

GRIS

Faculté de médecine
Secteur santé publique
Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé



*Le concept de la fragilité
selon les personnes âgées*

*Paule Lebel
Pilar Barbal i Rodereda
Marie-Jeanne Kergoat
Judith Latour
Francine Ducharme*

R99-15

Décembre 1999

Dépôt légal – 3^e trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921954-41-9

ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES

PROGRAMME DE RECHERCHE SUR L'AUTONOMIE DES AÎNÉS-ES (PRAA)
SANTÉ CANADA

LE CONCEPT DE LA FRAGILITÉ SELON LES PERSONNES ÂGÉES

Étude réalisée par: Paule Lebel, M.D, M.Sc., Pilar Barbal i Rodoreda, M.Sc.,
Marie-Jeanne Kergoat, M.D., Judith Latour, M.D. et Francine Ducharme, Ph. D.

Réflexion des personnes âgées membres :

Du comité aviseur :

Georgette Besnard

Alberte Delaroche

Claude Leblanc

Madeleine Lavallée

Louise Poirier

Des centres communautaires :

Anjou Est

Action Centre-Ville

Projet Changement

De l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal :

Centre de jour du pavillon Alfred-DesRochers

Groupe Oxygène du pavillon Côte-des-Neiges

Avril 1998

Ce document fait partie d'un ensemble de cinq rapports de recherche publiés par le **GRIS** en collaboration avec le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Ces rapports présentent les principaux résultats des travaux effectués entre 1995 et 1999 dans le cadre d'un programme de recherche intitulé *L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques* *.

L'équipe de recherche est composée de :

André-Pierre Contandriopoulos¹, Marie-Jeanne Kergoat², Judith Latour^{2,6}, Paule Lebel^{2,7}, Nicole Leduc¹, Danièle Roberge³, Francine Ducharme⁵, Raynald Pineault^{1,3}, François Béland¹, Howard Bergman⁴, Chantal Leclerc¹, Marc-André Fournier¹, Jacinthe Loiselle³, Isabelle Paré³, Lise Philibert¹, Pilar Barbal i Rodoreda², Rosario Rodriguez¹.

Les documents suivants sont disponibles auprès du GRIS :

• ***Synthèse des travaux réalisés dans le cadre du programme :***

Contandriopoulos A-P, *et al.* : ***L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques.*** Rapport de recherche #R99-07, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.

• ***Autres rapports de recherche :***

- Roberge D, Lebel P, Ducharme F, Pineault R, Loiselle J, Remondin M. : ***Développement et validation d'un instrument de mesure destiné à mesurer les perceptions des aidants de la qualité des soins et des services dans les unités de courte durée gériatriques.*** Rapport de recherche #R98-08, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1998.
- Fournier M-A, Leclerc C, Contandriopoulos A-P, Kergoat M-J, Latour J, Lebel P. : ***Les unités de courte durée gériatriques au Québec : portrait de la situation.*** Rapport de recherche #R99-08, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.
- Kergoat M-J, Rodriguez R, Latour J, Lebel P. : ***Critères d'admissibilité dans les unités de courte durée gériatriques (UCDG).*** Rapport de recherche #R99-14, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.
- Lebel P, Barbal i Rodoreda P, Kergoat M-J, Latour J, Ducharme F. : ***Le concept de la fragilité, selon les personnes âgées.*** Rapport de recherche #R99-15, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.
- Kergoat M-J, Latour J, Lebel P, Leclerc C, Leduc N. : ***Description et devenir des clientèles de deux unités de courte durée gériatriques québécoises en milieu urbain.*** Rapport de recherche #R99-16, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, 1999.

1 *Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal*

2 *Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal*

3 *Centre de recherche Louis-Charles Simard du Centre hospitalier de l'université de Montréal*

4 *Division de gériatrie de l'Université McGill*

5 *Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal*

6 *Centre hospitalier de l'Université de Montréal*

7 *Direction de la Santé publique de Montréal-Centre*

* Ce programme de recherche a été financé par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) de Santé Canada, dans le cadre d'un concours spécial parrainé par le Programme de recherche sur l'autonomie des aîné(e)s.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	I
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	2
1. LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE	2
2. LA COLLECTE DE L'INFORMATION	3
2.1 <i>La démarche</i>	3
2.2 <i>Groupes du milieu communautaire</i>	4
2.3 <i>Groupes d'un CHSLD</i>	4
3. LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION	5
L'ANALYSE DES DONNÉES	7
1. LE CONCEPT DE LA FRAGILITÉ	7
2. LES FACTEURS MODULATEURS	8
2.1 <i>Les ressources individuelles</i>	8
2.2 <i>Les ressources sociales et communautaires</i>	16
2.3 <i>Les ressources du système de santé</i>	18
LA CONTRIBUTION DE CETTE ÉTUDE AU MODÈLE DE LA FRAGILITÉ	22
1. LA DÉFINITION DE LA FRAGILITÉ	22
2. LES FACTEURS MODULATEURS.....	22
LES SUGGESTIONS POUR LA POURSUITE DE LA RECHERCHE ET LES RETOMBÉES DE L'ÉTUDE DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX	24
1. SUGGESTIONS POUR LA POURSUITE DE LA RECHERCHE	24
1.1 <i>Le sujet de recherche</i>	24
1.2 <i>Les stratégies de recherche à privilégier</i>	25
2. RETOMBÉES DE L'ÉTUDE DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX.....	26

INTRODUCTION

Ce document présente la réflexion sur le concept de la fragilité réalisée par les membres du comité aviseur¹ (CAV) du programme de recherche intitulé "Évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques", ainsi que par des personnes âgées provenant de milieux montréalais divers.

Ce programme vise à optimiser l'utilisation des ressources de ces unités. Pour atteindre son but, le premier volet du programme propose de déterminer quelles sont les clientèles les plus à même de bénéficier des services des unités de courte durée gériatrique en précisant, dans un premier temps, le concept de fragilité chez la personne âgée.

Un modèle de la fragilité a été élaboré par l'équipe de chercheurs, modèle qui reflète d'une part, la conceptualisation de la fragilité selon les différents auteurs et d'autre part, celle propre à l'équipe de recherche.

Parallèlement, dans le cadre d'une étude pilote de type exploratoire, 56 personnes âgées ont été sollicitées pour réfléchir en groupe sur le concept de la fragilité, afin de pouvoir dégager un modèle de fragilité qui reflète leur propre conception.

La contribution de cette étude au modèle de la fragilité de l'équipe de recherche est soulignée. Les suggestions des participants pour la poursuite de la recherche et les retombées de ces rencontres dans les différents milieux sont finalement présentées.

1 Le comité aviseur est composé de cinq personnes âgées dont le rôle est d'agir comme consultants tout au long du projet.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude pilote de type exploratoire dont l'objectif est de connaître la conception de la fragilité selon les personnes âgées. Afin de mieux préciser leur travail, nous discuterons des points suivants:

1. Les participants à l'étude
2. La collecte de l'information
3. Le traitement de l'information

1. LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Dans le cadre de ce projet de recherche, le comité aviseur avait pour rôle d'agir en tant que consultant auprès des chercheurs. Il s'agit de cinq personnes âgées, professionnelles à la retraite fortement impliquées dans le milieu communautaire en tant que bénévoles.

Afin d'enrichir la réflexion du comité aviseur sur la fragilité, nous avons élargi la consultation auprès de quelques groupes de personnes âgées. Les critères d'inclusion ont été les suivants:

- être âgé de 65 ans et plus;
- être atteint ou non d'incapacités ;
- être autonome et vivre en milieu naturel ou souffrir d'une perte d'autonomie et vivre dans un milieu institutionnel.

Ces critères, la faisabilité de l'étude en termes de temps, la disponibilité des participants ainsi que le désir de rejoindre des personnes âgées appartenant à des milieux socio-économiques différents ont orienté notre choix vers:

- un centre de jour d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- une unité de longue durée d'un CHSLD;
- trois centres communautaires situés à Montréal-Centre, Montréal-Est et au Plateau Mont-Royal.

LA COLLECTE DE L'INFORMATION

Premièrement, les membres du CAV ont réfléchi sur le concept de la fragilité individuellement et en groupe. Chacun a répondu par écrit à ces deux questions envoyées préalablement par courrier:

- Qu'est-ce qu'une personne âgée fragile ? Donner des exemples.
- Quel (s) facteur (s) provoque (nt) la fragilité ?

Par la suite, les cinq membres, du CAV se sont rencontrés lors d'une réunion animée par un chercheur à laquelle ont participé deux autres chercheurs et une assistante de recherche. Les échanges ont débuté à partir de deux questions préalablement posées à titre individuel. Les échanges verbaux, illustrés par de nombreux exemples, furent enregistrés sur bande sonore en même temps que le facilitateur réalisait la synthèse des propos tenus par les participants au fur et à mesure que la séance se déroulait. Également, deux, membres de l'équipe de recherche ont pris des notes durant la réunion.

En ce qui a trait aux autres participants, cinq groupes de personnes âgées, soit 43 femmes et 8 hommes ont collaboré à l'étude. Nous discuterons des points suivants :

- 2.1 La démarche utilisée pour la réalisation de ces rencontres
- 2.2 Les groupes du milieu communautaire
- 2.3 Les groupes du CHSLD

2.1 LA DÉMARCHE

Un premier contact a eu lieu avec les responsables de chacun des centres pour expliquer la nature de notre demande. Dès le départ, ils nous ont exprimé leur intérêt pour le sujet et offert leur collaboration.

Dans un deuxième temps, nous avons rencontré les animateurs(trices) attitrés(es) de ces groupes pour leur expliquer le but de l'étude et leur proposer d'insérer les échanges sur la fragilité dans le cadre des activités programmées dans leur centre. Considérant l'expérience de ces personnes en animation de groupe et leur connaissance des participants, nous avons proposé de planifier conjointement les réunions mais en revanche, d'assurer eux (elles)-mêmes l'animation selon leur mode de fonctionnement, habituel. Cependant, une animatrice d'un centre communautaire a demandé à l'assistante de recherche d'animer les réunions.

Une séance préparatoire avec l'assistante de recherche a permis à chaque animateur(trice) de : a) présenter son groupe; b) demander de l'information sur le projet de recherche et c) s'approprier des questions clés (les mêmes que celles posées au CAV) afin de pouvoir les transmettre aux personnes âgées lors des rencontres.

Le rôle de l'assistante de recherche a été clairement défini: a) prendre des notes; b) amener le groupe à demeurer centré sur le sujet et c) encourager la clarification des concepts émergeant du discours des participants.

Tous les groupes furent informés préalablement du but des rencontres. Dans le cadre de la première rencontre, tous les participants ont signé une formule de consentement écrit et ils ont eu la possibilité de poser des questions par rapport au projet de recherche. En moyenne, les groupes ont participé à deux rencontres d'une durée d'une heure et demie; un groupe a exprimé le désir de participer à une troisième rencontre tandis qu'un autre groupe a demandé, lors de la deuxième rencontre, de changer de thème. Au dire de ces personnes âgées, la fragilité est un sujet très intéressant mais il n'est pas facile de l'aborder; il exige beaucoup de réflexion et il soulève des émotions et des sentiments, qui ne sont pas faciles à gérer lorsque la réunion prend fin. Finalement, un troisième groupe, en raison de l'état de santé précaire de ses membres, n'a participé qu'une fois.

À la fin de chaque séance, des échanges informels entre le/la facilitateur(trice) et l'assistante de recherche ont permis de faire un bilan-synthèse et de souligner les points saillants.

2.2 GROUPES DU MILIEU COMMUNAUTAIRE

Les rencontres ont eu lieu dans le cadre des activités programmées des centres communautaires. Dans deux centres, il s'agit de rencontres-conférences qui, cette fois-ci, ont eu pour objet d'échanger sur le concept de la fragilité. Dans le troisième centre communautaire, il s'agit d'un groupe de réflexion dont le but est d'échanger sur des sujets variés qui suscitent l'intérêt des participants ou encore, qui sont proposés par l'animatrice.

Un total de 29 personnes ont participé à l'étude dont 24 femmes et 5 hommes. Leur moyenne d'âge est de 75 ans (données des centres) et les trois-quarts de ces personnes environ vivent seules (données des centres).

2.3 GROUPES D'UN CHSLD

Au sein d'un CHSLD nous avons rencontré deux groupes:

a) Clients du centre de jour

Un total de 15 personnes âgées dont 12 femmes et 3 hommes ont participé aux rencontres sur la fragilité dans le cadre des groupes d'animation au sein du volet psychosocial où plusieurs sujets sont abordés dans le but de favoriser l'intégration psychosociale des participants. La moyenne d'âge est de 75 ans. tous les clients souffrent d'une ou de plusieurs incapacités physiques.

b) Clients des unités de soins de longue durée

Il s'agit d'un groupe composé de 7 femmes qui se rencontre régulièrement pour participer à une réunion d'échange ou de réflexion. Toutes sont atteintes d'un ou de plusieurs handicaps physiques. La moyenne d'âge rejoint celle des autres groupes, soit 75 ans.

Le tableau I présente une synthèse du nombre de participants et de rencontres sur la fragilité selon le milieu.

Tableau I

Nombre de participants et de rencontres sur la fragilité selon le milieu

		Comité aviseur	CHSLD		Centres communautaires			Total
			Centre de jour	SLD	C - 1	C -2	C - 3	
Personnes âgées	Femmes	4	12	7	8	7	9	47
	Hommes	1	3	0	1	3	1	9
	Nombre total	5	15	7	9	10	10	56
Nombre de rencontres		2	3	1	2	2	1	11
Facilitateurs(trices)	Femmes	1		2	1	0	1	5
	Hommes		1					1

3. LE TRAITEMENT DE L'INFORMATION

Suite à la retranscription du contenu de la bande sonore nous avons procédé à son analyse selon la technique proposée par L'Écuyer¹, triangulant cette information avec celle contenue dans :

- a) les notes prises durant la réunion du CAV par deux membres de l'équipe de recherche;
- b) la synthèse de la séance de travail du CAV réalisée par le facilitateur au fur et à mesure que la séance se déroulait;

1. L'Écuyer, R. (1985). L'analyse de contenu : notion et étapes dans Deslaurier, J.P. : Les méthodes de la recherche qualitative, Québec PUQ, 2^e édition, 1987, pp 65-84.

- c) les réponses écrites des membres du CAV (deux membres parmi les six ont transmis le document écrit) ;
- d) les exemples présentés par les membres du CAV dont l'écoute a permis de clarifier leur discours;
- e) les notes prises lors des rencontres avec les personnes âgées du milieu communautaire et du CHSLD.

Tout le contenu a été classifié à l'intérieur des facteurs présentés par le modèle de l'équipe de recherche. Compte tenu de l'objectif et des caractéristiques de l'étude, l'analyse des données est centrée autant sur les éléments d'apparition fréquente dans le discours que sur ceux dont la fréquence est faible, mais qui reflètent l'originalité et l'unicité de l'expérience de chacun. Dans le chapitre suivant, les résultats de cette analyse sont présentés.

L'ANALYSE DES DONNÉES

Les résultats de l'analyse sont présentés sous deux rubriques :

1. Le concept de la fragilité
2. Les facteurs modulateurs

1. LE CONCEPT DE LA FRAGILITÉ

Définir la fragilité semble une tâche difficile même lorsqu'on demande aux participants de penser à, quelqu'un de fragile afin de répondre à la question: Qu'est-ce qu'une personne âgée fragile ? La définition suivante ressort des réponses à cette question

La fragilité semble être la prise de conscience subjective de l'affaiblissement organique (organes sensoriels, système musculo-squelettique, système cardio-pulmonaire et du système immunitaire) qui entraîne chez la personne âgée la baisse du contrôle sur l'environnement, la perte de la force, de l'énergie, de l'endurance et de la capacité d'autoprotection et l'empêche de fonctionner selon ses plans et désirs.

Cette définition de la fragilité met en lumière l'importance de :

- permettre à la personne âgée la possibilité d'émettre sa propre opinion en ce qui a trait à son état de fragilité et de considérer cette opinion subjective comme un indicateur de la fragilité au même titre que celui choisi par les professionnels ;
- l'unicité de chaque personne : c'est à partir d'un mode de fonctionnement individuel, des plans et des désirs personnels que chaque individu sera en mesure de préciser s'il se sent vulnérable du point de vue organique ;
- l'importance des organes sensoriels et des systèmes musculo-squelettique, cardio-pulmonaire et immunitaire dans l'impression de fragilité ;
- l'effet implicite de la sénescence et de la maladie comme causes de la vulnérabilité organique.

2. LES FACTEURS MODULATEURS

Les facteurs modulateurs permettent à l'individu de composer avec les événements quotidiens. Ils lui permettent également de trouver les moyens pour compenser l'affaiblissement organique et son impact lors de la réalisation des activités quotidiennes. Ces facteurs sont :

2.1 Les ressources individuelles

2.2 Les ressources sociales et communautaires

2.3 Les ressources du système de santé

2.1 LES RESSOURCES INDIVIDUELLES

La personne âgée fragile aurait un portrait psychologique qui n'est pas relié à l'âge ni à l'état de santé, car ces dimensions psychologiques l'auraient caractérisée tout au long de sa vie. Ce portrait est déterminé par deux composantes

2.1.1 La capacité d'adaptation

2.1.2 La spiritualité

2.1.1 LA CAPACITÉ D'ADAPTATION

L'individu fait face tout au long de son vieillissement, à des situations plus ou moins stressantes, situations vécues ou non antérieurement. Composer avec ces événements, peut s'avérer difficile et chacun tente d'améliorer la situation à l'aide de stratégies expérimentées. Lors de telles circonstances, ce qui caractérise la personne âgée fragile est que, face aux événements, elle réagit selon un patron de comportements caractérisés par :

- l'anxiété ;
- le sentiment de perte de contrôle ;
- la dépendance ;
- la difficulté à communiquer.

- **L'anxiété**

Bien qu'un certain degré d'anxiété chez la personne âgée est considéré comme normal, ce qui caractérise la personne âgée fragile c'est le fait que l'anxiété la rend dysfonctionnelle dans sa vie quotidienne, à tel point qu'elle se voit contrainte à se priver de certaines activités (les sorties, prendre le métro ou un taxi par exemple). Cette anxiété est expliquée par un manque de confiance en soi et envers les autres. Ainsi, lorsque l'individu fait face aux différents stimuli, le manque de confiance en soi influence la perception qui, elle, détermine la réaction. Par exemple, une maladie est perçue d'emblée comme étant grave. La peur apparaît et avec elle, l'anxiété.

Pour les participants à l'étude, on ne saurait pas parler de l'anxiété sans l'analyser dans leur vécu quotidien. D'une part, ils sont témoins de l'expérience des autres : les chutes et les fractures; de leur propre affaiblissement sensoriel et de celui des autres. Des réalités qui engendrent la peur et l'anxiété. D'autre part, ils sont témoins de la dégradation progressive du tissu social dans certains quartiers (accroissement de l'itinérance, des jeunes sans emploi, de la prostitution..); un contexte peu sécuritaire qui rend difficile le déplacement de la personne dont certaines capacités physiques sont affaiblies. Finalement, le rôle des médias est aussi mentionné comme une source d'anxiété. Les personnes âgées se disent anxieuses face aux nombreuses informations décrivant des événements accablants, qui surviennent même très loin de leur milieu et face auxquels elles se sentent impuissantes. Ces événements dont le contexte et l'histoire ne sont que rarement expliqués, laissent entrevoir l'aspect le plus inhumain des personnes : les guerres, la pauvreté extrême, les droits de la personne bafoués. Des faits qui ne favorisent pas la confiance et la sécurité puisque leur contrôle ne dépend pas de la personne âgée elle-même.

- **La perte de contrôle**

Chez la personne âgée fragile, le sentiment existe que le locus de contrôle se situe à l'externe, ce qui fait d'elle une victime des autres ou encore, des événements. Reprenant le terme utilisé par l'animatrice en vue de clarifier un exemple, un participant précise: « *Il y a une grosse différence entre quelqu'un dont le contrôle est toujours externe et un autre qui apprend à avoir un contrôle interne* », expression qui traduit l'importance accordée à cet élément. Il s'agit d'une dynamique de fonctionnement habituelle, qui reflète à quel point la personne âgée fragile accepte que la décision soit prise par autrui.

Pour expliquer ce comportement, les personnes âgées mentionnent également d'autres facteurs d'ordre physique et biologique, tels que : l'affaiblissement physique, les limitations fonctionnelles, les incapacités et les handicaps. Ces pertes leur rappellent constamment leur dépendance. L'image qu'elles ont d'elles-mêmes est celle d'un être ayant progressivement moins de force et d'énergie, dont la vie dépend, parfois, d'un élément extérieur (médicaments, stimulateur cardiaque par exemple). Une image qui souligne la précarité au point d'engendrer le doute sur leurs propres possibilités, notamment en ce qui a trait à la capacité de réaliser certaines activités ou de prendre certaines décisions. Le besoin de consulter et d'être rassuré devient constant et la décision est prise de plus en plus par les autres.

Tous ces facteurs sont une source permanente de stress, qui est associé le plus souvent à : 1) un stimulus objectif (décès, maladie); 2) l'évaluation subjective de la situation (les situations sont évaluées comme étant plus difficiles à surmonter qu'elles ne le sont dans la réalité).

De plus, les personnes âgées notent une baisse de leur résistance face au stress ainsi qu'une plus grande difficulté à s'y adapter. Plusieurs facteurs sont énumérés. Tout d'abord, les nombreux stressors auxquels elles sont soumises en raison de leur âge avancé. Deuxièmement, le vieillissement physiologique, qui affaiblit leur énergie et finalement, la perte de l'audace pour utiliser des stratégies compensatoires efficaces, notamment face à la maladie physique.

- **La dépendance**

Pour parler de la dépendance les participants échangent d'abord spontanément sur le concept d'autonomie. C'est seulement suite à la conceptualisation de ce terme que le premier peut être précisé.

L'autonomie

Ce concept comprend deux volets : a) physique et b) psychologique.

a) L'autonomie physique

Une personne est autonome du point de vue physique lorsqu'elle est capable de vaquer aux activités de la vie quotidienne et aux activités domestiques. Ce volet de l'autonomie est relié au fonctionnement des systèmes musculo-squelettique, sensoriel et cardio-pulmonaire.

L'autonomie physique est décrite comme ayant une importance capitale, car elle se trouve au cœur des relations établies entre la personne âgée et son entourage. Ainsi, l'individu physiquement autonome n'a pas besoin d'aide dans son quotidien et cela lui permet une marge de manœuvre dans la gestion de ses relations. À l'opposé, le besoin d'aide physique est, parfois, le synonyme d'acceptation de relations non désirées mais, nécessaires pour vaquer à toutes les activités. Deuxièmement, les nombreux stéréotypes et préjugés, qui entourent la vieillesse et la perte de la condition physique sont mis de l'avant. À l'aide de quelques exemples tirés de leur vécu, les participants illustrent à quel point l'image que les autres se font de la personne présentant une incapacité ou un handicap, empiète sur les relations interpersonnelles.

De plus, cette perte d'autonomie physique est la source de sentiments d'impuissance, de frustration, et de révolte. Bien que la personne âgée soit capable de planifier et que la volonté d'exécuter ses plans soit intacte, elle doit se plier aux contraintes imposées par ses pertes physiques. L'acceptation de cette nouvelle image de soi, notamment lorsqu'elle est comparée à celle construite à travers tous ses acquis et ses réalisations, est toujours difficile et elle constitue une source de souffrance pour la personne âgée. La réponse comportementale est souvent le retrait.

À cette souffrance d'ordre psychologique, s'ajoute la souffrance d'ordre physique. Il s'agit de la douleur chronique reliée à des problématiques de santé diverses. Très rarement complètement soulagée, elle devient une source d'incapacité et de dépendance.

Cette réflexion sur l'autonomie physique renferme la notion de la sénescence et de la maladie, parce que les changements dans les systèmes musculo-squelettique, sensoriel et cardio-pulmonaire sont tributaires autant de l'une que de l'autre.

b) L'autonomie psychologique

Reliée aux fonctions cognitives et au fonctionnement du système nerveux central, l'autonomie psychologique se traduit par la capacité de composer efficacement avec les différents événements de la vie: « *C'est une attitude de composer, de faire face, de se prendre en main, de se retourner de bord* ». Cette attitude amène la personne à poser des gestes concrets qui traduisent son autodétermination et sa capacité de contrôler elle-même sa vie. La capacité de demander de l'aide pour faire face à ses limitations ou incapacités est mentionnée comme un geste d'autonomie psychologique.

L'autonomie psychologique est donc, l'effort pour améliorer la situation (capacité de coping) et apparaît comme étant un facteur de protection de la fragilité: « *Plus on est autonome dans notre vie, la façon dont on se retourne; qu'on se prend en main, on met les chances de notre côté pour être moins fragile* ». Cette capacité n'a pas de lien avec l'âge, parce que, à tout âge, l'être humain peut se montrer capable de faire face aux épreuves, de s'adapter aux changements liés au processus dynamique du développement de l'être humain. L'autonomie psychologique évolue durant toute la vie au sein d'un processus de maturation personnelle.

Ce processus de développement de la capacité d'adaptation fait appel à la créativité, à l'ingéniosité de chaque personne. Il lui permet finalement de faire des choix, de trouver ses propres solutions, autrement dit- d'être autonome. Par ailleurs, ce processus est perçu comme une démarche active : « *La fragilité ne serait pas le synonyme d'inactivité ?* ».

L'autonomie psychologique est tributaire, selon les participants, d'autres facteurs tels que l'éducation, la motivation, l'amour des autres et du degré d'autonomie physique de chaque individu. Bien qu'il ne faille pas confondre les deux volets de l'autonomie, leur interrelation est mise en lumière. L'exemple suivant illustre ces propos: « *Une personne atteinte d'une maladie chronique n'est pas fragile parce que la maladie peut se contrôler en autant que la personne malade soit capable de faire preuve d'autonomie psychologique, qu'elle soit capable de se prendre en charge. Lorsque la personne malade physiquement n'a pas ces capacités, elle doit être considérée comme étant fragile* ».

Finalement, les femmes âgées soulignent à quel point l'éducation reçue les a menées vers la dépendance psychologique. Si, dans certains domaines, l'autonomie leur était exigée (organisation des tâches ménagères, des soins aux cadets...), d'autres décisions, même celles concernant parfois leur vie personnelle, revenaient à leur père et plus tard, à leur conjoint. Ainsi, lorsque la femme âgée fait face à la solitude (par le veuvage, l'éloignement familial par exemple) la prise de décisions

appert comme un exercice difficile à réaliser par manque de pratique, de confiance en soi et de crédibilité sociale. Les conséquences sont décrites en termes de souffrance supplémentaire, qui se voit aggravée dans un contexte de revenus faibles et/ou d'un état de santé défaillant.

Au cours de ces échanges sur l'autonomie, les participants s'interrogent sur les moyens pouvant compenser les pertes et sur l'utilité de ceux qui sont déjà utilisés. Une panoplie très riche de moyens se dégage de leurs propos. C'est un sujet sur lequel les participants ont manifesté beaucoup d'intérêt.

- **La dépendance**

Celle-ci apparaît comme l'antonyme de l'autonomie. La dépendance ne semble pas avoir un lien avec l'âge, car un bon nombre de personnes sont demeurées dépendantes durant toute leur vie: « *Certaines personnes ont été agrippées toute la vie à quelqu'un* ». La personne soutien semble être celle qui assure le contrôle des événements, ce qui fait de la personne dépendante une "victime" des décisions prisés par autrui (à l'externe), tel qu'expliqué antérieurement. La disparition de la personne soutien serait un facteur, qui accentuerait la fragilité et qui amènerait la personne dépendante à réclamer un soutien démesuré auprès des professionnels de la santé, recréant encore la dépendance à leur égard et ce, sans obtenir une véritable réponse à ses besoins.

La personne dépendante peut manifester des comportements de manipulation à l'endroit des proches. C'est une capacité que ces personnes ont développé dans le but de monopoliser l'attention et de résoudre, par ce biais, la moindre difficulté.

- **La difficulté à communiquer**

Savoir communiquer est un apprentissage fortement influencé par des facteurs socioculturels. En effet, tout au long de sa vie et particulièrement, durant l'enfance et l'adolescence, l'être humain intériorise les règles et les codes de communication verbale et non verbale qui sont considérés comme valides dans son milieu culturel.

Parmi les facteurs sociaux, les participants mentionnent la barrière qui se dresse face à la personne atteinte d'un handicap physique. Cette barrière est l'expression des stéréotypes et préjugés voulant que le handicap physique soit synonyme de défaillance intellectuelle. Consciente de cette perception, la personne âgée voit diminuer les possibilités de communiquer librement.

Quant au contenu de la communication, c'est la valorisation de l'expérience de vie qui est mise de l'avant. Son absence chez les personnes plus jeunes, voir chez ses propres enfants, amène la personne âgée à communiquer avec une certaine réserve. En ce qui a trait aux codes, l'écart entre les générations est un' facteur qui peut renforcer la réserve et l'isolement. Ces éléments expliqueraient l'absence d'empathie chez certains jeunes interlocuteurs et le désir de la personne âgée de communiquer, de préférence, avec ses pairs.

Même dans le cadre d'échanges avec ses pairs, la personne âgée fragile serait incapable de demander de l'aide « *Pourquoi ne m'as-tu pas prévenue quand tu as été malade ? Sais-tu, ça m'a fait de la peine. J'aurais aimé t'aider* ». Certains facteurs socioculturels expliqueraient cette incapacité, notamment chez la femme âgée. Élevée pour offrir du soutien et pour réaliser un grand nombre d'activités pour ses proches, avant de s'occuper d'elle-même, la femme âgée, lorsque vieillissante, entrevoit avec difficulté comment elle pourrait en arriver à un changement des rôles où elle serait la récipiendaire des soins et de l'aide.

Quels que soient les facteurs qui entravent la communication, la personne qui n'est pas en mesure de communiquer ses besoins et ses sentiments est perçue comme étant plus vulnérable lorsqu'elle doit composer avec des événements difficiles: « *Quelqu'un qui n'a jamais communiqué, qui n'a jamais appris à communiquer vraiment, il est plus démuni* ». « *Quelqu'un qui n'apprend pas à communiquer ou qui a de la difficulté à communiquer ce n'est pas nécessairement qu'il soit plus fragile mais il serait plus susceptible* ».

Bien que la personne âgée fragile ait un portrait psychologique caractérisé par la présence de tous les éléments décrits, il appert qu'un individu peut se sentir fragile sans que pour autant son profil psychologique soit celui d'une personne âgée fragile. Ainsi, face à un stimulus, il se peut que la personne présente une incapacité temporaire concernant un de ces quatre éléments (par exemple: difficulté temporaire à communiquer, besoin d'être prise en charge). Alors, la personne est plus fragile temporairement.

2.1.2 LA SPIRITUALITÉ

La spiritualité est perçue comme une stratégie de coping qui peut protéger la personne âgée fragile. La spiritualité présente quatre volets : a) la recherche de l'harmonie et de l'intégrité; b) la foi; c) la prière et d) l'accompagnement des proches décédés.

- a) **La recherche de l'harmonie et de l'intégrité** : dans cette recherche la personne âgée désire se reconnaître comme un être global sans dissociation entre son physique affaibli et son psychique, ce qui lui apporte une sensation de bien-être.
- b) **La foi** : croyance en l'existence d'un Être supérieur, un être qui peut décider du destin, ce qui est bon pour chacun. La personne âgée retrouve dans cette croyance la confiance et le soutien.
- c) **La prière** : communication avec un Être supérieur, qui est perçu comme étant miséricordieux et aimant. Son regard positif et inconditionnel sur l'être humain, est une source d'assurance et de valorisation. C'est la possibilité de communiquer sans être jugé.
- d) **L'accompagnement des proches décédés** : c'est leur soutien qui semble important pour les personnes âgées. C'est l'assurance de leur empathie qui reconforte la personne âgée, car les proches décédés possèdent l'expérience de vivre (importance accordée au vécu). Leur rôle est de les guider et de les aider face aux épreuves. Leur amour est source de réassurance.

Ces quatre éléments mettent en lumière qu'à travers la spiritualité, la personne âgée recherche la compréhension, la valorisation, la réassurance, l'estime de soi et la communication qui lui fait tant défaut au quotidien. A travers ces éléments, elle peut mieux comprendre les événements, se pardonner et pardonner aux autres. La spiritualité permet donc une prise de conscience et l'acceptation de ses émotions en procurant une sensation de bien-être.

Les ressources individuelles sont la capacité d'adaptation et la spiritualité.

Capacité d'adaptation

Face aux événements, la personne âgée fragile :

- utilise des stratégies émotionnelles passives, telles que le retrait, qui sont reliées à des sentiments d'anxiété et de peur. C'est un pattern, qui caractérise la personne durant toute sa vie. Ce comportement d'abdication est le résultat de l'incapacité à se faire confiance et aux autres, à contrôler le présent et le futur ainsi qu'à communiquer efficacement ;
- est incapable d'utiliser des stratégies instrumentales et cognitives telles que la démarche pour la résolution d'un problème et la demande d'aide.

Les sources de ces difficultés chez la personne âgée fragile sont autant d'ordre individuel que social. Parmi ces dernières, sont soulignées :

- l'éducation et particulièrement, celle reçue par les femmes d'une certaine époque ;
- les stéréotypes et les préjugés existants à l'endroit des personnes vieillissantes et de celles atteintes par des incapacités ou des handicaps physiques ;
- la dégradation du tissu social et la pauvreté grandissante ;
- la manipulation de l'information par les médias.

La spiritualité

Elle est perçue comme un facteur pouvant aider la personne âgée fragile à compenser ses faiblesses et à faire face aux événements stressants.

2.2 LES RESSOURCES SOCIALES ET COMMUNAUTAIRES

Pour les participants deux ressources semblent être les plus importantes :

2.2.1 La famille

2.2.2 Le réseau communautaire

2.2.1 LA FAMILLE

La première source d'aide instrumentale pour les aînés est la famille et notamment les enfants. Ces derniers occupent une place prioritaire dans le discours des participants, en raison du soutien et du réconfort dont ils entourent leur parent.

Cependant, il importe de considérer l'existence des sentiments ambivalents dans cette relation familiale. Influencée par les valeurs sociétales, la famille peut véhiculer des stéréotypes à l'égard de la personne âgée, lesquels deviennent rapidement des préjugés. Cela se traduit par des comportements d'infantilisation et d'abus, qui sont renforcés par le silence de la personne âgée. Le manque de force, d'énergie et la peur de blesser les proches l'empêchent de réagir. La personne âgée est consciente à quel point elle pourra avoir besoin de la famille et comment sa réponse peut influencer le comportement de cette dernière.

L'image qui lui est renvoyée par sa propre famille est donc une image dévalorisante et contraignante. A cela peut s'ajouter le sentiment d'inutilité parce que, actuellement, le vieillard n'a aucun rôle à jouer et ne peut plus réaliser grand chose qui soit utile pour ses proches. Ses acquis ne sont que très rarement appréciés, le contexte sociétal ayant évolué trop rapidement. De plus, le rôle de grand-parent, source de valorisation et de plaisir, semble difficile à développer dans un contexte d'éloignement géographique ou de reconstitution familiale. La gestion de cette relation asymétrique devient inacceptable pour la personne âgée dont les réactions sont le silence et le repli.

Pour sa part, la famille peut vivre des sentiments de frustration face à la personne âgée autrefois pleine de force et d'endurance. Elle n'est plus en mesure de répondre aux attentes familiales, qui reposent souvent sur l'image de l'être qu'elle a été un jour, mais qui a changé au fil des années notamment au plan physique.

2.2.2 LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE

Constitué par les amis, la famille éloignée et les voisins, ce réseau est décrit comme la source du soutien moral, de valorisation et de l'augmentation de l'estime de soi. Ce qui est important est le fait d'être l'objet de la considération et de l'amour de l'entourage.

L'importance des amis est soulignée, notamment, lorsque la famille est éloignée, voir inexistante. Les amis partagent un vécu similaire et démontrent des attitudes d'empathie qui sont très appréciées par la personne âgée. Ils peuvent offrir des conseils et des suggestions utiles et pertinentes, ce qui rarement peut être offert par une personne plus jeune manquant d'expérience. La valorisation du vécu apparaît à nouveau dans les propos des participants.

Quant au voisinage, ces derniers déplorent la destruction du réseau d'entraide d'autrefois. Les nouvelles valeurs émergeant des profonds changements sociaux poussent les individus vers l'individualisme et le manque de solidarité. De plus, le phénomène de l'immigration a beaucoup changé le visage de la ville de Montréal.

Ainsi, lorsque la personne âgée demeure dans un milieu à forte concentration immigrante, elle peut se sentir démunie et intimidée face à ces voisins. Leur origine culturelle est à tel point différente, que leurs comportements deviennent incompréhensibles et leur langage difficile à décoder. Dépourvue d'habilités nécessaires aux relations interculturelles, qui lui permettraient d'élargir et d'enrichir ses relations, la personne âgée voit son isolement augmenter ainsi que l'anxiété et, quelquefois, la peur.

L'absence d'un réseau de soutien apparaît comme un facteur déclencheur de la fragilité, car la solitude semble favoriser le comportement d'abdication face aux événements, notamment, lorsque la personne âgée voit ses capacités physiques amoindries par la maladie. : « *C'est l'absence d'un réseau de soutien qui détermine le précipice* ». Les proches assurent auprès de la personne âgée le relais pour l'aider à rechercher et à utiliser des stratégies nécessaires à l'adaptation. Ce soutien permet à la personne âgée de poursuivre son existence malgré la précarité de son état de santé physique.

Ce réseau communautaire, il ne faut pas l'oublier, signalent les participants, est inséré au sein d'une société qui juge les individus à partir de leur condition physique. La fragilité physique est fréquemment associée à la fragilité mentale. Le vieillissement, soulignent encore une fois les personnes âgées, n'est pas synonyme de fragilité psychologique.

L'image que les membres de la communauté se font des aînés répond à des stéréotypes qui deviennent des préjugés lorsqu'on fait face à l'individu âgé. Une des sources de ces stéréotypes, sont les médias car ils véhiculent une image de la personne âgée voulant qu'elle soit un être voué à la dépendance, très peu de concessions sont faites à l'unicité de la personne. Cela se traduit par l'exclusion ou le cloisonnement des aînés dans des groupes dépourvus de pouvoir réel. Leur réponse est souvent le retrait, soit par manque de force ou par l'insensibilité développée au fil des ans. Donc, renforcement de l'image.

En synthèse

Les ressources sociales et communautaires plus importantes pour les participants sont la famille proche et élargie ainsi que les amis. Ces ressources procurent à la personne âgée de l'aide instrumentale et du soutien affectif. Cependant, quelques aspects semblent particulièrement importants

- Les sentiments ambivalents peuvent brouiller les relations de la personne âgée avec sa famille, bien que cette dernière soit la première source d'aide instrumentale et de soutien.
- Les amis et les pairs apportent un grand réconfort à la personne âgée. Le partage de leur expérience est grandement apprécié.
- Les stéréotypes et les préjugés persistants autant dans la famille que dans la société à l'endroit des aînés, sont la source de comportements d'infantilisation, de surprotection et d'abus dont la personne âgée fait l'objet quotidiennement. Sa réponse est souvent le repli, ce qui ne fait que renforcer la situation.
- L'ampleur et la vitesse des changements sociaux rendent difficile l'adaptation de la personne âgée, qui se voit dépourvue de tout rôle social et familial avec la dévalorisation que cela comporte.
- La destruction du réseau d'entraide dans le voisinage et le manque d'habiletés nécessaires aux relations interculturelles sont des facteurs importants pour comprendre l'isolement, l'anxiété et la peur chez certaines personnes âgées.

2.3 LES RESSOURCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Lorsque les participants parlent des ressources du système de santé, trois composantes émergent de leurs propos :

2.3.1 L'approche des intervenants

2.3.2 L'accessibilité aux services

2.3.3 La disponibilité des services

2.3.1 L'APPROCHE DES INTERVENANTS

« Le titre de cette recherche montre très bien l'image que les professionnels se font des personnes âgées. Pourquoi nous appeler fragiles ? Fragiles sont les objets (objet fragile = cassant par exemple la porcelaine). En réalité, ce sont nos os qui sont cassants, mais nos os ne sont pas nous. Nous proposons vulnérables parce que les pertes de tout ordre nous rendent vulnérables ».

Fort probablement, ce commentaire est celui qui traduit le mieux les propos des participants en ce qui a trait à l'image que certains intervenants se font de la clientèle âgée. Encore trop souvent, les personnes âgées se disent court-circuitées dans les prises de décision qui les concernent, parce que les intervenants les jugent inaptes. Mais heureusement, ces interventions ont tendance à diminuer, tout particulièrement, chez les soignants paramédicaux. Sensibilisés à l'approche globale de la personne âgée, ces intervenants sont capables de percevoir le client comme un individu à part entière malgré les handicaps ou les incapacités. L'intervention est axée sur les ressources et les forces du client. Aucune image du passé ne permet à l'intervenant d'établir des comparaisons, à l'instar de ce qui est fait dans les familles. Aidée et encouragée par cette approche, la personne âgée peut prendre conscience de ses propres capacités, redécouvrir ses forces et travailler pour compenser ses faiblesses.

Quant à l'approche médicale, les personnes âgées déplorent qu'elle soit trop axée sur l'administration de médicaments. Si ces derniers peuvent s'avérer utiles, voire nécessaires, lorsqu'il s'agit de dysfonctionnements d'ordre physique (défaillance cardiaque, diabète par exemple) il en est tout autrement pour les dysfonctionnements d'ordre psychologique. Alors, d'autres approches sont demandées, parce que les effets secondaires de ces médicaments sont redoutés: *« Les médicaments comme le valium, le halcion et tous ceux de cette famille, ne font qu'affaiblir nos forces, abaisser notre énergie et notre mémoire »*.

De plus, le vocabulaire utilisé par les intervenants et particulièrement, par les médecins, entrave la communication efficace. C'est un vocabulaire où l'utilisation du jargon prend une grande place. À l'aide de quelques exemples, les participants illustrent à quel point ce vocabulaire peut rendre incompréhensible une problématique de santé, qui semblait pourtant banale. Les boîtes vocales téléphoniques sont également une source de difficulté pour communiquer et pour accéder aux services sollicités. C'est un moyen peu familier pour certaines personnes âgées dont la complexité des consignes rend leur exécution impossible. Un bon nombre de clients âgés démissionnent dans leurs démarches.

La personne âgée fragile peu confiante en elle-même et difficilement capable de demander de l'aide, éprouve de la difficulté à trouver les moyens pour surmonter ces difficultés de communication soit, pour bien comprendre la nature de sa maladie ou encore, pour accéder aux services. Le cercle vicieux de l'anxiété, de la peur et de l'insécurité s'enclenche.

2.3.2 L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

Les facteurs d'ordre culturel peuvent entraver l'accessibilité aux services de santé. Les participants perçoivent les clients d'une origine culturelle autre que québécoise comme sujets à éprouver des difficultés lors de l'utilisation des ressources formelles, que ce soit par méconnaissance de leur existence et/ou de leur organisation.

Deuxièmement, la culture est perçue aussi comme un élément qui favorise ou entrave la compréhension du discours véhiculé par les professionnels oeuvrant dans les institutions du réseau de la santé et des services sociaux. L'analphabétisme fonctionnel, soit l'incapacité de la personne à comprendre le contenu des messages verbaux ou écrits est une réalité à laquelle certains clients doivent faire face. Aux personnes provenant d'une culture autre que québécoise, s'ajoutent de nombreuses personnes âgées analphabètes. Bien que par pudeur, elles avaient tenté de le cacher par tous les moyens tout au long de leur vie, face à la maladie, ces personnes voient tout basculer. C'est dans ce contexte que la présence du réseau informel apparaît comme un bon moyen de pallier cette difficulté ou encore, d'assurer le relais entre la personne et les services de santé.

2.3.3 LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES

Les changements qui touchent les services de santé préoccupent les personnes âgées. Elles se demandent si ces changements ne compromettent pas la disponibilité des services pour toute la population. A travers leurs propos, il apparaît le souvenir d'un passé, assez récent, où la population québécoise souffrait d'un manque de disponibilité des services. Elles craignent de perdre un acquis dont la création a été réalisée avec leur contribution. Un sentiment d'injustice semble émerger de leurs propos. Aucune consultation ne fut réalisée avant de débiter ces changements. Les participants se disent partie prenante du devenir d'un système, qu'elles ont grandement contribué à bâtir.

A l'aide de plusieurs exemples tirés de leur quotidien, les personnes âgées mettent en lumière le faible soutien reçu des ressources formelles dans le cadre du virage ambulatoire. Elles s'intéressent particulièrement au sort de celles et de ceux qui vivent dans la solitude et dont l'état de santé est précaire.

En synthèse

Les ressources du système de santé auraient des forces et des faiblesses.

Les forces

- L'approche globale de certains intervenants, notamment dans le domaine paramédical, permet à la personne âgée de redécouvrir ses forces et de travailler pour compenser ses faiblesses.

Les faiblesses

- Une approche médicale trop axée sur l'administration de médicaments, notamment lors de dysfonctionnements d'ordre psychologique. Des approches alternatives seraient appréciées.
- La difficulté de communication due à l'utilisation du jargon professionnel ou à l'utilisation des boîtes vocales téléphoniques.
- Le faible soutien apporté par les services formels aux personnes âgées dans le cadre du virage ambulatoire.
- L'absence de consultation auprès des aîné-es avant de débiter des changements dans le système de santé dont le développement a été réalisé avec leur contribution.

L'origine culturelle et le degré d'analphabétisation de la clientèle peuvent compromettre l'accessibilité aux services.

LA CONTRIBUTION DE CETTE ÉTUDE AU MODÈLE DE LA FRAGILITÉ

Cette étude contribue à élargir, enrichir et à compléter le modèle de la fragilité élaboré par l'équipe de recherche. Nous présentons cette contribution concernant :

1. La définition de la fragilité
2. Les modulateurs

1. LA DÉFINITION DE LA FRAGILITÉ

La définition de la fragilité proposée par les personnes âgées introduit la notion de subjectivité dans le concept de la fragilité. L'importance accordée à la subjectivité souligne le désir d'être considéré comme un individu unique ayant un mode de fonctionnement et d'organisation la vie qui lui sont propres.

Il appert également le désir que soit offerte à chaque personne âgée la possibilité de poser son propre diagnostic sur sa situation. Ainsi, lorsque la personne âgée signale qu'elle n'est plus en mesure de fonctionner selon ses plans et désirs, que cela soit considéré, par les intervenants, un indicateur de la fragilité au même titre, que ceux déterminés par les professionnels.

Par ailleurs, cette étude confirme qu'à l'instar de l'équipe de recherche, les personnes âgées accordent une importance capitale dans la conceptualisation de la fragilité aux organes sensoriels et aux systèmes musculo-squelettique, cardio-pulmonaire et immunitaire.

2. LES FACTEURS MODULATEURS

En ce qui a trait aux facteurs modulateurs, les résultats de cette étude contribuent à compléter et à élargir la vision de l'équipe de recherche. Par leur regard critique sur l'évolution de la société et plus particulièrement, sur leur milieu de vie, les personnes âgées soulignent à quel point les facteurs socio-économiques contribuent à rendre les aîné-es fragiles.

Bien que les facteurs individuels soient aussi mentionnés, ce n'est pas le comportement de chaque individu qui est remis en cause, mais plutôt, l'impact des facteurs socio-économiques sur le comportement individuel et ce, tout au long de la vie.

Ainsi, à l'égard des changements socio-économiques, les participants à l'étude dénoncent l'exclusion et la marginalisation auxquelles sont soumis les plus démunis de la société, parmi lesquels se trouvent un nombre grandissant de personnes âgées. Les mécanismes par lesquels cet écart ne fait que les renforcer dans leur situation sont clairement identifiés. Que ce soit par le biais des stéréotypes, des préjugés, de la perte de la valorisation et du rôle social, de la "ghettoisation" dans des groupes dépossédés de tout pouvoir de décision, les personnes âgées ainsi marginalisées répondent par l'isolement et le repli, comportements qui renforcent leur situation.

En ce qui a trait à la compréhension de la réalité pluraliste et du contexte d'immigration au Québec, une vie communautaire riche, facilitant les échanges et l'entraide, exige de ses membres l'acquisition d'habiletés nécessaires aux relations interculturelles. Loin de se faire de façon spontanée, cette acquisition ne peut avoir lieu que par l'entremise de la sensibilisation et de l'éducation communautaires sans lesquelles les membres de la communauté sont voués à l'incompréhension et l'isolement voire aux conflits interculturels.

Cette étude permet également, de mettre en lumière le bien fondé de l'utilisation d'une approche globale auprès des personnes âgées. Cependant, elle devrait s'enrichir par :

- L'inclusion systématique de la dimension spirituelle, car elle est une stratégie de coping privilégiée par certaines personnes âgées.
- Le développement et l'amélioration de la communication, de façon à ce que les échanges entre les intervenants et les personnes âgées soient efficaces et satisfaisants, où l'utilisation du jargon soit absente ou minimisée.
- L'offre de traitements alternatifs à la prescription de médicaments lorsque la personne âgée présente des dysfonctionnements d'ordre psychologique.

LES SUGGESTIONS POUR LA POURSUITE DE LA RECHERCHE ET LES RETOMBÉES DE L'ÉTUDE DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX

Pour terminer, nous faisons état des :

1. Suggestions pour la poursuite de la recherche
2. Retombées de l'étude dans les différents milieux

1. SUGGESTIONS POUR LA POURSUITE DE LA RECHERCHE

Les personnes âgées ont mentionné des suggestions pour la poursuite de la recherche concernant :

- 1.1 Le sujet de recherche
- 1.2 Les stratégies de recherche à privilégier

1.1 LE SUJET DE RECHERCHE

Comme il a été déjà mentionné, au cours des rencontres les participants se sont montrés très intéressés par les moyens pouvant être utilisés pour compenser leurs limitations fonctionnelles et par l'utilité de ceux qu'ils utilisent déjà. Il s'agit d'une panoplie très riche de moyens, dont le choix est déterminé par des notions rattachées au savoir populaire des personnes âgées. La créativité de chacun est aussi mise à contribution lorsqu'il s'agit d'identifier le moyen qui compense plus efficacement chaque limitation fonctionnelle.

Cependant, une préoccupation est sous-jacente aux propos des personnes âgées soit : la validation de ce qui est fait au quotidien. Elles s'interrogent sur le bien fondé de leurs initiatives et si ces dernières ne pourraient pas leur apporter, à long terme, plus de complications que de bénéfices.

1.2 LES STRATÉGIES DE RECHERCHE À PRIVILÉGIER

A la fin des rencontres avec chacun des groupes, nous avons pris l'engagement de les rencontrer pour leur présenter les résultats de l'étude. Répondant à la suggestion d'un des groupes, tous les participants se sont rencontrés à cette fin au début de l'été 1997.

Les personnes âgées ont exprimé leur satisfaction ainsi que leur reconnaissance parce que, si elles sont sollicitées fréquemment pour participer au recueil de données sur différentes recherches, elles le sont beaucoup moins pour leur faire part des résultats. Pour les participants ainsi que pour les membres de l'équipe de recherche, ce fut un moment riche d'échanges ; l'occasion de témoigner aux personnes âgées notre appréciation et reconnaissance pour leur contribution au projet de recherche.

Nous retranscrivons par la suite leurs suggestions en ce qui a trait aux stratégies de recherche à privilégier pour poursuivre l'élaboration du concept de fragilité et des stratégies de compensation des incapacités :

- Former les médecins de famille sur la notion de la fragilité ;
- Diffuser l'information concernant les moyens pour compenser les incapacités :
 - sur les billets et les passes d'autobus ;
 - dans les centres communautaires : bulletins mensuels.
- Réaliser des cafés rencontres ;
- Réaliser des ateliers dans chaque centre communautaire : les résultats seraient synthétisés par le regroupement de centres communautaires ;
- Élaborer un guide pour les animateurs : jeux de rôle, mises en situation ;
- Réaliser des ateliers de soutien pour les personnes qui trouvent difficile d'aborder le sujet de la fragilité ;
- Réaliser des entrevues individuelles afin de favoriser l'expression de ceux et celles qui auraient de la difficulté à s'exprimer au sein d'un groupe ;
- Utiliser des stratégies nombreuses et variées afin de rejoindre le plus grand nombre de personnes.

2. RETOMBÉES DE L'ÉTUDE DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX

Aux dires des participants, les rencontres ont été une source de réflexion et de questionnement sur leur mode de fonctionnement individuel et en groupe. Poursuivant ce questionnement, des projets ont vu le jour pour améliorer d'ores et déjà la qualité de vie des personnes âgées, en agissant pour ce faire sur les facteurs modulateurs. Ces projets sont :

- Un projet de rapprochement interculturel visant à sensibiliser les intervenants et les membres d'un centre communautaire à la réalité interculturelle du milieu, en les outillant pour mieux travailler d'ans la différence et la complémentarité et ce, par la réalisation d'activités d'éducation et de, sensibilisation qui leur permettront d'acquérir des' compétences nécessaires aux relations interculturelles.
- Des activités de formation sur l'approche globale auprès des bénévoles d'un centre communautaire, afin qu'elles soient en mesure d'axer le soutien et l'accompagnement des personnes âgées sur cette approche.
- Des activités de formation pour les intervenants d'un centre communautaire visant l'acquisition des compétences nécessaires à la réalisation d'activités de conscientisation et de croissance personnelle auprès des membres du centre.