRÉALES	FRUITS & LÉGUMES
1	58% ♀ Limoilou	25%	-	17%
2	-	-	-	100%
3	13%	54% ♀ Haute-Ville	-	-
4	-	-	-	Légumes: 56% Fruits: 22% F. & L.: 22%
5	-	-	100% ≠ fibres	-
6	-	-	-	-

Au tableau X, on analyse la qualité de l'alimentation en fonction de l'âge. Il y a trois points importants qui ressortent:

1. Les personnes âgées au-dessus de 75 ans sont les plus à risque de carences nutritionnelles.

2. C'est aussi ce groupe d'âge (plus de 75 ans) qui, en plus grand nombre, rencontre les recommandations minimales du Guide alimentaire canadien.

3. Plus elles vieillissent, plus les personnes âgées incorporent les fibres alimentaires dans leur alimentation.

TABLEAU X

QUALITÉ DE L'ALIMENTATION DES PERSONNES ÂGÉES EN FONCTION DE L'ÂGE

NIVEAU DE QUALITÉ	A (26%) 65 À 69 ANS	B (12%) 70 À 74 ANS	C (26%) 75 À 79 ANS	D (35%) 80 ANS ET +
1	12%	-	29%	22%
2	12%	-	6%	9%
3	41%	75%	18%	35%
4	18%	13%	18%	9%
5	18%	13%	12%	4%
6	-	-	18%	22%

TABLEAU XI: DISTRIBUTION EN % DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT SEULES SELON LE NIVEAU DE QUALITÉ DE LEUR ALIMENTATION

NIVEAU DE QUALITE	% DE PERSONNES AGEES
1	30
2	4
3	26
4	17
5	9
6	13

Le tiers des personnes âgées qui habitent seules sont à risque élevé de carences nutritionnelles. Un autre tiers est à risque de carences. 17% ont une alimentation restreinte en vitamines et minéraux. Moins de 25% ont une alimentation conforme au Guide alimentaire canadien.

TABLEAU XII: DISTRIBUTION EN % DES PERSONNES ÂGÉES QUI ONT DE LA DIFFICULTÉ À MASTIQUER LEURS ALIMENTS SELON LA QUALITÉ DE LEUR ALIMENTATION

NIVEAU DE QUALITE	% DE PERSONNES AGEES
1	13
2	13
3	25
4	21
5	17
6	13

. 13% des personnes âgées qui disent avoir de la difficulté à mastiquer leurs aliments sont à risque élevé de carences nutritionnelles.

. 38% sont à risque de carence (niveau 2 et niveau 3).

. 21% ont une alimentation restreinte en vitamines et minéraux donc consomment peu de fruits et légumes.

. Toutefois, le tiers réussissent quand même à s'alimenter de façon adéquate.

CONCLUSION

En conclusion, voici les points importants qui ressortent de cette enquête sur l'alimentation des personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile sur le territoire du D.S.C. de St-Sacrement (Québec).

La solitude et la difficulté éprouvée lors de la mastication des aliments affectent négativement la qualité de l'alimentation des personnes âgées.

En fonction de secteurs, c'est la Basse-Ville qui est le plus à risque de carences nutritionnelles. En fonction de l'âge, ce sont les personnes âgées de 75 ans et plus.

Les femmes âgées du secteur Limoilou représentent une population cible pour l'ostéoporose.

En résumé, on retire une sombre image de la qualité de l'alimentation des personnes âgées de 65 ans et plus qui reçoivent des soins à domicile sur le territoire du D.S.C. de St-Sacrement.

ACTIONS RÉALISÉES A PARTIR DE CES DONNÉES

Les personnes âgées, par leur nombre et par l'allongement de la durée de la vie, posent un problème. Ce dernier est fort complexe car les personnes âgées ne forment pas un groupe homoggène. De grandes disparités existent dans leur condition de vie, leur santé et leur état nutritionnel.

Les problèmes des personnes âgées ne peuvent être résolus que par une approche interdisciplinaire. Il est indispensable qu'un(e) diététiste soit intégré(e) dans les groupes qui prennent en charge les personnes âgées: médecins, infirmières, travailleurs sociaux, gestionnaires et autres.

A la suite de cette recherche, en collaboration avec les diététistes de chacun des secteurs de notre territoire, nous avons encouragé, favorisé et organisé la formation de repas communautaires:

1. dans chacun des secteurs du territoire
2. dans certains HLM du territoire
3. dans certains édifices à logements pour personnes âgées

Par groupes de 15, une ou deux fois la semaine, les gens se voient pour préparer et partager le repas. S'il y a une personne malade dans l'édifice, on lui portera un plateau. A partir de ces rencontres, d'autres petits groupes se sont formés (4 ou 5) pour prendre un autre repas ensemble pendant la semaine. Nous choisissons un cycle de deux menus qui se répètent pour huit semaines. Il s'agissait de trouver une solution juste pour tous: temps de préparation, prix, etc. On s'assure que nos personnes âgées réalisent l'importance de manger ensemble à l'occasion.

4. Un de nos secteurs vient de mettre sur pied un groupe de bénévoles pour aider les personnes âgées à domicile à faire les achats de la semaine. D'autres formules viendront, sans doute, s'ajouter au fil du temps.

A N N E X E A

Questionnaire pour les personnes du territoire qui reçoivent des soins à domicile

I- IDENTIFICATION

1. SEXE
   - ☐ Féminin
   - ☐ Masculin

2. ÂGE
   - ☐ 65 à 69 ans
   - ☐ 70 à 74 ans
   - ☐ 75 à 79 ans
   - ☐ 80 ans et plus

3. ÉTAT
   - ☐ Marié(e) ou vit maritalement
   - ☐ Célibataire
   - ☐ Veuf(ve)
   - ☐ Séparé(e), divorcé(e)
   - ☐ Religieux(se)

4. PROFESSION: _____

5. Partagez-vous votre logement avec quelqu'un d'autre?
   - ☐ Si oui, spécifiez le lien _____
   - ☐ Non

II- ÉPICERIE

6. Au cours de la dernière semaine, combien de fois êtes-vous allé à l'épicerie?
   _____

7. Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous pour vous rendre à l'épicerie?
   _____

8. Vous faites votre épicerie dans quel genre d'établissement?

☐ Dépanneur (Maisonnée, Provisoir, ...)

☐ Épicerie du coin (GEM, AXEP, Richelieu, ...)

☐ Supermarché (Métro, Provigo, Steinberg, ...)

☐ Autres

9. Vous faites votre épicerie à cet endroit?

☐ Par choix

☐ Par obligation

III- MOBILITÉ

10. Qui fait votre épicerie?	Souvent	Parfois	Jamais
- Moi-même	☐	☐	☐
- Moi-même aidé par:			
. un parent	☐	☐	☐
. un(e) ami(e)	☐	☐	☐
. un(e) voisin(e)	☐	☐	☐
. un bénévole (org. com.)	☐	☐	☐
- Un parent le fait pour moi (sans que vous l'accompagniez)	☐	☐	☐
. un(e) ami(e)	☐	☐	☐
. un(e) voisin(e)	☐	☐	☐
- Je commande par téléphone et on me l'apporte	☐	☐	☐

11. Si vous faites votre épicerie vous-même, porter les paquets est-il un problème?

☐ Très important

☐ Important

☐ Peu important

12. Préparez-vous vous-même vos repas?

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais

13. Évaluer la mobilité de la personne.

- À la maison
  - ☐ BONNE
  - ☐ DIFFICILE (canne, marchette, ...)
  - ☐ NULLE (chaise roulante)
- À l'extérieur de la maison
  - ☐ BONNE
  - ☐ DIFFICILE (canne, marchette, ...)
  - ☐ NULLE (chaise roulante)

IV- REPAS

14. Êtes-vous seul(e) pour prendre vos repas?

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais

15. Prenez-vous un petit-déjeuner le matin?

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais

16. Prenez-vous au moins un repas chaud durant la journée?

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais

17. Prenez-vous une collation durant:

	SOUVENT	PARFOIS	JAMAIS
- l'avant-midi	☐	☐	☐
- l'après-midi	☐	☐	☐
- la soirée	☐	☐	☐

V- DIGESTION

18. Avez-vous de la difficulté à couper vos aliments?

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais

19. Avez-vous de la difficulté à mastiquer vos aliments?

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais

20. Avez-vous des selles régulières?

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais

21. Vous prenez des laxatifs?

☐ 2 fois ou plus par semaine

☐ 1 fois par semaine

☐ 2 à 3 fois par mois

☐ 1 fois par mois

☐ moins d'une fois par mois

22. Combien d'argent consacrez-vous en moyenne:

A) par semaine à votre épicerie? _____

B) pour combien de personnes? _____

VI ÉVALUATION ALIMENTAIRE

- Demandez les aliments consommés durant la journée en commençant par le petit déjeuner.
- Cochez le nombre de fois qu'un aliment a été consommé durant la journée d'hier.

Fruits & Légumes						
Fruits						
Jus de fruits						
Légumes crus						
Légumes cuits						
Jus de légumes/tomates						

Pain & Céréales						
Pain blanc tr.						
Pain blé entier tr.						
Bol(s) de céréales						
Bol(s) de gruau						
Riz, pâtes alimentaires						
Pommes de terre						
Biscuits soda, craquelins						

Lait & Produits Laitiers						
Verre(s) de lait						
Boule de crème glacée						
Fromage tr.						
Soupe au lait						
Pudding au lait						
Yogourt						

Viandes & Substituts						
Viandes						
Volailles						
Poissons						
Légumineuses						
Oeufs						

Desserts						
Jello						
Chocolat, chips						
Alcool, bière, vins						
Bonbons, biscuits sucrés						
Gâteaux tartes						

Sucre et Breuvages						
Café(s)						
Thé(s)						
Sucre dans café						
Sucre dans thé						
Sucre dans céréales						
Sucre dans le gruau						
Beurre ou gras						

- La journée d'hier est-elle représentative? OUI ☐ NON ☐

/170

ÉVALUATION ALIMENTAIRE (suite)

. Verres d'eau

. Autres: précisez

_____

_____

_____

Quelle sorte de céréales avez-vous l'habitude de consommer? _____

Ajoutez-vous du son dans votre alimentation? Oui Non

Commentaires sur l'entrevue: _____

_____

_____

_____

A N N E X E B

COUT MINIMUM DE REGIMES NUTRITIFS

Le tableau suivant indique le cout minimum d'une alimentation adéquate pour chaque groupe d'age, selon les apports quotidiens d'éléments nutritifs recommendés au Canada (revision 1975). Les apports recommendés supposent un mode d'activité caractéristique pour chaque groupe d'age.

Ces couts sont calculés à partir de la liste d'achat hebdomadaire préparée par le Dispensaire, en utilisant le cout moyen pondéré pour chaque catégorie d'aliments.

SEXE/AGE		CALORIES	PROTIDES	COUT QUOTIDIEN	COUT HEBDOMADAIRE	MENSUEL
ENFANT						
7-11	mois	1136	47	$2.01	$14.07	$60.97
1- 3	ans	1428	55	$2.11	$14.74	$63.87
4- 6	"	1802	63	$2.36	$16.55	$71.70
GARCON						
7- 9	ans	2207	76	$2.82	$19.77	$85.68
10-12	"	2514	87	$3.21	$22.45	$97.28
13-15	"	2823	101	$3.58	$25.05	$121.93
16-18	"	3225	115	$4.02	$28.14	$114.45
FILLE						
7- 9	ans	2007	71	$2.67	$18.70	$81.03
10-12	"	2301	84	$3.09	$21.61	$93.63
13-15	"	2238	84	$3.08	$21.59	$93.54
16-18	"	2107	76	$2.87	$20.10	$87.10
HOMME						
19-35	ans	3003	102	$3.77	$26.41	$114.45
36-50	"	2704	93	$3.52	$24.63	$106.75
51+	"	2309	86	$3.27	$22.91	$99.28
FEMME						
19-35	ans	2087	76	$2.95	$20.66	$89.54
36-50	"	1914	70	$2.80	$19.63	$85.07
51+	"	1799	68	$2.77	$19.36	$83.88
Enceinte		2418	96	$3.67	$25.66	$111.19
Allaitant		2614	104	$3.86	$27.05	$117.23

Le cout minimum d'un régime nutritif est $3.18 par personne par jour pour la famille de quatre incluant un homme (36-50 ans), une femme (19-35 ans), une fille (7-9 ans), et un garçon (13-15 ans).

ADJUSTEMENT SELON LA TAILLE DE L'UNITE FAMILIALE*	HOMMES	FEMME
Pour une personne vivant seule, augmenter l'allocation régulière de 20% :	$27.59	$23.2
Pour une famille de deux, augmenter l'allocation régulière de 10% :	$25.20	$21.3
Pour une famille de trois, augmenter l'allocation régulière de 5% :	$24.06	$20.3

*Sources: "Family Food Budgeting" United States Department of Agriculture publication revisée juillet 1979.

DISPENSAIRE DIETETIQUE DE MONTREAL
2182 AVENUE LINCOLN
MONTREAL, QUE. H3H 1J3

MAI 1985

A N N E X E C

ÉVALUATION ALIMENTAIRE Secteur HAUTE-VILLE

	SEXE	FEMMES				HOMMES				F	H	H+F
	GROUPES D'ÂGE	A	B	C	D	A	B	C	D			
	NBRE DE P.A./GR. D'ÂGE	4	3	2	9	0	1	1	3	18	5	23
X	**FRUITS ET LÉGUMES**	2.8	2.3	4.5	4.4	0	4	5	2.7	3.7	3.4	3.5
	Fruits	2	3	2	9		1	1	3	16	5	21
	Jus de fruits	2		1	7		1	1	2	10	4	14
	Légumes crus	2	1	1	4		1			8	1	9
	Légumes cuits	2	2	2	9		1	1	2	15	4	19
	Jus de légumes			2	3					5	0	5
X	**PAIN ET CÉRÉALES**	2.9	4.5	4	3.8		5	3	3.2	3.9	3.5	3.7
	Pain blanc	2	3	1	6				2	12	2	14
	Pain de blé entier	2		1	3		1	1		6	2	8
	Céréales				4		1	1	2	4	4	8
	Gruau	1	1		1			1	1	3	2	5
	Pâtes alimentaires, riz	1			1					2		2
	Pommes de terre	3	2	2	6		1		3	13	4	17
	Biscuits soda, craquelins	1	2		3		1	1	1	6	3	9
X	**PRODUITS LAITIERS**	1.5	1.5	2	2.4		1	2	2.3	2.1	2	2
	Lait	4	1		8		1	1	2	13	4	17
	Crème glacée		2		1					3		3
	Fromage	2	1	2	5				2	10	2	12
	Soupe au lait				2				1	2	1	3
	Pouding au lait	1	1		2					4	0	4
	Yogourt		1		4			1	2	5	3	8
X	**VIANDES ET SUBSTITUTS**	1.3	1.7	1.5	1.4		1	2	1.5	1.4	1.4	1.5
	Viandes	4	2	2	8		1	1	3	16	5	21
	Volailles		2		2					4		4
	Poissons	1			1					2		2
	Légumineuses			1						1		1
	Oeufs	1			1			1	2	2	3	5

X Moyenne des portions consommées par groupe d'âge.

ÉVALUATION ALIMENTAIRE Secteur BASSE-VILLE

	SEXE	FEMMES				HOMMES				F	H	H+F
	GROUPES D'ÂGE	A	B	C	D	A	B	C	D			
	NBRE DE P.A./GR. D'ÂGE	5	0	3	2					10		
X	**FRUITS ET LÉGUMES**	3.8		1.7	1					2.2		
	Fruits	4		1						5		
	Jus de fruits	3								3		
	Légumes crus			1	1					2		
	Légumes cuits	4		2	1					7		
	Jus de légumes	1								1		
X	**PAIN ET CÉRÉALES**	4.2		3.7	4					4		
	Pain blanc	4		1	2					7		
	Pain de blé entier	1		2						3		
	Céréales	3		1						4		
	Gruau											
	Pâtes alimentaires, riz			1						1		
	Pommes de terre	1		2	2					5		
	Biscuits soda, craquelins	3		1						4		
X	**PRODUITS LAITIERS**	2.4		1.3	.5					1.4		
	Lait	4		1	1					6		
	Crème glacée											
	Fromage	4		2						6		
	Soupe au lait											
	Pouding au lait	1								1		
	Yogourt	1								1		
X	**VIANDES ET SUBSTITUTS**	1.4		1	1					1.1		
	Viandes	3		1	2					6		
	Volailles	1								1		
	Poissons											
	Légumineuses											
	Oeufs	3								3		

X Moyenne des portions consommées par groupe d'âge.

ÉVALUATION ALIMENTAIRE Secteur LIMOILOU

	SEXE	FEMMES				HOMMES				F	H	H+F
	GROUPES D'ÂGE	A	B	C	D	A	B	C	D			
	NBRE DE P.A./GR. D'ÂGE	2	3	5	6	2	1	4	2	16	9	25
X	**FRUITS ET LÉGUMES**	4	4	2.6	2.7	3	4	4.3	2.3	3.3	3.8	3.6
	Fruits	2	2	3	3	2	1	4		10	7	17
	Jus de fruits	1	2	1	3	1	1	2		7	4	11
	Légumes crus	2	1		2	2	1	1		5	4	9
	Légumes cuits	2	3	4	5	1	1	3	2	14	7	21
	Jus de légumes							1			1	1
X	**PAIN ET CÉRÉALES**	5	3.3	4.6	4	4	5	4.8	5	4.2	4.7	4.5
	Pain blanc	2	3	4	5	1	1	4	2	14	8	22
	Pain de blé entier		1	2	2	1			1	5	2	7
	Céréales	1	1	1	2			2	2	5	4	9
	Gruau			1		1				1	1	2
	Pâtes alimentaires, riz	1	1		2			1		4	1	5
	Pommes de terre	2	2	5	4	1	1	4	2	13	8	21
	Biscuits soda, craquelins		1		2			2		3	2	5
X	**PRODUITS LAITIERS**	1	1.3	0.4	2	2	1	2.5	3	1.2	2.1	1.7
	Lait	1	1	1	2	1		3	2	5	6	11
	Crème glacée							1			1	1
	Fromage		2	1	4	2	1	2	1	7	6	13
	Soupe au lait	1		1	1	1		1		3	2	5
	Pouding au lait				2			3	2	2	5	7
	Yogourt		1		1	1				2	1	3
X	**VIANDES ET SUBSTITUTS**	1.5	1.5	1.8	1.5	1.5	1	2	1.5	1.6	1.5	1.5
	Viandes	2	2	5	5	2	1	4	1	14	8	22
	Volailles		2		1			2	1	3	3	6
	Poissons				1					1		1
	Légumineuses			1						1		1
	Oeufs	1		1	1	1		2	1	3	4	7

X Moyenne des portions consommées par groupe d'âge.

ÉVALUATION ALIMENTAIRE

Secteur LES SAULES

	SEXE	FEMMES				HOMMES				F	H	H+F
	GROUPES D'ÂGE	A	B	C	D	A	B	C	D			
	NBRE DE P.A./GR. D'ÂGE	4		2	1					7		
X	**FRUITS ET LÉGUMES**	2.5		4.5	5					4		
	Fruits	3		2	1					3		
	Jus de fruits			1	1					2		
	Légumes crus	1		1	1					3		
	Légumes cuits	3		2	1					3		
	Jus de légumes			1						1		
X	**PAIN ET CÉRÉALES**	4.3		3.5	5					4.3		
	Pain blanc	4		2	1					3		
	Pain de blé entier	1								1		
	Céréales	1								1		
	Gruau			1						1		
	Pâtes alimentaires, riz	1								1		
	Pommes de terre	3		2	1					3		
	Biscuits soda, craquelins	1		1						2		
X	**PRODUITS LAITIERS**	2.3		3	2.5					2.6		
	Lait	4		2	1					3		
	Crème glacée	1								1		
	Fromage	2		2	1					3		
	Soupe au lait											
	Pouding au lait	2								1		
	Yogourt			1						1		
X	**VIANDES ET SUBSTITUTS**	1.8		1.5	2					1.8		
	Viandes	3		2	1					3		
	Volailles	1								1		
	Poissons	1								1		
	Légumineuses											
	Oeufs	1								1		

X Moyenne des portions consommées par groupe d'âge.

ÉVALUATION ALIMENTAIRE

ENSEMBLE DU D.S.C.

	SEXE	FEMMES				HOMMES				F	H	H+F
	GROUPES D'ÂGE	A	B	C	D	A	B	C	D			
	NBRE DE P.A./GR. D'ÂGE	15	6	12	18	2	2	5	5	51	14	65
X	**FRUITS ET LÉGUMES**	3.3	3.2	3.3	3.3	3	4	4.7	2.5	3.3	3.6	3.5
	Fruits	11	5	8	13	3	2	5	3	37	13	40
	Jus de fruits	6	2	3	11	1	2	3	2	22	8	30
	Légumes crus	5	2	3	8	2	2	1		18	5	23
	Légumes cuits	11	5	10	16	1	2	4	4	42	11	53
	Jus de légumes	1		3	3			1		7	1	8
X	**PAIN ET CÉRÉALES**	4.1	3.9	4	4.2	4	5	3.9	4.1	4.1	4.3	4.2
	Pain blanc	12	6	8	14	1	1	4	4	40	10	50
	Pain de blé entier	4	1	5	5	1	1	1	1	15	4	19
	Céréales	5	1	2	6		1	3	4	14	8	22
	Gruau	1	1	2	1	1		1	1	5	3	8
	Pâtes alimentaires, riz	3	1	1	3			1		8	1	9
	Pommes de terre	9	4	11	13	1	2	4	5	37	12	49
	Biscuits soda, craquelins	5	3	2	5		1	3	1	15	5	20
X	**PRODUITS LAITIERS**	1.8	1.4	1.7	1.9	2	1	2.3	2.7	1.7	2	1.9
	Lait	13	2	4	12	1	1	4	4	31	10	41
	Crème glacée	1	2		1			1		4	1	5
	Fromage	8	3	7	10	2	1	2	3	28	8	36
	Soupe au lait	1		1	3	1		1	1	5	3	8
	Pouding au lait	4	1		4			3	2	9	5	14
	Yogourt	1	2	1	5	1		1	2	9	4	13
X	**VIANDES ET SUBSTITUTS**	1.5	1.6	1.5	1.5	1.5	1	2	1.5	1.5	1.5	1.5
	Viandes	12	4	10	16	2	2	5	4	42	13	55
	Volailles	2	4		3			2	1	9	3	12
	Poissons	2			2					4		4
	Légumineuses			2						2		2
	Oeufs	3		1	2	1		3	3	6	7	13

X Moyenne des portions consommées par groupe d'âge.

ÉVALUATION ALIMENTAIRE

ENSEMBLE DU D.S.C. EN %

SEXE	FEMMES				HOMMES				F	H	H+F
GROUPES D'ÂGE	A	B	C	D	A	B	C	D			
NBRE DE P.A./GR. D'ÂGE	29	12	24	35	14	14	36	36	78	22	100
FRUITS ET LÉGUMES											3.5
Fruits									73	93	62
Jus de fruits									43	57	46
Légumes crus									35	36	35
Légumes cuits									82	79	82
Jus de légumes									14	7	12
PAIN ET CÉRÉALES											4.2
Pain blanc									78	71	77
Pain de blé entier									29	29	29
Céréales									27	57	34
Gruau									10	21	12
Pâtes alimentaires, riz									16	7	14
Pommes de terre									73	86	75
Biscuits soda, craquelins									29	36	31
PRODUITS LAITIERS											1.9
Lait									61	71	63
Crème glacée									8	7	8
Fromage									55	57	55
Soupe au lait									10	21	12
Pouding au lait									18	36	22
Yogourt									18	29	20
VIANDES ET SUBSTITUTS											1.5
Viandes									82	93	85
Volailles									18	21	18
Poissons									8		6
Légumineuses									4		3
Oeufs									12	50	20

X Moyenne des portions consommées par groupe d'âge.

BIBLIOGRAPHIE

FREEDMANN, M.L., AHRONHEIM, J.C., Nutritional Needs of the Elderly: Debate and Recommandations, Geriatrics, 40 (8): 45-59, 1985.

KOHRS, M.B., L'évolution récente des conseils à donner aux vieillards en matière de nutrition, Médecine moderne du Canada, 38 (11): 1353-1355, 1983.

CAMPBELL, C. et coll., Qualitative Diet Indexes: A Descriptive or an Assessement Tool?, J.A.D.A., 81 (6): 687-701, 1982.

BERNATCHEZ-BLANCHET, F., MASSE, D., Les personnes âgées en milieu rural, centre local de services communautaires (C.L.S.C.), J.C.D.A., 37 (2): 90-98, 1976.

STRYCKMAN, J., PARE-MORIN, L., Stratégies du maintien à domicile: l'apport des aidants naturels, D.S.C. St-Sacrement, Juin 1985.

LADOUCEUR, P., Maintien de l'autonomie chez les personnes âgées, Document personnel.

GAGNON, C., PAGEAU, M., Profil socio-démographique et sanitaire du territoire du département de santé communautaire de l'Hôpital du St-Sacrement, Québec, Janvier 1985, 334 pages.

VOBECKY, J.S., VOBECKY, J., Les habitudes alimentaires et leur rôle dans la promotion de la santé, L'union médicale du Canada, Tome 114, pp. 68-73, 1985.

NODDSTROM, J.W., Trace Mineral Nutrition in the Elderly, A.J.C.N., Vol. 36, pp. 788-795, October 1982.

RIVLIN, R.S., Nutrition and the Health of the Elderly: A Growing Concern for all Ages, Arch. Inter. Med., Vol. 43, pp. 1200-1201, June 1983.

DYER, S.E., Helping Older Patients to eat well, Can. Fam. Physician, Vol. 30, pp. 635-644, March 1984.

LAU, D., Elderly Nutrition Research: A Major Project Underway at the University of Toronto, J.C.D.A., 39 (3): 198-200, 1978.

POSNER, B.M., Community-based Options in Nutrition Interventions for Elders, J.C.D.A., 41 (3): 179-187, 1980.

BRINDLE, B. et coll., Alternative Food Subsidy Programs for the Elderly in Alberta, Agriculture and Forestery Bulletin, University of Alberta, 4 (3/4): 10-13, 1981.

ROWE, D., Aging - A Jewel in the Mosaic of Life, J.A.D.A., Vol. 72, pp. 478-486, Mai 1978.

OSTEREAAS, G. et coll., Developing new Options in Home-Delivered Meals: The Smoc Demonstration Elderly Nutrition Project, J.A.D.A., 82 (5): 524-528, 1983.

TURNER, M., GLEW, G., Home-Delivered Meals for the Elderly: A Nutritional Study, Food Technology, 36 (7): 46, 48-50, 1982.

GROTKOWSKY, M.L., SIMS, L.S., Nutritional Knowledge Attitudes, and Dietary Practices of the Elderly, J.A.D.A., Vol. 72, pp. 499-505, May 1978.

WOLGAMOT, I.H., Programs for the Agings: How Home Economists can be Involved, Journal of Home Economics, 65 (4): 14-16, 1973.

RANKINE, D.C., TAYLOR, B., Are Community Nutrition Programs Meeting the Needs of the Elderly ?, Journal of Home Economics, 67 (6): 37-40, 1975.

KOHRS, M.B. et coll., Title VII - Nutrition Program for the Elderly: 1. Contribution to one day's dietary intake, J.A.D.A., 72 (5): 487-492, 1978.

EVANS, H.K., GINES, D.J., Dietary recall Method Comparison for Hospitalised Elderly Subjects, J.A.D.A., 85 (2): 202-205, 1985.

BARBORIAK, J.J. et coll., Alcohol and Nutrient Intake of Elderly Men, J.A.D.A., Vol. 72, pp. 493-495, May 1978.

WATKIN, D.M., The Nutrition Program for Older Americans: a Successfull Application of Current Knowledge in Nutrition and Gerontology, World review of Nutrition and Dietetics, Vol. 26, pp. 26-40, 1977.

Un nouvel âge à partager: politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées, Québec, 1985.

DISPENSAIRE DIETETIQUE de Montréal, Coût minimum de régimes nutritifs, Mai 1985.

EXPÉRIMENTATION ET ÉVALUATION D'UNE STRATÉGIE D'IMPLANTATION DU CARNET DE L'UTILISATEUR DE MÉDICAMENTS

Sylvie Poirier,

Raymond Massé

Les personnes âgées sont généralement identifiées dans la littérature comme une population à fort risque de surconsommation de médicaments. De même, alors que le vieillissement physiologique rend les patients âgés plus sensibles à l'effet thérapeutique et toxique de plusieurs médicaments, plusieurs facteurs sociogéniques (pertes de revenu, isolement social, perte d'estime de soi, etc.) rendent erratique et imprévisible le comportement consommatoire des aînés. Enfin, l'impact iatrogénique des réactions adverses et des interactions médicamenteuses dans cette sous-population agrave encore ce portrait. Sensibilisés à l'urgence de mieux outiller les persones âgées pour contrôler ce risque, les conseillers en gérontologie des Départements de santé communautaire de la région de Montréal proposèrent d'implanter sur leur territoire un "carnet de l'utilisateur de médicaments" conçu par le Centre de Santé Côte-de-Sable à Ottawa. Le DSC du Centre hospitalier de Verdun prit l'initiative, en 1985, d'expérimenter l'implantation et d'évaluer la fidélité des personnes âgées à remplir et à utiliser cet outil de prévention.

L'origine du carnet

Le Centre de Santé Côte-de-Sable d'Ottawa a obtenu en 1982, de la Direction de la promotion de la Santé, Santé et Bien-Etre Social Canada, une subvention pour un projet visant à développer un carnet de santé pour les utilisateurs de médicaments.

Une équipe multidisciplinaire, composée d'infirmières, d'un physio-thérapeute, de pharmaciens, d'un médecin, d'un dentiste et de trois consommateurs, a travaillé à l'élaboration du carnet.

Objectifs du carnet de l'utilisateur de médicaments

Les objectifs du carnet de médicaments, tels que définis par les concepteurs, sont les suivants (Briand, 1984):

A. Encourager une utilisation appropriée des médicaments chez les personnes âgées: meilleure observance du traitement, meilleure connaissance du nom, du pourquoi du médicament, de l'horaire et enfin, utilisation lorsque possible de thérapies alternatives (exercice, diète, etc.)

B. Faciliter l'identification et la prévention d'interactions non désirées, qu'il s'agisse d'interactions entre médicaments prescrits et non prescrits ou encore, d'interactions avec l'alcool, la caféine, la nicotine et les aliments.

C. Encourager le consommateur à assumer un rôle plus actif dans ses soins, en maintenant lui-même une liste de ses médicaments et en connaissant les informations pertinentes à transmettre aux professionnels de la santé, les question à leur poser au sujet de ses médicaments (Briand, 1984).

Population-cible du carnet de l'utilisateur de médicaments

La population-cible visée par le carnet, tel que formulé dans ses objectifs par les concepteurs, est définie comme:

- les personnes âgées
- vivant dans la communauté
- qui prennent 3 médicaments et plus régulièrement
- et qui désirent utiliser le carnet.

Un outil comme le carnet de médicaments vise des personnes âgées qui savent et peuvent lire et écrire, et sont relativement autonomes face à leur médication. Il peut cependant être valable pour les personnes âgées qui ont un membre de la famille, un ami ou un professionnel de la santé capable de fournir l'assistance nécessaire (Briand, 1984).

Les avantages du carnet de l'utilisatur de médicaments (tels que définis par les concepteurs)

Avantages pour:

1. Le consommateur

   A. Protection supplémentaire contre les réactions adverses évitables (aux médicaments)

   B. Sentiment de sécurité (consultations d'urgence, en voyage, en tout temps)

   C. Etre mieux informé sur ses médicaments

   D. Aide-mémoire

2. Le professionnel de la santé

   A. Satisfaction

   B. Facilite la surveillance de la médication

   C. Permet de gagner du temps

Projet de recherche

Grâce à la collaboration de Santé et Bien-Etre Social Canada et du CRSSSMM, le Département de santé communautaire (DSC) du Centre hospitalier de Verdun a effectué un projet-pilote sur le territoire de la municipalité de Verdun, dans le but d'évaluer une stratégie d'implantation du carnet de médicaments chez les persones âgées de son territoire, afin de faire des recommandations aux autres DSC.

La présente recherche visait deux objectifs:

1- Evaluer une stratégie "globale" de distribution du carnet sur un territoire délimité

2- Evaluer la fidélité des personses âgées à remplir et à utiliser le carnet

La stratégie de distribution du carnet expérimentée reproduisait le plus fidèlement possible les circonstances d'une implantation massive sur un territoire délimité.

Six types de "lieux d'implantation" du carnet furent sollicités pour participer à la distribution du carnet. Il s'agit des cabinets de médecins omnipraticiens, des pharmaciens, des regroupements de personnes âgées (clubs d'âge d'or, HLM, centre communautaire), des lieux institutionnels (regroupant le service de gériatrie du Centre hospitalier de Verdun, un hôpital de jour, un centre de jour et l'unité de médecine familiale), du service de maintien à domicile du Module de services communautaires de Verdun et enfin de travailleurs sociaux de deux bureaux de services sociaux. Les intervenants oeuvrant dans ces "lieux d'implantation" se virent proposer, par un membre de l'équipe, de distribuer des carnets à leur clientèle âgée sur une période variant de 1 à 3 mois. Deux protocoles de distribution furent proposés. Alors que les clients des médecins, pharmaciens et regroupements de persones âgées se virent remettre leur carnet avec quelques minutes d'information de base sur les objectifs et la nature de cet outil, les clients des lieux institutionnels, du service de maintien à domicile et des services sociaux pouvaient compter, en plus des informations de base, sur l'aide concrète de l'intervenant professionnel pour remplir, une première fois, leur carnet. C'est ainsi que nous définissions des lieux d'implantation "avec aide" et "sans aide".

Le taux d'acceptation pour la plupart des lieux fut important, ce qui est très encourageant. Les clientèles rejointes par certains lieux sont cependant assez restreintes, mais il faut souligner que certains lieux d'implantation, bien que situés dans la municipalité de Verdun, desservent une clientèle dispersée sur tout le territoire.

En ce qui concerne le service de gériatrie, l'hôpital de jour, le centre de jour, la collaboration fut donc considérable mais la distribution limitée. Au niveau des travailleurs sociaux, la réception fut également assez positive. En ce qui a trait au service de maintien à domicile, l'intérêt manifesté par les intervenants fut très grand et la quasi-

totalité de la clientèle visée fut rejointe au cours de la période de distribution de 3 mois.

Quant aux médecins, ils acceptèrent le carnet dans une proportion de 54% qui est très acceptable, compte tenu de la nouveauté du projet. Il faut cependant souligner que l'intérêt manifesté fut très variable d'un individu à l'autre et le nombre de carnets distribués également; il variait entre 0 et 47 avec une moyenne de 11.7 carnets.

Les pharmaciens eurent une réaction encore plus favorable avec un taux d'acceptation de 85% et une distribution de carnets variant de 6 à 59 avec une moyenne de 23. Cependant, si l'on considère que les heures d'ouverture d'une pharmacie requièrent en moyenne les services de 2 pharmaciens à plein temps, nous obtenons un taux de distribution de carnets égal pour les médecins et les pharmaciens.

En ce qui concerne le regroupement des personnes âgées, nous avons obtenu globalement un taux de collaboration de 54%, ce qui est intéressant. Il faudra cependant, dans un prochain temps, mettre l'emphase sur les associations anglophones qui sont sous-représentées.

Par contre, certains éléments sont apparus comme décevants lors de ces rencontres. On peut citer le temps trop court de présentation (parfois 10 minutes) devant des gens venus pour jouer aux cartes et non pour entendre parler de médicaments lors des présentations devant les clubs d'âge d'or. De plus, certains avaient des problèmes d'audition et ne pouvaient comprendre ce qui était dit, tandis que plusieurs personnes, à cause de leur participation à diverses associations, ont dû assister à plus d'une présentation du carnet.

Enfin, bien que la réaction lors des présentations ait été chaleureuse, nous sentions, à travers les questions et les commentaires individuels apportés, que plusieurs n'avaient pas bien saisi le message transmis.

Globalement, entre janvier et avril 1985, 1 207 carnets furent distribués à des résidents de 65 ans et plus de Verdun. Un échantillon aléatoire de

638 personnes, stratifié en fonction des lieux d'implantation fut constitué. Ainsi au temps 1 de l'enquête, soit quatre mois après la réception du carnet (entre mai et juillet), onze enquêteurs (dix infirmières et un pharmacien) se présentèrent au domicile des répondants pour mesurer le taux de fidélité à remplir et à utiliser le carnet. Cette mesure fut répétée 12 mois après la réception du carnet (temps 2 de l'enquête).

Nous avons divisé le carnet de 23 pages en cinq sections: 1) identification de l'individu (nom, prénom, etc.), 2) identification de l'équipe de santé (nom et no. de téléphone du médecin, pharmacien, etc.), 3) information santé (problèmes de santé importants, diète, etc.), 4) informations connexes à la médication (allergies, résumés mensuels) et 5) information sur les médicament consommés, prescrits et non prescrits (nom, force, posologie, etc.). Ces cinq sections comprennent en tout 72 items ou unités d'information.

Le taux de fidélité à remplir le carnet fut alors défini comme le ratio entre le nombre d'informations indiquées au carnet au moment de l'enquête et le nombre d'informations possédées par le répondant remis sur 100. En plus de ce taux "brut" nous avons calculé un taux "pondéré" de fidélité à remplir le carnet qui accordait plus de poids aux sections jugées les plus importantes par l'équipe. De la même manière, les items à l'intérieur de chacune des sections furent aussi pondérés.

La fidélité à utiliser le carnet, quand à elle, référait à huit situations potentielles d'utilisation: à l'hôpital, en visite chez le médecin, à la pharmacie, chez le dentiste, à l'hôpital de jour, au centre de jour, en promenade à l'extérieur de Montréal, en voyage à l'extérieur du Québec. Pour chacune de ces situations vécues une fois ou plus au cours des quatre mois précédant la date de l'entrevue, l'enquêteur demandait si le répondant avait, au moins une fois, présenté et utilisé son carnet. Le ratio du nombre de situations où le carnet fut réellement présenté sur le nombre de situations propices à le faire, dans ce laps de temps fut mis sur 100.

Enfin les fluctuations dans les taux de fidélité à remplir et à utiliser le carnet furent analysées en fonction de l'impact de 9 variables indépendantes: le sexe, l'âge, la langue maternelle, la profession, la scolarité, la cohabitation (vivre seul ou non), la capacité fonctionnelle à remplir le carnet (présence de cécité, paralysie, analphabétisme, etc.), le lieu d'implantation qui a remis le carnet à la personne âgée et le niveau de besoin du carnet. Cette dernière variable regroupe des indicateurs tels que le nombre de médecins consultés, la quantité de médicaments consommés, etc.

Un taux de réponse de 73,8% nous a permis de rejoindre 471 répondants majoritairement de sexe féminin, de langue française et ayant une scolarité de niveau primaire. Enfin les répondants se répartissent quasi également entre les classes d'âge de 65-74 ans et de 75 ans et plus.

Résultats

Pour l'ensemble des répondants nous avons obtenu une fidélité moyenne brute à remplir le carnet de 29%. Contrairement aux attentes de l'équipe, le fait d'attribuer un poids relatif plus grand aux items reliés à la médication a légèrement fait baisser cette moyenne à 26,31%.

Ainsi, quatre mois après la réception du carnet, environ 29% des informations pertinentes possédées par les personnes âgées furent inscrites dans les diverses rubriques et sections de l'outil.

Une analyse plus détaillée des résultats nous indique toutefois que 179 répondants sur 471 (38%) ont présenté des taux de fidélité inférieur à 5%. 40% d'entre eux avaient égaré le carnet alors que les 60% restants n'avaient pour la plupart rempli que la section d'identification du propriétaire du carnet. Cette réalité nous a conduit à définir une sous-population de bénéficiaires "minimalement fidèles" à remplir le carnet défini par l'obtention d'un taux de fidélité supérieur ou égal à 5%. Les taux bruts et pondérés augmentent respectivement à 46% et à 42% chez les répondants fidèles.

La fidélité à utiliser le carnet, quant à elle, fut de 25,65% chez les 417 répondants qui ont vécu au moins l'une des situations d'utilisation visées.

Ces taux de fidélité variaient-ils selon les types de détenteurs de carnet? L'analyse bivariée nous permet d'avancer qu'au niveau de la fidélité à remplir le carnet, l'âge, le sexe, la langue maternelle, le niveau de scolarité, la profession, le fait de vivre seul ou de cohabiter et même la capacité fonctionnelle à remplir le carnet n'influent pas de façon statistiquement significative sur les taux moyens de fidélité. Toutefois le type de lieu d'implantation et le niveau de besoin du carnet influencent nettement les résultats.

Ainsi les taux moyens de fidélité brute à remplir le carnet varient de 16,67% chez les personnes âgées ayant reçu leur carnet des mains de l'un des services sociaux à 51,62% chez celles contactées par les intervenants du service de maintien à domicile. De fait, conformément aux attentes, les lieux qui avaient comme mandat d'implanter le carnet "avec aide" présentent les moyennes les plus élevées (à l'exception des services sociaux, lieu qu'il faut analyser avec prudence à cause du faible nombre de répondants et de conditions particulières). Globalement les lieux ayant aidé les détenteurs du carnet à le remplir une première fois ont conduit ces derniers à une fidélité brute moyenne de 42,77% contre 25,48% pour ceux qui ont reçu leur carnet "sans aide". Enfin les personnes ayant reçu leur carnet "sans aide" des médecins, pharmaciens et regroupements de personnes âgées présentent des taux de fidélité relativement stables oscillant entre 22,96% et 29,13%.

Finalement, nous constatons une nette corrélation positive entre la fidélité à remplir le carnet et le niveau de besoin qu'en ont les gens. De fait, nous obtenons un taux moyen variant de 20% chez les répondants présentant un faible niveau de besoin à 35% chez ceux qui ont vraiment besoin d'un tel outil.

L'analyse bivariée de la fidélité à utiliser le carnet nous conduit à des observations semblables.

Ainsi les taux de fidélité à utiliser le carnet varient de 19,00% chez les personnes contactées par les regroupements de personnes âgées à 58,63% pour celles contactées par un intervenant du maintien à domicile. Globalement les personnes qui ont reçu le carnet "avec aide" et qui furent informées de l'importance d'utiliser le carnet présentent un taux moyen de 45,31% contre 20,39% pour celles qui reçurent le carnet sans information.

L'augmentation du niveau de besoin se traduit, encore ici, par une augmentation du taux de fidélité à utiliser le carnet (de 20,52% pour le niveau de besoin faible à 32,37% pour le niveau élevé de besoin).

Enfin, l'analyse fait ressortir que les personnes âgées qui remplissent le mieux leur carnet sont aussi celles qui l'utilisent le plus dans les situations propices.

Globalement donc près des deux tiers des personnes âgées qui ont reçu un "carnet de l'utilisateur de médicaments" furent minimalement fidèles à le remplir. En moyenne, ces dernières ont inscrit au carnet près de la moitié des informations pertinentes qu'elles possédaient et ont utilisé cet outil dans un peu moins de la moitié des situations propices.

CONCLUSION

Le degré d'implantation de cet outil d'éducation sanitaire dans la population-cible peut être considéré comme satisfaisant compte tenu:

1) du caractère novateur du carnet et de la durée de l'expérimentation;

2) des caractéristiques de la population-cible (âge élevé, scolarité faible, non-sensibilisation aux dangers de la médication);

3) du faible niveau d'information et de sensibilisation des professionnels de la santé du territoire face à l'implantation d'un tel outil.

LA PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ORGANISÉE CHEZ LES MEMBRES ET LES ORGANISATEURS(TRICES) DES CLUBS DE L'AGE D'OR DE LA VILLE DE HULL

Hélène Dallaire,
Luc Locas

Introduction

Depuis quelques années, l'activité physique occupe une place de plus en plus importante dans notre société. Cette importance est telle, qu'elle tend à s'intégrer pratiquement à tous les milieux.

La population du troisième âge ne fait pas exception à cette regle. Ce changement que l'on observe actuellement, est dû non seulement aux nombreuses recherches scientifiques qui réaffirment cette nécessité pour la personne vieillissante, mais également à l'influence des divers programmes gouvernementaux et des mass-média qui suscitent chez cette clientèle ce nouvel intérêt.

Les clubs de l'âge d'or regroupent une population importante de gens âgés de 55 ans et plus.

Le but de notre étude était de savoir s'il existe un besoin d'activités physiques organisées chez les membres et les organisateurs des clubs de l'âge d'or de la ville de Hull. Un questionnaire élaboré par les auteurs comprenant 21 questions fut adressé à 387 membres des différents clubs; 212 membres y ont répondu et l'ont retourné. Un deuxième questionnaire élaboré par les auteurs et comprenant 27 questions, dont six nouvelles questions touchant à l'aspect administratif, fut adressé à 100 organisateurs(trices); 63 organisateurs(trices) y ont répondu.

Quatre (4) hypothèses de recherche furent formulées.

1) Les membres et les organisateurs(trices) des clubs de l'âge d'or sont conscients du fait que l'activité physique est importante pour la personne âgée,

2) Les membres et les organisateurs(trices) des clubs de l'âge d'or veulent l'implantation d'activités physiques organisées.

3) Les organisateurs(trices) des clubs de l'âge d'or ne peuvent implanter ces activités qu'avec l'aide d'une personne ressource qualifiée.

4) Les facteurs d'ordre socio-économique et de santé influencent le niveau de conscientisation des membres et des organisateurs(trices) face à l'activité physique organisée.

Les résultats obtenus sont analysés à l'aide de statistiques descriptives. Les variables étudiées dans le questionnaire s'adressant aux membres des clubs de l'âge d'or sont: l'âge, le sexe, la langue, l'état civil, le revenu, le niveau de scolarité, la profession avant la retraite, le type de logement et enfin, la santé. En ce qui a trait aux organisateurs(trices), les variables en cause sont les mêmes, en plus des ressources financières et matérielles.

Une fois les résultats compilés, nous obtenons un bilan représentatif de l'opinion des membres et des organisateurs(trices) des clubs de l'âge d'or de la ville de Hull au sujet de l'activité physique organisé. Presque toutes les questions ont fait l'objet d'une réponse. Ce sont ces résultats que nous allons analyser au cours des quelques minutes qui nous sont allouées.

Pressés par le temps, voici le format d'analyse que nous vous proposons.

Nous présentons d'abord ce qui nous apparaît le plus pertinent dans les 3 premières hypothèses; nous traiterons ensuite la 4e hypothèse (santé-socio-économique) en faisant resortir le profil-type du membre et de l'organisateur(trice) et, enfin, nous terminerons par quelques recommandations.

LES MEMBRES ET LES ORGANISATEURS(TRICES) DES CLUBS DE L'AGE D'OR SONT CONSCIENTS QUE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EST IMPORTANTE POUR LA PERSONNE AGÉE.

65% des gens interrogés disent que c'est important; 27% affirment le contraire et 8% se sont abstenus de répondre.

Une analyse attentive de ces résultats nous porte à croire que l'importance attachée à l'activité physique serait déterminée par les antécédents sportifs et le niveau d'information que possède le répondant. Plus ce dernier a été actif dans son jeune âge, plus il est informé et plus il est conscient de l'importance de l'activité physique. Ces résultats confirment ceux de l'enquête Condition Physique Canada[1].

LES MEMBRES ET LES ORGANISATEURS(TRICES) DES CLUBS DE L'AGE D'OR VEULENT L'IMPLANTATION D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ORGANISÉES.

61% des membres et organisateurs(trices) veulent l'implantation d'activités physiques organisées, alors que 33% n'en désirent pas et 6% se sont abstenus de répondre.

Pourquoi donc ne retrouve-t-on des programmes d'activités physiques organisées que dans 10% des clubs interrogés?

Il semble que les membres n'aient pas exprimé de façon claire à leurs organisateurs(trices) leur besoin d'activités physiques organisées et leur désir que leur club offre ce service. En effet, près des deux tiers des membres expriment leurs besoins en ce sens, tandis que seulement 21% des organisateurs(trices) disent avoir connaissance de ce besoin. On en conclut qu'il existe probablement un manque de communication entre les membres et les organisateurs(trices).

Une autre explication, comme l'a démontré l'étude de Jean-Claude Pageot[2] portant sur l'inventaire des programmes de conditionnement physique et des services pour les personnes âgées serait que les clubs de l'âge d'or considèrent la programmation d'activités physiques comme faisant partie de leur mandat. On peut spéculer qu'il en est ainsi parce que les clubs de l'âge d'or ne croient pas posséder les connaissances et les installations nécessaires à l'implantation d'activités physiques organisées. Il semble donc, face à cet état de choses, que les clubs de l'âge d'or, même s'ils ne sont pas spécialistes en la matière, pourraient du moins servir d'intermédiaire entre le membre désirant de l'activité physique et un organisme qualifié à fournir ce genre de service à la population du troisième âge, tel que Kino-Québec ou Kinexsport.

LES ORGANISATEURS(TRICES) DES CLUBS DE L'AGE D'OR NE PEUVENT IMPLANTER CES ACTIVITÉS QU'AVEC L'AIDE D'UNE PERSONNE RESSOURCE QUALIFIÉE.

83% des organisateurs(trices) veulent implanter de l'activité physique organisée, alors que 84% des clubs de l'âge d'or disposent de locaux pour le déroulement de leurs activités. De plus, 80% des organisateurs(trices) veulent le concours d'une personne ressource qualifiée. Il semble donc que tout réside entre le vouloir et le pouvoir. L'étude de Pageot démontre que la principale barrière chez les personnes âgées faisant partie d'un club de l'âge d'or face à leur besoin de s'exprimer dans des activités physiques organisées, est d'abord le coût.

Les résultats de notre étude tendent à identifier le facteur coût comme étant en effet une barrière, puisque seulement 39% des organisateurs(trices) sont disposés à débourser un montant d'argent pour s'assurer une participation dans les activités physiques organisées.

Certes les clubs disposent de locaux, mais il demeure que les fonds alloués pour s'approprier le concours d'une personne ressource qualifiée sont méconnus des organisateurs(trices). A cet effet, 77% des organisateurs(trices) connaisssent l'existence d'organismes offrant des cours de conditionnement physique (lesquels?), mais seulement 31% connaissent l'existence de Kino-Québec.

Cette dernière statistique nnous apparaît pertinente à la lumière du fait que le mandat de Kino-Québec est précisément de promouvoir la condition physique chez l'adulte québécois. Il s'avère donc que si les organisateurs(trices) connaissaient davantage des organismes tels que Kino-Québec et Kinexsport, que des ententes coûts/services pourraient être conclues à l'avantage des deux parties.

LES FACTEURS D'ORDRE SOCIO-ÉCONOMIQUE ET DE SANTÉ INFLUENCENT LE NIVEAU DE CONSCIENTISATION DES MEMBRES ET DES ORGANISATEURS(TRICES) FACE A L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ORGANISÉE.

Le membre type est... une femme âgée entre 65 et 69 ans, veuve, retraitée et mère de famille. Elle a présentement un revenu inférieur à 8 000$ par année, une scolarité de niveau primaire et demeure actuellement en appartement. Elle juge sa santé comme étant bonne malgré qu'elle souffre d'un ou plusieurs malaises. Par contre, ses malaises ne limitent nullement son autonomie. Elle a déjà entendu parler de l'activité physique par l'entremise des mass-média.

Au cours de sa vie, elle a déjà pratiqué des activités physiques et sportives, mais présentement elle ne pratique plus ces activités, sauf celles proposées par son club de l'âge d'or. Elle est consciente que l'activité physique est importante pour elle et aimerait que son club offre des cours d'activité physique pour pouvoir y participer. Elle n'est pas prête, par contre, à débourser un montant d'argent pour y participer, mais elle croit nécessaire d'avoir le concours d'une personne ressource qualifiée pour intervenir dans l'application de ces activités. Enfin, elle ne connaît pas l'organisme gouvernemental Kino-Québec qui est chargé

de promouvoir la pratique d'activités physiques auprès de l'ensemble de la population québécoise.

Quant à l'organisateur(trice) type, son portrait est identique à celui du membre sauf en ce qui a trait à l'âge et à l'état civil. En effet, l'organisateur(trice) type est une femme âgée entre 70 et 74 ans et elle est mariée. Du côté administratif, l'organisateur(trice) n'est pas au courant que l'organisme Kino-Québec, par l'entremise de Kinexsport, offre des cours d'activités physiques pour la personne du troisième âge. Elle serait intéressée, comme le membre, à implanter ce genre d'activités à l'intérieur des activités quotidiennes de son club, si les membres en venaient à en exprimer le besoin. Enfin, elle ne serait pas prête à débourser un montant d'argent pour engager une personne ressource qualifiée dans ce domaine. Aussi, la présence du mari fait en sorte qu'elle s'implique activement dans les clubs.

A la lumière de ces quelques résultats, nous dégageons donc le constat suivant: chez les organisateurs(trices) et les membres des clubs de l'âge d'or, croire à l'importance de l'activité physique, vouloir de l'activité physique, pouvoir offrir de l'activité physique et avoir de l'activité physique, constitue une préoccupation importante. C'est d'ailleurs la problématique qui nous a animés tout au long de cette recherche-action. Toutefois, cette dernière n'a pas la prétention de clore le débat, mais nous fournit un faisceau de données additionnelles sur l'importance de l'activité physique chez la personne âgée et nous invite à poursuivre notre recherche de solutions. En nous appuyant sur ces résultats, il nous apparaît important d'apporter ces quelques recommandations:

Recommandations:

- Les organismes gouvernementaux chargés de la promotion de l'activité physique auprès de la population canadienne devront continuer et peut-être augmenter leurs efforts auprès de cette clientèle spécifique: les personnes âgées de 55 ans et plus.

- Les 55 ans et plus représentant plus de 20% de la population de la ville de Hull. Kinexsport auraient intérêt à réajuster ses stratégies d'approche de cette clientèle.

- Améliorer la communication entre les différents organismes locaux (Kino-Québec, Kinexsport, services des loisirs de la ville, clubs de l'âge d'or) afin d'être à l'affût des besoins et des attentes des personnes âgés en ce qui a trait à l'activité physique.

- Sensibiliser les organisateurs(trices) de clubs de l'âge d'or face à l'importance du rôle qu'il pourrait jouer dans l'implantation de programmes d'activités physiques pour leurs membres.
- Etendre ce sondage à d'autres clubs de l'âge d'or de la province, via la F.A.D.O.C. .

Références

1 Gouvernement du Canada, Condition physique et vieillissement, Enquête condition physique Canada, 1982, p. 12.

2 Pageot, J.C., Inventaire des programmes de conditionnement physique et des services pour les personnes âgées. Secrétariat pour la condition physique du troisième âge, p. 7.

Achevé d'imprimer
en mai 1987 sur les presses
des Ateliers Graphiques Marc Veilleux Inc.
Cap-Saint-Ignace, Qué.

Les publications de l'ACFAS

- INTERFACE, **la revue des chercheurs**
  Le bimestriel de la recherche, depuis 1979

- **Les Cahiers scientifiques**

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)
46. Le fonctionnement individuel et social de la personne âgée (1986)
47. L'intervenant • son vécu • son milieu • son action (1986)
48. Une politique de santé pour le Québec (1986)
49. Aménagement et gestion des ressources (1987)
50. Un marché, deux sociétés? 1ère partie Libre-échange et autonomie politique (1987)
51. Un marché, deux sociétés? 2ème partie Libre-échange: aspects socio-économiques (1987)
52. L'Étude du développement international au Canada (1987)
53. Construction/destruction sociales des idées (1987)
54. La Podzolisation des sols (1987)
55. L'État de l'environnement au Québec (1987)
56. L'autonomie de la personne âgée (1987)

- **La collection Politique et Économie**

1. Canada-Mexique, développements différents, problèmes communs (1985)
2. Les subventions fédérales à l'innovation industrielle (1986)
3. Le travail au minimum (1986)
4. Le Québec en chiffres (1986)
5. Le Québec en transition: 1760-1867 (1987)
6. La «Théorie générale» et le keynésianisme (1987)

- **Les Annales**
  Recueils des résumés des communications présentées aux congrès de L'ACFAS, Depuis 1935 (vol. 1 à 55)