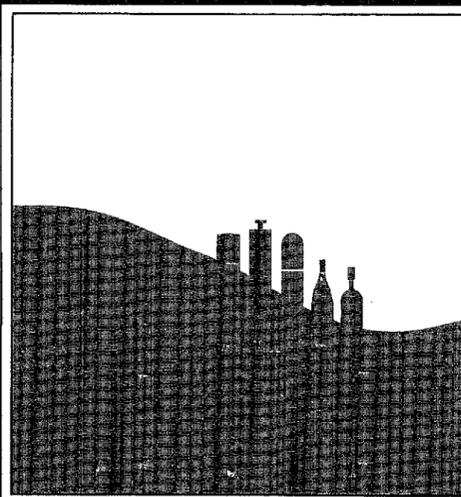


# ENTRE LA SOUFFRANCE & L'ESPOIR

INTERVENIR COMME BÉNÉVOLE EN GÉRONTOXIMANIE



GROUPE HARMONIE

CLSC MÉTRO ♦ G. VERMETTE et G. LÉTOURNEAU



SANTÉCOM

---

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 537-0606

*Entre la souffrance et l'espoir...*

ÉTUDE ET ANALYSE D'UN MODE D'INTERVENTION SOCIALE  
CARACTÉRISÉ PAR L'ACTION BÉNÉVOLE  
AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ÂGÉE TOXICOMANE

**RAPPORT FINAL**

présenté par

Guy Vermette  
consultant en toxicomanie

et

Georges Létourneau  
consultant en recherche évaluative

AVRIL 1990

"Aucun droit de reproduction  
sans le consentement des auteurs"

ENTRE  
LA  
SOUFFRANCE  
&  
L'ESPOIR

G. VERMETTE et G. LÉTOURNEAU

Symbolique de l'image :  
Un jour se lève au centre ville, milieu de vie de nos aînés,  
derrière un écran de bouteilles d'alcool et de médicaments  
représentant la souffrance du problème caché.  
D'un lever de soleil naît l'espoir d'une vie meilleure.

Dépôt légal - 2ème trimestre 1990  
ISBN 2-9801915-0-7

LE VIEIL IVROGNE

par Ubald Villeneuve

*Être vieux, déjà ce n'est pas drôle.  
Regarder courir les enfants,  
Regarder s'embrasser les jeunes gens,  
Regarder les couples à quarante ans.  
Tout du passé, tout en arrière,  
Des souvenirs: amour, argent.*

*Il reste la petite pension,  
Il reste la solitude,  
Il reste en plus, parfois, le regret,  
Il reste le remords de n'avoir pas assez  
Aimé, pardonné, donné.*

*Il reste, quoi! Des mains vides,  
Des grosses mains calleuses.  
Il y a l'arthrite, pour ça, oui,  
Dans l'épaule, dans le genou.  
Il y a l'ennui, le pire des maux,  
Rien à faire excepté économiser.*

*Vous me regardez, vous autres,  
Vous ne comprenez pas,  
Ça ne s'explique pas, ça se vit.  
Alors vous dites pourquoi il boit,  
Et encore du mauvais vin!  
Eh bien, il boit pour oublier,  
Pour oublier qu'il vit pour rien;  
Et il doit économiser  
Même son mauvais vin.*

*Si vous l'aimiez ce vieux-là,  
Si vous alliez vous asseoir avec lui,  
Pas rien qu'une minute  
Pour dire, «Alors, ça va!»  
Non, pour l'écouter,  
L'écouter, sans rien dire.*

*Il ne parlera pas tout de suite.  
Et quand il va parler, il va peu dire au début:  
La température, la pluie, le beau temps.  
Peut-être que la première fois, il va vous regarder.*

*Il lui faut fermement croire à la sincérité.  
Si la confiance naît et grandît,  
Alors il va l'ouvrir son vieux coeur,  
Il va les dire ses vieux souvenirs,  
Il va la dire sa vie, son hier.*

*Enfin, il va montrer ses plaies,  
Il va l'exposer sa souffrance,  
Il va dire le pénible de sa solitude.  
Pour vous, vous n'avez pas à gémir des hélas!  
Laissez-le simplement se vider.*

*Et il va suinter sa sérénité.  
Devant quelqu'un qui écoute,  
Qui le considère, qui le regarde.  
Comme hier on l'écoutait,  
On le regardait, on le considérait.*

*Il allait mourir et il revit.  
Il n'a plus besoin du vin mauvais,  
Il a retrouvé le bon en lui.*

## REMERCIEMENTS

Nous remercions dans un tout premier temps les personnes qui ont accepté de participer à cette étude en témoignant de leur vécu et en exprimant leurs besoins et leur appréciation à l'égard des services.

Le Conseil québécois de la recherche sociale pour avoir accordé aux chercheurs la subvention qui a rendu possible la présente étude.

Le Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal ainsi que la Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies du Conseil des services de santé et des services sociaux de la région de Montréal pour avoir appuyé la pertinence et l'importance de réaliser une telle étude.

Marie Beauchamp, directrice générale du CLSC Métro qui a offert tout au long de la recherche un support logistique et une assistance technique. De plus, le CLSC Métro a assumé la gestion financière du projet et a défrayé les coûts d'impression du rapport final.

Lorraine Desjardins pour avoir assumé les démarches en vue d'éditer le présent rapport.

Guillaume Pérodeau et Céline Mercier de l'Équipe de recherche psychosociale de l'Hôpital Douglas ainsi que le d<sup>r</sup> Réjean Hébert de l'Hôpital d'Youville à Sherbrooke pour avoir facilité le choix de certains outils d'évaluation.

Sylvie Martel pour avoir assumé la traduction des questionnaires et de certains outils d'évaluation en plus d'avoir procédé à la révision de l'ensemble du document.

Suzette Clément et Pauline Lachance qui ont conduit avec beaucoup d'habileté et d'humanisme les entrevues auprès de la clientèle. Elles sont grandement responsables du très faible taux de refus de participer à l'étude et de la grande qualité des informations recueillies.

Céline Bureau, coordinatrice du Programme SSD du CLSC Métro, pour son support et sa collaboration dans la réalisation de l'étude et plus particulièrement pour avoir facilité l'accès aux dossiers de la clientèle pour les fins de l'étude.

*Alice Morrison, Jean Lachance et Peggy Korovessi ainsi que les réceptionnistes pour leur assistance continue à servir de relais avec les intervenants des différentes équipes du Programme SSD du CLSC Métro ainsi qu'avec la clientèle.*

*Les intervenants professionnels du Programme SSD qui ont accepté de collaborer à recueillir les informations relatives au fonctionnement global et au cheminement de la clientèle.*

*Finalement, les intervenants bénévoles du Groupe Harmonie qui ont bien voulu se prêter à l'analyse de leur mode d'intervention et plus particulièrement Roger Barbeau et Lise Therrien qui ont grandement facilité la cueillette des données en rapport à l'intervention bénévole.*

## LISTE DES SIGLES

CLSC	Centre local des services communautaires
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
CSSSO	Conseil des services de santé et des services sociaux de la région de l'Outaouais
CSSSRMM	Conseil des services de santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain
DSC	Département de santé communautaire
HGM:	Hôpital général de Montréal
SSD:	Programme de soins et de services à domicile

## TABLE DES MATIÈRES

LE VIEIL IVROGNE, par <i>Ubald Villeneuve</i>	i
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES	v
INTRODUCTION	1
1. L'INTERVENTION EN GÉRONTOXICOMANIE	3
1.1 DÉFINITION DES TERMES	5
1.2 PRÉVALENCE DES PROBLÈMES D'ALCOOL ET DE PHARMACODÉPENDANCE	7
1.3 TYPOLOGIE DES CLIENTÈLES	11
1.4 LES SERVICES	15
2. MÉTHODOLOGIE	21
2.1 TYPE D'ÉTUDE	23
2.2 LES VARIABLES MESURÉES	24
2.3 LA POPULATION REJOINTE POUR L'ÉTUDE DESCRIPTIVE	26
2.4 L'ÉCHANTILLON RETENU POUR L'ÉTUDE D'IMPACT	26
2.5 LA CUEILLETTE DES DONNÉES	27
2.6 L'ANALYSE DE DONNÉES	28
3. PROFIL DE LA CLIENTÈLE	29
3.1 LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	31
3.2 LA SANTÉ PHYSIQUE	38
3.3 L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE	39
3.4 LA SANTÉ MENTALE	44
3.5 LES HABITUDES DE VIE ( <i>NESTAR<sub>r</sub></i> )	47
3.6 LES CARACTÉRISTIQUES DU RÉSEAU DE SUPPORT	54
3.7 L'UTILISATION DES RESSOURCES	56

4. FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME	59
4.1 L'HISTORIQUE	61
4.2 LA MISSION	63
4.3 L'INTERVENTION	64
4.4 LA GESTION	82
4.5 LES ORIENTATIONS DU PROGRAMME	97
4.6 CONCLUSION	98
5. ÉTUDE D'IMPACT	99
5.1 CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON	101
5.2 LES VARIABLES CONSIDÉRÉES DANS L'ÉTUDE D'IMPACT	102
5.3 IMPACTS DE L'INTERVENTION	103
6. CONCLUSION	115
7. RECOMMANDATIONS	121
BIBLIOGRAPHIE	135
ANNEXES	139

## INTRODUCTION

Le présent rapport est le résultat d'une volonté d'offrir un cadre d'analyse et des éléments de contenu quant au fonctionnement et à l'impact d'un organisme communautaire. Cet organisme (Groupe Harmonie) oeuvre auprès de personnes âgées ayant des problèmes d'alcool et/ou de médicaments et vivant sur le territoire du CLSC Métro.

Il est également l'aboutissement d'une démarche d'investigation clinique en rapport à la problématique **gérontoxicomanie**. Cette démarche a donné lieu au cours des dernières années à deux initiatives importantes du CSSSRMM. La première servait à rendre compte de la compréhension des intervenants en regard de cette problématique et de l'incidence de cette dernière à l'intérieur de différents types d'établissements de la région de Montréal (CSSSRMM, 1983). La deuxième initiative a visé la mobilisation sur une base informelle de ressources de différents établissements impliqués dans le secteur de la toxicomanie. Ceci a permis une courte expérimentation d'un mini-réseau visant la concertation de ces ressources aux fins de mieux dépister la clientèle cible et d'intervenir auprès d'elle (Létourneau et coll., 1987).

Les problèmes de consommation d'alcool et/ou de médicaments chez les personnes âgées se manifestent très souvent par une détérioration marquée de leurs conditions biopsychosociales. Le tableau fonctionnel qui en découle est complexe et éprouvant, tant pour les personnes âgées concernées et leur entourage que pour les intervenants impliqués. Leur situation de grande vulnérabilité rend ces personnes âgées davantage susceptibles de vivre des réactions de crise et de mobiliser de nombreuses ressources.

Par ailleurs, les intervenants des programmes SSD font face depuis quelques années à une augmentation de la demande de services et à un alourdissement des clientèles. Il est compréhensible face à une telle saturation des services qu'une priorisation des clientèles devienne une modalité favorisant l'utilisation effective des énergies disponibles. Les ressources bénévoles, dans le respect de leur limites et de leurs capacités, peuvent alors contribuer à alléger les tâches des intervenants du Programme SSD.

Dans ce cadre de référence, la présente étude a donc eu pour premier objectif de dresser un profil le plus complet possible de la clientèle cible en s'appuyant sur les données de la littérature. Un deuxième objectif a été de préciser les indications cliniques recensées

---

dans la littérature qui permettent de porter un meilleur jugement sur la valeur pronostique d'une intervention. Un troisième objectif a été de fournir des éléments favorisant la consolidation ou la reproduction du mode d'intervention privilégié par le Groupe Harmonie. À cet égard, un souci a été apporté pour signifier ce qu'est le Groupe Harmonie mais, également, ce qu'il n'est pas. Cette préoccupation vise à rendre claire les limites d'une action bénévole et à préciser les responsabilités qui incombent aux différentes autres ressources de la communauté.

Finalement, l'analyse descriptive conduit à la formulation de pistes d'intervention qui couvrent l'ensemble de la problématique. Les pistes proposées pourraient contribuer à accroître la capacité à répondre d'une façon mieux adaptée aux besoins spécifiques des personnes âgées aux prises avec des problèmes d'alcool et/ou de médicaments.

---

---

## 1. L'INTERVENTION EN GÉRONTOXICOMANIE

1.1 DÉFINITION DES TERMES	5
1.2. PRÉVALENCE DES PROBLÈMES D'ALCOOL ET DE PHARMACODÉPENDANCE	7
1.2.1 L'alcoolisme	7
1.2.2 La pharmacodépendance	9
1.3. TYPOLOGIE DES CLIENTÈLES	11
1.3.1 Les personnes alcooliques	12
1.3.2 Les personnes pharmacodépendantes	14
1.4 LES SERVICES	15
1.4.1 Les attitudes à l'égard de la clientèle	15
1.4.2 Les besoins de services adaptés	16
1.4.3 Le syndrome de la porte tournante	19

## 1.1 DÉFINITION DES TERMES

À des fins de clarification et de compréhension du présent document, il est bon de préciser la signification donnée aux principaux termes génériques utilisés pour décrire la clientèle, la problématique ainsi que le mode d'intervention étudié.

Dans la littérature gérontologique, le terme *personnes âgées* est associé à plusieurs catégories d'âge couvrant l'ensemble des personnes de 50 ans et plus. En fait, les âges de 60 et 65 ans sont deux seuils beaucoup plus fréquemment utilisés pour parler des personnes âgées. Bien que plusieurs indicateurs sociaux et économiques font référence aux «65 ans» comme seuil de la vieillesse, il semble que le seuil des «60 ans» soit de plus en plus utilisé à cette fin. Il correspondrait davantage à la période durant laquelle la personne commence à vivre d'une façon plus marquée les conditions psychosociales et les attributions symboliques associées aux personnes âgées.

Dans la présente étude, le terme *personne âgée* se réfère donc à la population de 60 ans et plus, sauf dans les exceptions qui sont alors précisées. Tel est le cas, par exemple, des données obtenues de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) concernant les médicaments prescrits aux personnes âgées de 65 ans et plus. Par ailleurs, il est important de faire des distinctions entre différentes cohortes de la population âgée, sachant que la réalité du processus de vieillissement est habituellement différente après l'âge de 75 ans. Finalement, le terme *personne âgée* est utilisé à l'occasion pour décrire la population cible à l'étude.

Depuis quelques années, le terme *gérontoxicomanie* est utilisé au Québec comme dénominateur commun pour parler des problèmes d'alcoolisme et/ou de pharmacodépendance chez les personnes âgées. L'alcoolisme est habituellement identifié sur la base de certains facteurs étiologiques et de conséquences négatives associées à l'intoxication ainsi que sur le degré de dépendance à l'alcool. La littérature est claire à l'effet que cette problématique est complexe et qu'elle doit être abordée en tenant compte de nombreuses variables. Certains auteurs commencent à conceptualiser l'alcoolisme dans une même diversité que celle de l'étiologie et de la manifestation de différents types de cancers (*cancer approach*).

Dans un tel contexte, la simple quantité d'alcool consommé n'est qu'un des indicateurs utilisés pour porter un diagnostic. À cet effet, les indicateurs permettant d'identifier l'alcoolisme dans la population générale sont rarement valides pour les clientèles âgées. La littérature en gérontoxicomanie fait ressortir avec acuité cette difficulté sur le plan diagnostique (Vermette, 1989). Dans la présente étude, l'*alcoolisme* est associé à la

consommation problématique d'alcool et un outil d'évaluation est utilisé pour permettre aux intervenants de se prononcer sur sa manifestation et sur sa sévérité.

La *pharmacodépendance*, tout comme l'alcoolisme, est une constellation de symptômes qui donne lieu à une gradation de la nature et de l'intensité des effets associés à la consommation ainsi qu'au degré de dépendance aux substances psychoactives. Il est question de médicaments prescrits ou non-prescrits qui agissent sur le système nerveux central (SNC) en le stimulant, en le déprimant ou en le perturbant. La présente étude aborde ce syndrome sous l'angle des problèmes associés à la consommation de médicaments en utilisant le même outil d'évaluation que celui utilisé pour l'alcoolisme.

Il est à noter, à cet égard, que la littérature en pharmacodépendance inclut tout un champ de méfaits reliés au mésusage de la consommation de médicaments (Petersen, 1987). En effet, les effets combinés ou antagonistes de plusieurs médicaments consommés dans un même temps et le manque de respect du régime thérapeutique sont fortement susceptibles de provoquer chez les personnes âgées des problèmes de consommation. Il en résulte, en conséquence, des problèmes de fonctionnement, sans qu'il y ait pour autant la présence d'une dépendance clairement identifiée.

Finalement, l'*action bénévole* représente le dernier terme générique important à définir. Dans la présente étude, il fait référence à un mode d'intervention spécifique dispensé à des personnes âgées ayant des problèmes d'alcool et/ou de médicaments. Que veut-on dire par bénévolat? Traditionnellement, l'action bénévole en alcoolisme et autres toxicomanies est beaucoup associée aux mouvements d'entraide tel que *Alcooliques Anonymes*. Or, il y a des différences importantes entre un mouvement d'entraide et une action bénévole. Guay (1985) s'est penché sur la question à travers ses propres implications dans la mise sur pied d'organismes communautaires. À cet effet, il souligne que:

*«Le bénévolat est peut-être la forme la moins naturelle d'aide non professionnelle, d'abord parce qu'il s'agit essentiellement d'un travail (même s'il n'est pas rémunéré) qui s'effectue très souvent à l'extérieur du milieu naturel, ensuite parce qu'il consiste en une activité structurée et souvent encadrée dont le but est d'aider d'autres personnes, sans attente de réciprocité comme c'est le cas dans les groupes d'entraide.»*  
(p.146)

Dans cette perspective, le bénévolat est une action librement choisie et accomplie volontairement dans laquelle la personne a la possibilité de se retirer en tout temps. Si la réciprocité n'est pas une caractéristique de l'action bénévole, cette dernière n'est pas non plus un geste d'altruisme inconditionnel et d'oubli de soi. Elle est très souvent l'expression

d'un besoin personnel de se valoriser et de grandir à travers une aide concrète offerte à une population donnée pour répondre à des besoins spécifiques. Payette et Vaillancourt (1983) vont même jusqu'à prétendre qu'il y a du bénévolat en autant que l'action posée procure au bénévole des bénéfices qui compensent les coûts qu'elle lui génère; ces coûts étant bien souvent d'ordre affectif, psychologique ou relationnel.

## 1.2 PRÉVALENCE DES PROBLÈMES D'ALCOOL ET DE PHARMACODÉPENDANCE

### 1.2.1 L'alcoolisme

Les données épidémiologiques révèlent que les personnes âgées représentent le groupe de citoyens montrant le taux d'abstinence le plus élevé. Par exemple, l'enquête SANTÉ QUÉBEC (1988) montre que chez les femmes, c'est parmi celles de 65 ans et plus que le pourcentage d'abstinence est le plus élevé, soit 57,4 % (le taux d'abstinence n'est que de 36,3 % pour les hommes). Les pourcentages augmentent lorsque nous limitons l'analyse aux personnes de 75 ans et plus.

Une première explication donnée à ce taux élevé d'abstinence est que les personnes, en vieillissant, auraient une tendance à diminuer ou même cesser de consommer de l'alcool afin de s'adapter au ralentissement des fonctions métaboliques. Elles optimiseraient ainsi leur niveau de fonctionnement et permettraient de maintenir le sentiment d'être relativement en bonne santé. Toute une littérature concernant les modifications physiologiques et métaboliques va dans le sens de cette recherche d'équilibre homéostatique (Vermette, 1981). À cet effet, l'enquête SANTÉ QUÉBEC révèle que 7,7 % des femmes âgées de 65 ans et plus disent être des anciennes buveuses (18,8 % pour les hommes).

De plus, parmi les personnes âgées identifiées comme abstinentes, un pourcentage relativement élevé dit n'avoir jamais consommé d'alcool (50,9 % pour les femmes et 19,8 % pour les hommes). Ce qui démontre possiblement un effet de cohorte associé aux habitudes de vie de ces générations dont les valeurs ont émergé historiquement de la période de prohibition, durant laquelle la consommation d'alcool était récriminée, particulièrement chez les femmes.

Par ailleurs, il est intéressant de noter, toujours selon l'enquête SANTÉ QUÉBEC (1988), que de toutes les catégories d'âge des femmes qui consomment, c'est le groupe âgé de 65 ans et plus qui révèle le pourcentage le plus élevé de consommation quotidienne, soit 3,3 %. Chez les hommes, on retrouve une situation presque semblable. À l'exception des

45-64 ans, c'est le groupe des hommes de 65 ans et plus qui obtient le taux le plus élevé de consommations quotidiennes, soit 11,0 %.

La littérature en gérotoxicomanie identifie les femmes âgées, particulièrement celles ayant vécu un veuvage comme une population à risque élevée (Zimberg, 1987). À cet effet, l'enquête SANTÉ QUÉBEC (1988) révèle un risque élevé chez seulement 1,5 % des femmes de 65 ans et plus (7,5 % chez les hommes) et la présence d'une dépendance à l'alcool dans une proportion encore beaucoup plus restreinte, soit, 0,3 % (4,1 % pour les hommes).

Cependant, il est à noter que de toutes les catégories d'âge, c'est auprès des personnes de 65 ans et plus qu'on retrouve les proportions les plus élevées de données inconnues concernant la quantité d'alcool consommé (F: 8,8 %; H: 8,9 %), le niveau de risque (F: 13,5 %; H: 10,0 %) et la présence d'une dépendance (F: 10,1 %; H: 5,3 %).

Malgré toutes les données qui s'accumulent depuis quelques années, le niveau de consommation d'alcool dans la population âgée demeure donc difficile à identifier. Les personnes âgées expriment souvent beaucoup de réserve à parler de leurs consommations d'alcool. Il est fréquent que la famille et même les ressources du milieu évitent tout autant d'aborder la question. Les données obtenues sur la quantité d'alcool consommé posent davantage de questions qu'elles n'apportent de réponses.

Ceci étant dit, les enquêtes nationales révèlent que le taux d'alcoolisme chez les personnes âgées se situe entre 2 % et 10 % (Barr, 1980; Cahalan et coll. 1969; Schuckit et Miller, 1976; Vandeputte, 1989). Ceci représenterait au Québec de 13 000 à 65 000 personnes âgées. Lorsqu'on tente cependant d'investiguer davantage la prévalence du problème on constate que toute une littérature existe sur le taux d'alcoolisme chez les personnes âgées utilisatrices de services de santé ou de services sociaux.

Vermette (1989) mentionne que ce taux varie de 14 % à 50 % lors d'études n'impliquant que des personnes âgées recevant des services en cliniques médicales, en salles d'urgence d'hôpitaux généraux, en salles d'urgence d'institutions psychiatriques et en centres d'hébergement. Ce taux d'alcoolisme irait en augmentant d'un type d'établissement à l'autre, atteignant un point culminant dans le secteur de la psychiatrie institutionnelle.

En référence à la clientèle qui fait présentement l'objet de nos analyses, deux études récentes conduites dans les régions de Montréal et de Hull évaluent à environ 14 % le taux d'alcoolisme chez les personnes âgées bénéficiant de soins et de services à domicile (Gagnon, 1984; Conseil de la santé et des services sociaux de la région de l'Outaouais, 1981).

Dans l'ensemble de la population âgée, l'alcoolisme est donc présentement difficile à quantifier. Cependant, il est de plus en plus mis en évidence à travers les nombreux services de santé et services sociaux qu'utilisent une proportion importante des personnes âgées. Cette problématique qui confronte le système de services ainsi que les familles vient se conjuguer à une situation de forte consommation de médicaments observée chez les personnes âgées.

### 1.2.2 La pharmacodépendance

Il est beaucoup plus facile d'obtenir des données relatives à la consommation de médicaments chez les personnes âgées. Il est reconnu que les personnes âgées représentent le groupe de citoyens qui consomme le plus de médicaments prescrits. La santé des personnes âgées est fortement médicalisée et particulièrement chez les francophones du Québec (Santé Canada, 1988). En 1987, le coût des services pharmaceutiques et des médicaments pour les personnes âgées de 65 ans et plus a été de 237 292 796.\$ soit une hausse de 19 % par rapport à l'année précédente (RAMQ, 1987).

L'âge et le sexe sont les deux principales variables qui influencent la prise de médicaments et particulièrement les psychotropes. Plus la quantité de médicaments consommés augmente avec l'âge, plus les risques de dépendance et d'effets négatifs sont élevés.

La proportion des personnes âgées qui consomment quotidiennement un médicament varie de 62 % à 92 % selon les études (Cormier et Trudel, 1986). Le médicament jouerait donc un rôle important comme moyen pour tenter d'entretenir la santé ou d'atténuer les symptômes de la maladie. On observe que ce recours privilégié à la pilule a augmenté au cours des dernières années. En 1987, la population âgée québécoise admissible au programme de la Régie de l'assurance maladie du Québec avait reçu une moyenne de 24,6 ordonnances de médicaments durant l'année (RAMQ, 1987), soit 5 ordonnances de plus qu'en 1983.

À la rigueur, il peut être compréhensible que la plus grande fréquence de problèmes de santé chez la population âgée justifie cliniquement une plus grande prise de médicaments comparativement aux populations plus jeunes. Que dire cependant de l'usage faite par les personnes âgées des médicaments qu'on regroupe sous l'appellation de *psychotropes*. Les médicaments du système nerveux central (SNC) représentent 31,2 % de toutes les ordonnances remplies aux personnes âgées (RAMQ, 1987). Ce pourcentage est stable depuis 1983.

Les sédatifs et les hypnotiques représentent la catégorie qui fait l'objet du plus grand nombre d'ordonnances (15,7 %) par rapport à l'ensemble des médicaments prescrits. Ils représentent environ 70 % de tous les psychotropes vendus aux personnes âgées. Par ailleurs, les femmes âgées reçoivent deux fois plus de médicaments du système nerveux central que les hommes âgés (RAMQ, 1987). Finalement, un patient sur trois en centre d'accueil prend 8 médicaments et plus et 75 % des personnes en centre d'accueil prennent des neuroleptiques (Kissel et Roux, 1989).

La description de ces dernières données laisse songeur et pose de sérieuses questions sur un système de soins et de services qui veut favoriser la santé de ses usagers. Dans un tel contexte, la consommation de médicaments psychotropes entretiendrait l'illusion thérapeutique de solutionner rapidement et facilement des maux qui prennent origine souvent dans une insécurité, une souffrance ou dans un mal de vivre. *Pilules mirages* ou *Potions magiques*, telles sont les appellations utilisées pour tenter de décrire cette façon particulière d'espérer en une situation meilleure. Intégrée à une médecine symptomatique, «le médicament semble perçu comme une technologie très efficace au service du confort et de l'efficacité» (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1982).

La pharmacodépendance ou les problèmes de mésusage de médicaments sont des conséquences de l'utilisation massive de cette nouvelle technologie. Selon plusieurs études, de 13 % à 19 % des personnes âgées consommatrices de médicaments ne sont pas capables de lire ou ont beaucoup de difficulté à lire les étiquettes apparaissant sur les flacons de médicaments (Cormier et Trudel, 1986). Une autre étude montre que 35 % des usagers excessifs d'analgésiques mineurs utilisaient ces produits pour traiter des malaises pour lesquels ces médicaments n'ont aucune valeur thérapeutique (Heusghem et Lechat, 1973). Par ailleurs, l'inobservance du régime thérapeutique commandé par la prise de médicaments varie entre 30 % et 60 % chez les personnes âgées consommatrices de médicaments (Dumas et coll. 1982).

Tout comme l'alcoolisme, les problèmes spécifiques de pharmacodépendance demeurent cependant difficiles à identifier chez la clientèle âgée. Les facteurs en cause sont multiples et leurs interactions complexes. Pour illustrer la complexité de ces effets et la difficulté d'en évaluer la nature, qu'il s'agisse de préciser que le programme informatique Médiphor® permet de faire l'analyse des interactions médicamenteuses de quelques médicaments à la fois, tout au plus.

Lorsqu'une personne consomme plusieurs médicaments, prend à l'occasion de l'alcool, souffre de carence alimentaire et présente des ralentissements métaboliques très significatifs, il devient évident qu'elle se trouve en situation de risque élevé. Les effets des

médicaments deviennent alors très difficilement prévisibles et la personne âgée se retrouve dans une situation paradoxale ou le traitement médicamenteux devient source de maladie. D'où la manifestation de problèmes iatrogènes que nous aurons l'occasion d'aborder dans la prochaine section.

Par ailleurs, les personnes âgées nient beaucoup moins fréquemment leurs consommations de médicaments que leurs consommations d'alcool. Nous avons donc beaucoup de possibilités d'observer des anomalies dans le respect du régime thérapeutique. Il en résulte des indications permettant d'apprécier, bien que grossièrement, les facteurs de risque. Sans avoir à se prononcer nécessairement sur la présence ou non d'une dépendance, il devient clair que les problèmes qui en résultent entravent leur fonctionnement et réduisent leur qualité de vie.

### 1.3 TYPOLOGIE DES CLIENTÈLES

Dans ce contexte de forte prescription de médicaments et de consommations voilées d'alcool, il serait présomptueux de procéder à des généralisations et d'étiqueter les personnes âgées comme étant une population à risque. Lors d'une étude sur la consommation de psychotropes chez les personnes âgées de la région des Basses Laurentides, Plante (1988) fait référence au rapport du comité d'experts «personnes âgées» de la Commission Rochon. Suite à ses travaux, ce comité soulignait que 70 % des personnes âgées ne nécessitent pas plus de services de santé que ceux d'un autre âge. Plante conclue cependant que:

*«la consommation importante de médicaments chez les personnes âgées et les conséquences sérieuses qui en découlent soulèvent l'existence d'un problème de santé» (p.14).*

Quelles sont les caractéristiques des clientèles qui se retrouvent avec des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie médicamenteuse? Quels facteurs prédisposent ou rendent vulnérables la population âgée à vivre de tels problèmes? Les profils épidémiologiques de ces clientèles sont très peu nombreux et parcellaires. De la littérature existante, nous pouvons cependant dégager différentes caractéristiques qui peuvent nous aider à dresser quelques profils descriptifs.

### 1.3.1 Les personnes alcooliques

Lorsqu'on consulte les données épidémiologiques dans l'ensemble de la littérature en gérontoxicomanie, on constate que la **manipulation, l'hypocondrie et la dépression** sont trois caractéristiques qu'on retrouve très fréquemment chez la clientèle âgée alcoolique. Les facteurs de risque (chutes, confusion, inondation, feu...) et les potentiels d'abus de toute sorte (financier, affectif, physique...) sont également très présents. Par ailleurs, il serait superflu d'élaborer sur le taux excessivement élevé de morbidité chez cette population.

Rosin et Glatt (1971) ont été les premiers à identifier différents profils chez les personnes âgées alcooliques. Leurs profils se distinguent principalement par des différences étiologiques. Un pourcentage très significatif d'alcooliques âgés (environ 33 %) aurait, en effet, développé un problème de consommation d'alcool consécutivement à des difficultés d'adaptation reliées à des événements de vie majeurs. C'est ainsi que la mort du conjoint, la mise à la retraite, la manifestation de maladies dégénératives représentent respectivement les principaux événements de vie susceptibles d'initier un alcoolisme tardif.

Ces personnes ne présentent pas habituellement de profil psychiatrique. Elles possèdent un bon réseau de support et elles sont souvent mariées. Elles n'ont pas d'antécédents médicaux importants et n'ont pas de détérioration marquée sur le plan cognitif. Elles sont plus susceptibles de boire en cachette, de nier leur problème de consommation et d'évoluer très rapidement dans le développement d'une dépendance.

Ces personnes ne sont dépistées bien souvent qu'en situation de crise suite à une intoxication aiguë. La symptomatologie qu'elles présentent est alors associée par les intervenants à un alcoolisme chronique. Or, la littérature sur le traitement en toxicomanie est claire à l'effet que les *alcooliques tardifs* représentent une des clientèles possédant le meilleur pronostic (Mishara et Kastenbaum, 1980). Ils possèdent des énergies résiduelles utilisables dans une démarche de prise en charge. Ils ont surtout de nombreuses expériences antérieures sur lesquelles ils peuvent compter pour se réapproprier leur estime de soi et leur sentiment de compétence. Les différences étiologiques lors d'une démarche d'évaluation deviennent ainsi très importantes à souligner.

Un deuxième profil qui se dégage clairement de la littérature en gérontoxicomanie est celui de l'*alcoolique chronique*. Quelques caractéristiques sont identifiées lors d'une étude évaluative conduite sur trois ans (Schuckit et coll., 1980). Ces personnes sont majoritairement des hommes qui s'avèrent plus scolarisés que ceux n'ayant pas de problèmes d'alcool. Ils demeurent souvent seuls en chambre ou dans de petits appartements. Ils sont très rigides à toute forme d'intrusion dans leur mode de vie et très réfractaires à

l'hospitalisation. Ils entretiennent des relations conflictuelles ou insatisfaisantes avec leur famille et leur entourage. Ils ont un plus haut taux de divorce ou de séparation. Ils prennent moins d'alcool que les plus jeunes. Ils sont affectés fréquemment de pathologies hépatiques, rénales, cardiaques ou pulmonaires. Il arrive plus fréquemment qu'ils souffrent de problèmes articulaires et que leurs facultés mentales se trouvent amoindries, particulièrement au niveau des capacités mnémoniques. Ils font souvent l'objet d'orientation en milieu institutionnel ou en ressources alternatives d'hébergement, particulièrement lorsqu'ils sont affectés de syndromes organiques ou de neuropathologies associées à leur éthylisme chronique.

Il est étonnant de constater que malgré la présence de nombreuses pathologies et d'un niveau de consommation d'alcool encore assez élevé ces personnes se maintiennent vivantes. En fait, elles sont considérées souvent comme ayant, au départ, une constitution surhumaine (Mishara et Kastenbaum, 1980). À vivre et à boire de cette façon, Monsieur et Madame Tout-le-monde seraient morts depuis longtemps!

Un troisième et dernier profil se dégage chez la personne âgée alcoolique. C'est celui de l'*alcoolique exacerbé* (Carruth et coll., 1975). Les personnes qui sont identifiées à ce profil sont également associées à l'alcoolique chronique. Elles se distinguent cependant par une plus grande préservation de leur milieu familial, une santé moins hypothéquée et un milieu de vie plus stable.

Bien que s'étant manifesté habituellement entre la vingtaine et la quarantaine, leur alcoolisme s'est trouvé à évoluer d'une façon discontinue ou sporadique. Leur histoire de consommation a été affecté principalement par des périodes d'adaptation à certains événements de vie.

Ce troisième profil correspond à une réalité de plus en plus observée en traitement. Il met en évidence l'importance du milieu de vie et des facteurs psychosociaux dans la manifestation et l'évolution de l'alcoolisme. Les problèmes vécus à la vieillesse viennent souvent exacerber ce type d'alcoolisme.

Il est important de noter que ces trois profils ne sont pas un découpage précis de la réalité. Des nuances s'imposeraient grandement pour faire valoir les différences individuelles et pour prendre en considération, par exemple, la présence d'une consommation de médicaments. La polytoxicomanie (alcool et médicaments) ou les substitutions de dépendance (alcool pour médicaments) ne sont pas rares chez les personnes âgées alcooliques, particulièrement chez les femmes (Vandeputte, 1989).

### 1.3.2 Les personnes pharmacodépendantes

Lors d'une enquête nationale sur les caractéristiques des personnes âgées en traitement, Hoffman et Harrison (1989) soulignent que l'amorce de la consommation de médicaments est plus nettement associée à la vieillesse que l'est l'alcool. La moitié des hommes ayant participé à leur enquête disent avoir commencé une consommation régulière de médicaments après l'âge de 60 ans. Pérodeau (1989) ainsi que Cormier et Trudel (1986) se sont penchés sur cette manifestation tardive d'une consommation de médicaments et ils ont développé des modèles conceptuels qui tentent d'en expliquer l'émergence.

Il y aurait donc un premier profil pour lequel la consommation abusive a été initiée tardivement suite à la manifestation de problèmes de santé qui ont amené la personne à consulter davantage le médecin. Comme il a été mentionné précédemment, les sédatifs hypnotiques représentent 70 % de tous les psychotropes prescrits aux personnes âgées et les femmes en consomment deux fois plus que les hommes. Matte (1984) met en évidence le caractère nébuleux et imprécis de l'indication thérapeutique de cette catégorie de médicaments. Le recours de plus en plus marqué aux psychotropes masque bien souvent un problème personnel ou social qui justifierait une toute autre intervention que la médication. Les symptômes observés relèvent alors souvent plus de l'anxiété, de la fatigue, de la nervosité ainsi que de l'insomnie. Le profil qui s'en dégage s'apparente à une *croqueuse de pilules* qui veut se calmer les nerfs.

Un deuxième profil de consommation est associé à la polymédication rencontrée lorsque la personne âgée est affligée de multiples pathologies. Plusieurs auteurs soulignent le potentiel de dangerosité associé à une telle consommation de médicaments (Blondeau, 1984; Gilles, 1987; Plante 1989). Ces personnes sont susceptibles de vivre des difficultés dans l'identification de leurs médicaments et dans la compréhension et l'observance du régime thérapeutique. Raffoul et coll. (1981) mettent en évidence le fait que ces difficultés sont accrues lorsque la personne âgée consulte plusieurs médecins et fréquente plusieurs pharmacies.

Dans un tel contexte, les personnes âgées sont davantage susceptibles de vivre des problèmes iatrogènes consécutifs à la consommation de médicaments prescrits. À cet effet, Butler et Lewis (1977) perçoivent l'intoxication iatrogène comme une des principales causes de problèmes organiques, d'états confusionnels et d'hospitalisation chez les personnes âgées. À ce dernier chapitre, qu'il suffise de mentionner les résultats d'une étude conduite à St-Boniface. Cette dernière révèle que 42 % des personnes âgées reçues au service d'urgence d'un hôpital général présentaient des signes d'intoxication à l'alcool ou aux médicaments (Brosnahan, 1988).

Dans une même perspective, Kissel et Roux (1989) font référence à une étude de Pucino et coll. qui révèle des données intéressantes sur les réactions adverses associées à la polymédication. Lorsqu'il y a 5 médicaments et moins, ces réactions sont de 4 %. Elles atteignent 10 % entre 6 et 10 médicaments et cumulent à environ 30 % lorsque la personne consomme entre 11 et 15 médicaments.

De plus, les personnes âgées hébergées en centres d'accueil ou en centres hospitaliers de soins prolongés sont considérées comme une population à risque élevé pour développer une toxicomanie iatrogène. Par exemple, Mishara (1990) souligne que 28 % des personnes de 70 ans et plus reçoivent une dose quotidienne de 30 mg ou plus de sédatifs hypnotiques. De ces mêmes personnes, 40 % en vivraient des effets indésirables.

Un dernier profil de consommation de médicaments s'apparente à la chronicité observée au niveau de l'alcoolisme. La personne âgée, souvent une femme, surconsomme une même catégorie de médicaments depuis de très nombreuses années ou en est venu à substituer un problème d'alcool à un problème de pilules. Elle a développé une très forte dépendance aux psychotropes et tout un style de vie qui justifie la poursuite de cette consommation. Elle n'a pas particulièrement de pathologies médicales. Il arrive cependant qu'elle ait des antécédents ou un suivi psychiatriques. Le recours aux psychotropes permet d'anesthésier une réalité difficile à vivre sur le plan émotionnel et relationnel.

Qu'en est-il de la situation des services dispensés aux personnes âgées qui éprouvent des difficultés de fonctionnement consécutives à leurs consommations d'alcool et/ou de médicaments? C'est à cette question que la prochaine section s'attardera.

## 1.4 LES SERVICES

### 1.4.1 Les attitudes à l'égard de la clientèle

Rathbone-McCuan et coll. (1987) considèrent que les intervenants s'interrogent fréquemment sur le pourquoi d'intervenir auprès des personnes âgées qui ont un problème d'alcoolisme. Par ailleurs, bien que parfois déplorée, la surconsommation de médicaments est perçue comme une réalité justifiée par une condition précaire de la santé. Dans une certaine mesure elle est perçue ultimement comme la «rançon de la vieillesse» (Barbeau, 1980).

Devant la personne âgée qui boit, on entend des réflexions du type «laissez-les donc vivre comme ils l'entendent, pour le peu d'années qui leur reste à vivre» ou «boire c'est le

seul plaisir qui leur reste» ou «ils sont trop vieux pour changer» ou «ils ne sont pas capables de profiter d'un traitement spécialisé». Nous pourrions ainsi poursuivre l'énumération.

Ce qui se dégage de ces perceptions est une profonde attitude d'**âgisme**; soit une discrimination préjudiciable fondée sur l'âge. Cet âgisme représente une source d'abus et de négligences de toutes sortes ainsi qu'une des entraves les plus importantes pour offrir des services de qualité à cette population. Aucun développement de services, aucune mobilisation ou concertation de ressources ne peuvent pallier à ce type d'attitudes. À cet effet, le Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées (MSSS, 1989) souligne:

*«...en toile de fond des causes d'abus, c'est la place que notre société réserve aux personnes âgées, la perception et la marginalisation du vieillissement qui doivent être remises en question en premier lieu.» (p.63)*

À cet âgisme, s'ajoute également des attitudes préjudiciables du type «qui a bu, boira» ou «il n'a qu'à cesser de boire et les problèmes vont disparaître». Ces attitudes reflètent une conception très morale de l'alcoolisme et font obstacle à la démarche d'être aidé. Avant même d'être perçu comme une dépendance ou une maladie, l'alcoolisme aurait donc encore tendance à être perçu comme un profond stéréotype préjudiciable fondé sur la simple consommation excessive d'alcool (**alcoolisme**).

C'est ainsi qu'ultimement, une des clientèles les plus susceptibles de subir les contrecoups du jugement social est la femme, âgée et alcoolique pour la *trilogie discriminatoire* que représentent le **sexisme**, l'**âgisme** et l'**alcoolisme**. L'image publique qui en résulte parfois peut être associée au spectre de la mort vivante (Rowan, 1984).

#### 1.4.2 Les besoins de services adaptés

Recevoir de l'aide n'équivaut pas toujours à une prestation de services. C'est notre contexte de forte médication de la santé des personnes âgées ainsi qu'un contexte social axé sur la consommation de biens et de services qui a transformé, aux yeux des dispensateurs de services, les personnes âgées en *clientèles*.

Pour les personnes âgées actuelles, recevoir de l'aide peut s'exprimer dans une foi fervente. En effet, la littérature montre que la prière représente le comportement adaptatif le plus fréquemment utilisé chez les personnes âgées (Koenig et coll. 1988). Cette peut venir également du support de l'entourage et particulièrement de la famille, principale dispensatrice d'aide et de support à la personne âgée.

Pour un certain nombre de personnes âgées, ces ressources peuvent être suffisantes pour permettre l'ajustement nécessaire. Pour d'autres cependant, les ressources peuvent être inexistantes, insuffisantes ou en train de s'épuiser et nécessiter d'avoir recours à une aide professionnelle ou non-professionnelle.

Vandeputte (1989) considère qu'il n'y aucune raison pour que les personnes âgées aux prises avec un problème de toxicomanie n'aient pas le droit de recevoir la même diversité de services que reçoivent les populations plus jeunes aux prises avec les mêmes problèmes. Il souligne cependant l'importance de leur offrir une aide adaptée.

À cet effet, Robertson (1989) fait le recensement des motifs exprimés dans la littérature qui justifient l'utilisation d'approches spécifiques pour venir en aide aux personnes âgées ayant des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux médicaments. C'est ainsi qu'il souligne les points suivants:

1. **Les personnes âgées actuelles ont été élevées dans un contexte où on gardait ses problèmes pour soi;**
2. **Ces cohortes de citoyens n'appartiennent pas à la culture de «thérapie» et elles ne demandent pas d'aide;**
3. **La dépression, les pertes et le deuil qui s'en suivent sont des thèmes majeurs qui les caractérisent;**
4. **De multiples problèmes de santé rendent plus complexe et plus longue l'évaluation;**
5. **Les personnes âgées représentent les plus grands consommateurs de psychotropes;**
6. **Le vieillissement crée une diminution des fonctions de base de l'organisme et accentue l'effet dépressif de substances tel l'alcool;**
7. **Le déni est particulièrement difficile à contrer avec la clientèle âgée ainsi qu'avec leur famille;**
8. **La plupart des centres de traitement et des maisons de transition n'acceptent pas les personnes de 65 ans et plus;**
9. **Les buveurs tardifs n'ont pas d'alternatives de traitement;**
10. **La clientèle âgée en traitement non spécifique présente un taux de refus de séjour très élevé.**

Tous ces facteurs militent donc en faveur de considérer et d'aborder cette clientèle différemment des clientèles plus jeunes. Cette ouverture à répondre d'une façon spécifique à son caractère distinct est en accord avec la littérature en toxicomanie. Celle-ci met en évidence la stratégie d'appariement des clientèles comme un des principaux facteurs responsables de l'efficacité de traitement (McLellan et coll., 1980).

Par ailleurs, à parcourir la littérature dans le domaine de l'intervention en gérontoxicomanie on constate que la valeur pronostique de cette clientèle s'avère relativement élevée dans la mesure où certaines conditions soient respectées. La principale condition identifiée est celle d'adapter l'intervention aux conditions particulières et aux besoins spécifiques de cette clientèle. (Mishara et Reidel, 1989; Rathbone-McCuan et coll. 1987; Schuckit et coll. 1987; Zimberg 1987, Vandeputte, 1989).

Dans la même perspective, plusieurs auteurs (Elson, 1989; Kola et Kosberg, 1981; Létourneau et coll., 1987; Rathbone-McCuan & Hashimi, 1982), soulignent l'importance d'agir d'une façon concertée et en réseau pour venir en aide à cette clientèle. Les situations sont souvent lourdes, complexes et exigeantes dans le temps. Chaque type d'intervenants assume des fonctions spécifiques dans l'une ou l'autre des étapes que représentent le dépistage, la désintoxication, l'évaluation, le traitement et le suivi. Une telle concertation de ressources a été activée et évaluée en 1986 dans la région de Montréal lors d'une expérimentation en mini-réseau (Létourneau et coll., 1987).

Suite à des pressions de groupes de personnes âgées, des programmes d'intervention en gérontoxicomanie ont été développés, surtout aux États-Unis. Plusieurs font maintenant office de leader dans leur champ d'expertise respectif (Dupree et coll., 1984; Glassock, 1980; Létourneau et coll., 1987; Rathbone-McCuan et coll., 1987; Saunders, 1988; Williams, 1984; Zimberg, 1987). Ces programmes mettent l'accent sur le support communautaire, la concertation des ressources, l'implication de la famille, les mesures de dépistage, une évaluation appropriée, le besoin de ressources en réadaptation interne et en hébergement, ainsi que sur la continuité de l'intervention.

Les initiatives sont quasi inexistantes au Québec en matière de traitement en gérontoxicomanie. Le Centre d'accueil Domrémy-Montréal a déjà offert pendant plusieurs années un programme de réadaptation interne adapté à la population âgée autonome. Le Groupe Harmonie, qui fait l'objet de la présente étude, est souvent considéré comme la seule ressource orientée spécifiquement dans le domaine de la réadaptation de la clientèle âgée présentant des problèmes d'alcool et/ou de médicaments.

Il est à noter cependant que des initiatives ont été amorcées depuis quelques années en rapport au contrôle du régime thérapeutique (ex.: Hôpital Charles-Lemoyne; DSC Verdun; DSC Maisonneuve-Rosemont), à la démedicalisation en milieu institutionnel (ex.: CA de Lachine, Sanatorium Bégin) ou à la prévention d'un mésusage de médicaments par la promotion de la santé (ex.: DSC de l'Outaouais). De plus, plusieurs études ont été conduites et de nombreux articles scientifiques ont été écrits particulièrement sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées.

À la lumière des demandes croissantes de formation en gérontoxicomanie, il semble se dégager de plus en plus un besoin d'être instrumenté sur le plan de la connaissance et des habiletés pour mieux intervenir auprès de la clientèle âgée aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Il devient donc nécessaire de fournir des orientations et des contenus de programme pouvant servir à développer des stratégies pour répondre aux besoins variés de cette clientèle.

Malheureusement, la situation actuelle oblige à faire le constat que la clientèle âgée aux prises avec des problèmes d'alcool et de pharmacodépendance demeure massivement sans services adaptés. Elle virevolte souvent entre le cabinet du médecin, l'urgence des hôpitaux lorsque la situation de crise se présente et l'hospitalisation en psychiatrie lorsque les états confusionnels sont dominants.

### 1.4.3 Le syndrome de la porte tournante <sup>1</sup>

Les données recueillies concernant l'utilisation que font ces clientèles des services de premières lignes (Vermette, 1988) semblent montrer ce qu'on pourrait qualifier de *Syndrome de la porte tournante*. Ce syndrome se vit de trois façons bien distinctes.

La première est caractérisée par un dépistage tardif donnant lieu à un état de crise et nécessitant une référence en salle d'urgence ainsi qu'une intervention à très court terme afin d'atténuer les symptômes observés. La personne est rapidement retournée à domicile sans avoir fait l'objet d'une investigation clinique plus poussée. La personne âgée se retrouve ainsi seule dans toute sa vulnérabilité, susceptible de s'intoxiquer à nouveau et de retourner en salle d'urgence. Cette situation a été documentée lors d'une étude sur la concertation, en mini-réseau, de différents établissements de la région de Montréal, offrant des services à une clientèle âgée inscrite à un programme d'intervention communautaire en gérontoxicomanie (Létourneau, Vermette et Barbeau, 1987).

La deuxième expression de ce syndrome est plus subtile. Elle se vit dans le contexte de forte medicalisation de la santé des personnes âgées et de négation associée à une

conception traditionnelle de l'alcoolisme. La personne âgée vit alors des problèmes de santé reliés à ses consommations d'alcool. Elle consulte un ou plusieurs médecins sans toutefois le ou les informer sur la nature de ses consommations. Il lui est prescrit une médication qui par l'interaction avec l'alcool et l'impact d'autres habitudes de vie provoque ou entretient des symptômes qui, sans nécessairement amener une situation de crise, obligent à consulter de nouveau un médecin.

La dernière expression du *syndrome de la porte tournante* se vit dans l'intimité du milieu familial. Jusqu'ici la personne âgée était celle qui entretenait ce mouvement d'aller et de retour sporadique. Maintenant, ce sont les membres de la famille, et surtout des filles, qui offrent souvent un support indéfectible à leur parent aux prises avec un problème d'alcool ou de médicaments. Elles tentent d'atténuer les méfaits de l'intoxication passagère et de remettre le parent et son domicile en bonne condition afin que rien ne paraisse. Elles entretiennent, en conséquence, une conspiration du silence en adoptant, par respect, par obligation ou par honte, le déni du parent face au problème de consommations. La porte du domicile s'ouvrira et se refermera à maintes reprises et l'enfant y aura vécu toutes les gammes d'émotion, oscillant entre la souffrance et l'espoir, sans toutefois demander de l'aide.

Pour contrer ce syndrome de la porte tournante et pour offrir des services adaptés, il est important de développer des alternatives. Pour se faire, les interventions doivent tenir compte de l'utilisation des capacités résiduelles de la personne, de ses capacités de développer de nouvelles compétences ainsi que d'une spiritualité souvent très présente et négligée. De plus, les interventions doivent faciliter une centration dans l'instant présent et une utilisation des stimuli de l'environnement.

C'est un mythe de croire que les personnes âgées ne peuvent modifier leurs attitudes et leurs styles de vie dans un processus de changement. À n'importe quel âge une personne peut agir pour améliorer sa qualité de vie et retrouver le sens de sa dignité.

<sup>1</sup> Tiré d'un texte inédit: Vermette (1989), *Vieillir, avoir un problème d'alcool et en sortir...vivant*.

## 2. MÉTHODOLOGIE

2.1	TYPE D'ÉTUDE	23
2.2	LES VARIABLES MESURÉES	24
2.3	LA POPULATION REJOINTE POUR L'ÉTUDE DESCRIPTIVE	26
2.4	L'ÉCHANTILLON RETENU POUR L'ÉTUDE D'IMPACT	26
2.5	LA CUEILLETTE DES DONNÉES	27
2.6	L'ANALYSE DE DONNÉES	28

## 2. MÉTHODOLOGIE

### 2.1 TYPE D'ÉTUDE

L'intervention auprès de personnes âgées ayant des problèmes reliés à l'abus d'alcool ou de médicaments est étudiée ici sous trois perspectives convergentes qui résultent de l'application de trois moyens d'étude complémentaires:

- **perspective descriptive**, basée sur la constitution d'une banque de données obtenues lors d'une enquête par questionnaire auprès de clients bénéficiaires de services du CLSC Métro;
- **perspective formative**, fondée sur des observations à l'intérieur du milieu d'intervention;
- **perspective évaluative**, élaborée à partir de comparaisons entre les conditions de vie des clients avant et après une période d'intervention de douze mois, ainsi que sur la base de comparaisons entre les cheminements de clients du Groupe Harmonie et ceux du Programme SSD du CLSC Métro.

La perspective descriptive vise à fournir une définition des caractéristiques de la population cible qui soit plus complète et plus fine que les données générales des études épidémiologiques habituelles.

La perspective formative a pour but de fournir des éléments précis permettant de dresser un bilan des forces et des limites du mode d'intervention élaboré par le Groupe Harmonie.

Enfin, la perspective évaluative a pour objectif de préciser les impacts spécifiques de l'aide bénévole dans ce champs particulier d'intervention.

Il est important de souligner que des procédures d'échantillonnage statistique conventionnelles ne sont pas directement applicables ici. Dans une recherche comme la présente, qui se réalise parallèlement à des activités d'intervention et qui porte sur les caractéristiques de la clientèle, le nombre des sujets est forcément limité par la capacité de l'établissement à offrir des services.

Bien entendu, la population ciblée n'est que partiellement rejointe. Nous ne sommes pas en mesure d'indiquer de façon catégorique quelle proportion de personnes âgées souffre de problèmes reliés à l'abus d'alcool ou de médicaments, tant dans la population

générale que sur un territoire limité comme celui qui est desservi par le CLSC Métro. En terme de mesure de prévalance du problème, nous devons nous fier à des estimations provenant de données épidémiologiques générales ou d'autres études dans des milieux différents.

Parmi la clientèle desservie, certaines personnes ne seront pas aptes ou ne seront disposées à collaborer avec les enquêteurs. De plus, il faut s'attendre à une perte des effectifs de cette clientèle très hypothéquée sur le plan de la santé: déménagements, hospitalisations et décès viendront réduire le nombre de sujets qui seront rejoints à la fin de la période d'observation.

En raison de ces difficultés majeures à constituer des échantillons numériquement importants, nous avons pris en considération les conseils de gérontologues américains qui ont élaboré des consignes pour établir la validité des études auprès des «populations restreintes» (KALTON, 1989).

Les données numériques qui seront présentées dans la présente étude doivent être considérées comme spécifiques aux clientèles effectivement rejoints. Nous ne prétendons aucunement que ces clientèles soient représentatives de la population âgée en général ou d'un segment de celle-ci. Nous entendons cependant présenter un portrait fidèle de cette clientèle et de jauger l'impact des interventions auprès de celle-ci.

## 2.2 LES VARIABLES MESURÉES

Les variables servant à la constitution d'un profil descriptif de la clientèle et à l'évaluation de l'impact des interventions se regroupent ainsi:

- **Facteur socio-démographique**, regroupant les variables associées à l'âge, au sexe, à la langue, au statut social, au revenu et au logement;
- **Facteur de santé physique** regroupant les variables relatives à la perception subjective de l'état de santé générale ;
- **Facteur de bien-être** correspondant aux 18 questions du *Life Satisfaction Index* de Neugarten et coll. (1961, version LSI-A), ainsi qu'à une question sur le pouvoir que les gens s'attribuent concernant leur degré de contrôle sur leur vie et à deux questions concernant le degré de satisfaction de la vie qu'ils mènent et leur niveau perçu de stress ;

- **Profil des habitudes de vie** (NESTARx), élaboré par les auteurs de la présente étude, et regroupant les variables relatives à la nutrition, l'exercice, le sommeil, le tabac, l'alcool et les médicaments (ce profil a été élaboré en considérant la consommation d'alcool comme une activité faisant partie de l'ensemble des habitudes de vie d'une personne afin de réduire les fortes résistances ou la rencontres chez les personnes âgées lorsqu'on leur demande de parler de leurs consommations d'alcool);
- **Inventaire des médicaments en sa possession**: nature du médicament consommé, catégorie pharmaceutique, posologie, motif de consommation et durée de la consommation (questionnaire fourni par le Centre de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas, portant sur «la consommation de médicaments et les facteurs psychosociaux chez les personnes âgées»);
- **Caractéristiques du réseau de support**: effectifs et taille des réseaux de support, ainsi que la fréquence des contacts personnels et téléphoniques ;
- **Mesure d'appréciation des services rendus** comportant la fréquence des services offerts par les différents types d'intervenants impliqués, ainsi que le degré d'appréciation de la nature et de la fréquence de ces services
- **Mesure d'attitudes** représentant une appréciation qualitative des attitudes du bénéficiaire lors de l'entrevue du pré-test.
- **Mesure de l'autonomie fonctionnelle** correspondant au *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF de Hébert et coll., 1984);
- **Mesure de fonctionnement mental** correspondant au *Global Assessment Scale* (Endicott et coll., 1976);
- **Mesure de dépendance aux drogues** correspondant au *Abuse Situation Scale* (Holsten & Wool, 1980);
- **Mesure d'affiliation sociale** correspondant au *Social Belonging Scale* (Holsten & Wool, 1980), spécifique à la population ayant développé une dépendance aux drogues;

L'ensemble de ces variables sont présentées dans le questionnaire administré aux bénéficiaires participant à l'étude (voir annexes 1 et 2).

Des versions française et anglaise du questionnaire ainsi que des quatre mesures d'évaluation globale ont été nécessaires afin de tenir compte des différences linguistiques de la clientèle rejointe. Les versions françaises du questionnaire ainsi que celle des trois mesures globales (Fonctionnement mental, Abus des drogues et Affiliation sociale) ont été réalisées par une traductrice professionnelle, puis révisées et corrigées par des cliniciens bilingues. La version française de l'Échelle de Neugarten et la version anglaise du Système

de mesure de l'autonomie fonctionnelle étaient cependant déjà disponibles dans la littérature scientifique au moment de l'étude.

### 2.3 LA POPULATION REJOINTE POUR L'ÉTUDE DESCRIPTIVE

L'ensemble de la clientèle inscrite au Groupe Harmonie durant la période s'étendant d'octobre 1988 à avril 1989, ainsi que les clients du Programme SSD identifiés en octobre 1988 par les intervenants de ce service, constituent en tout 48 cas. Les caractéristiques collectives de cette clientèle rejoindront principalement à élaborer un profil descriptif de la clientèle.

### 2.4 LES ÉCHANTILLONS RETENUS POUR L'ÉTUDE D'IMPACT

En novembre 1988, 19 clients avaient un dossier actif au Groupe Harmonie. Ces clients ont été contactés et 18 d'entre eux ont accepté d'être rencontrés pour un pré-test dans le cadre de l'étude; le seul refus a été justifié par une hospitalisation du client. Ces 18 clients ont été regroupés sous l'appellation «**Groupe Harmonie**».

À la même période, un regroupement pour fins de comparaison a été constitué à partir de la clientèle desservie par le Programme SSD du CLSC Métro mais non-desservie par le Groupe Harmonie. Ces personnes devaient être identifiées par leur intervenant principal comme ayant un problème de consommation d'alcool ou de pharmacodépendance et étaient susceptibles d'être référées, au cours de l'année, au Groupe Harmonie. Le groupe de comparaison initial, appelé «**Programme SSD**», est constitué des 18 clients qui ont répondu au questionnaire de l'étude lors de la passation du pré-test.

Pour ces deux échantillons de clients, le pré-test s'est échelonné du 11 novembre au 6 décembre 1988 et le post-test du 10 novembre au 6 décembre 1989.

Au moment du post-test, douze mois après le début de la collecte des données, les effectifs de l'échantillon du Groupe Harmonie et ceux de l'échantillon du Programme SSD ne sont plus que de 15 et 13 clients, respectivement. Ce déclin des effectifs est attribuable à cinq clients qui sont décédés au cours de la période, et à trois clients qui n'ont pu être rejoints en raison de déménagement, d'institutionnalisation ou de détérioration mentale. De plus, durant la période d'observation, deux clients du Programme SSD ont été référés au Groupe Harmonie; lors de l'étude d'impact, ils ont été considérés comme faisant partie de l'échantillon du Groupe Harmonie. Les effectifs des deux échantillons lors du post-test sont donc de 17 clients pour le Groupe Harmonie et de 11 clients pour le Programme SSD.

Un troisième regroupement, identifié par l'appellation «**Harmonie 2**», a été constitué de 12 clients qui ont été référés au Groupe Harmonie entre novembre 1988 et mai 1989. Ceux-ci ont été ajoutés à la population considérée dans l'étude descriptive de la clientèle; pour ce regroupement de clients, la passation du pré-test a eu lieu entre le 26 avril et le 5 mai 1989 et le post test six mois plus tard. Étant donné que l'étude d'impact porte sur la clientèle qui a bénéficié d'interventions durant une période de douze mois, les clients regroupés sous cette appellation ne seront pas inclus dans l'étude d'impact.

### 2.5 LA CUEILLETTE DES DONNÉES

Une approche personnalisée a été retenue afin de réduire l'insécurité des personnes âgées contactées et maximiser leur participation. Une lettre contresignée par le responsable de l'étude et la coordinatrice du Programme SSD (annexe 3) fut rédigée et son envoi s'est fait graduellement afin de réduire le temps entre la réception de la lettre et la fixation d'un rendez-vous. Deux personnes expérimentées ont été engagées afin d'assumer la démarche de prise de contact et conduire les entrevues. Leur nom était mentionné dans la lettre initiale et elles devaient s'identifier lors de l'appel téléphonique en plus d'avoir en leur possession cette lettre lors de la visite à domicile. Les personnes qui ont accepté de participer à l'étude ont signé un formulaire à cet effet (annexe 3).

L'approche personnalisée a permis d'identifier quelques problèmes. Par exemple, certains clients recueillent leur courrier d'une façon sporadique, d'autres s'absentent fréquemment de leur logement ou n'ont pas le téléphone. Quelques-uns ont donc fait l'objet d'une visite sans appel téléphonique. Il est à noter également que dans quelques cas les interviewers ont dû tenir l'entrevue à deux par mesure de sécurité, la clientèle habitant parfois dans des lieux malsains ou adoptant des comportements anti-sociaux (sous l'effet ou non de substances psychotropes). Mais, dans l'ensemble, ces difficultés ont été très rares. La clientèle a, généralement, offert une très bonne collaboration à l'étude.

L'étude du processus d'intervention a été possible grâce à la collaboration des intervenants du CLSC Métro et à celles des responsables et bénévoles du Groupe Harmonie. Agissant comme observateur et interlocuteur au sein de l'établissement, il lui a été possible d'amasser une quantité importante d'observations sur le cheminement de la clientèle et la dynamique du processus d'intervention durant une année. Les données utilisées ont été recueillies au moyen de techniques d'observation participante, appliquées aux différentes activités du programme: rencontres bimensuelles des bénévoles, activités de formation, activités de stages, études de cas, rencontres inter-services, rencontres individuelles avec la coordination et les bénévoles, rencontres du conseil d'administration.

Des fichiers informatisés ont été constitués afin de consigner les données recueillies de la passation du questionnaire aux moments du pré-test et du post-test ainsi que pour noter les caractéristiques du cheminement de la clientèle durant la période d'observation. Les chercheurs utilisant des ordinateurs MacIntosh, ils se sont servi du logiciel Filemaker II® pour la constitution de ces fichiers.

Consécutivement à la passation du pré-test, un examen systématique des données consignées dans les dossiers du CLSC Métro et ceux du Groupe Harmonie a été entrepris. Ceci a permis de recueillir des renseignements sur la nature et la fréquence des services rendus par le Groupe Harmonie et par le Programme SSD, ainsi que par le programme de psychogériatrie durant toute la période d'observation.

Soulignons, finalement, qu'afin de respecter le mode d'intervention du Groupe Harmonie, les bénévoles ont continué à utiliser les mêmes formulaires de rapport d'entrevue. Un travail de compilation de ces données manuscrites a été fait au niveau de la coordination du Groupe Harmonie, ce qui grandement facilité l'analyse de ce genre de données.

## 2.6 L'ANALYSE DES DONNÉES

La présente recherche comporte une double stratégie d'analyse: les données numériques y sont analysées au moyen des méthodes statistiques appropriées et les données qualitatives ont été examinées au moyen d'une grille d'évaluation précisant les différentes composantes du mode d'opération d'un tel type de programme.

Pour l'analyse des données numériques, nous avons utilisé les logiciels Excel® et StatView®. Des compilations univariées de chacune des variables et des comparaisons entre résultats obtenus au pré-test et post-test pour les deux regroupements de clients ont été produites.

Le nombre de sujets rejoints étant trop faible, il n'a pas été possible de procéder à des analyses multivariées poussées, telles que des mesures d'association entre les variables ou des test d'écart entre des moyennes de sous-groupes. Cependant, à titre indicatif, des comparaisons ont été faites entre les valeurs observées au pré-test et au post-test pour certaines variables globales, de même qu'entre les deux regroupements de clients.

Afin de faciliter l'analyse des données qualitatives, tous les éléments d'observation ont été compilés à l'aide du logiciel de traitement de texte Word®, de Microsoft. Des fichiers thématiques ont été constitués, ce qui a facilité l'analyse de contenu sur laquelle se base l'étude du fonctionnement du Groupe Harmonie et le cheminement de sa clientèle.

## 3. PROFIL DE LA CLIENTÈLE

3.1	LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	31
3.1.1	L'âge et le sexe	32
3.1.2	Le statut civil	33
3.1.3	La langue	35
3.1.4	La scolarité	36
3.1.5	Le revenu	36
3.1.6	Le logement	37
3.2	LA SANTÉ PHYSIQUE	38
3.3	L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE	39
3.3.1	Les activités de la vie quotidienne	40
3.3.2	La mobilité	41
3.3.3	La communication	41
3.3.4	Les fonctions mentales	42
3.3.5	Les tâches domestiques	43
3.3.6	Indice global de la sévérité des incapacités	44
3.4	LA SANTÉ MENTALE	44
3.4.1	La mesure des attitudes	44
3.4.2	Le bien-être psychologique	45
3.4.3	Le fonctionnement global	47
3.5	LES HABITUDES DE VIE (NESTARx)	47
3.5.1	La nutrition	47
3.5.2	L'exercice physique	48
3.5.3	Le sommeil	48
3.5.4	Le tabac	49
3.5.5	L'alcool	49
3.5.6	Les médicaments prescrits	52
3.5.7	Les médicaments non-prescrits	54
3.6	LES CARACTÉRISTIQUES DU RÉSEAU DE SUPPORT	54
3.6.1	La famille	55
3.6.2	L'entourage	56
3.7	L'UTILISATION DES RESSOURCES	56

### 3. LA DESCRIPTION DE LA CLIENTÈLE

La population dont nous décrivons les caractéristiques dans ce chapitre regroupe l'ensemble de la clientèle faisant partie de l'étude. Nous la considérerons comme étant la **clientèle cible**. Elle est composée de la clientèle inscrite au programme Harmonie durant les six premiers mois de la période d'observation ainsi que de celle ayant constitué, en début d'étude, le groupe de comparaison. Des distinctions entre ces deux groupes pourront être apportées dans le chapitre traitant de l'étude d'impact.

L'élaboration du profil descriptif de la clientèle cible provient principalement des données recueillies lors de la passation du pré-test. Des données relatives au fonctionnement global de la clientèle viennent compléter ces données. Ces dernières ont été obtenues durant la même période de temps lors d'une entrevue structurée avec l'intervenant principal de chacun des clients.

Le profil descriptif de la clientèle cible comporte les caractéristiques socio-démographiques, l'état de santé physique, le degré d'autonomie fonctionnelle, l'état de santé mentale, la nature des habitudes de vie, les caractéristiques du réseau de support ainsi que l'utilisation des ressources formelles. Il est à noter que les pourcentages et les proportions qui sont identifiés tout au long de ce chapitre doivent être pris avec circonspection compte tenu du faible nombre de personnes faisant partie de l'étude. Ils ne servent qu'à donner un ordre de grandeur des caractéristiques et des différences obtenues dans le profil de la clientèle cible.

83 % (48 personnes) des clients sélectionnés ont accepté de participer à l'étude et ont complété le questionnaire du pré-test. Le taux de participation à de telles études est habituellement inférieur. Par exemple, l'étude de Gagnon (1984) conduite auprès d'une clientèle distribuée sur l'ensemble du territoire du DSC de l'Hôpital général de Montréal obtient un taux de participation de 78 %. La présente étude couvre seulement le territoire du Montréal-Métro à l'intérieur duquel on s'attendrait à observer une clientèle plus détériorée et, en conséquence, moins désireuse et moins apte à participer à des études de ce type.

#### 3.1 LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les tableaux 1 à 3 présentent les caractéristiques socio-démographiques de la clientèle cible. Elles sont comparées avec celles de deux études conduites sur le même territoire par le Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal.

L'étude de Gosselin (1987) est conduite auprès d'un échantillon aléatoire de clients inscrits au Programme SSD du CLSC Métro et vise à mieux comprendre la problématique de l'insécurité chez les personnes âgées. L'étude de Gagnon (1984) concerne les caractéristiques d'une clientèle inscrite au même programme et identifiée par les intervenants comme ayant des problèmes d'alcool.

### 3.1.1 L'âge et le sexe

La moyenne d'âge de la clientèle cible est de 73 ans (75 ans pour les femmes et 71,6 ans pour les hommes) et la distribution va de 53 ans à 89 ans. Une personne fait exception à la règle du minimum de 60 ans d'âge. 47,9 % de la clientèle cible est âgée de 75 ans et plus et nous retrouvons un nombre presque égal d'hommes (25) et de femmes (23) dans l'ensemble de l'échantillon.

Les hommes constituent donc 52,1 % de la clientèle cible alors qu'ils ne représentent que 19,9 % de la clientèle du Programme SSD du CLSC Métro. Cette situation peut s'expliquer par une prévalence beaucoup plus forte des problèmes d'alcool chez les hommes, telle qu'observée lors d'enquêtes nationales. L'étude de Gagnon obtient à peu près le même pourcentage (44,6 %) dans son échantillon de personnes alcooliques du Programme SSD du CLSC Métro.

Compte tenu que la présente étude s'intéresse aux problèmes de pharmacodépendance en plus des problèmes d'alcoolisme et que les femmes sont considérées comme ayant davantage de problèmes de consommation de médicaments, on se serait attendu à une proportion plus élevée de femmes dans la clientèle cible. Il est vrai que celle-ci est composée en très bonne partie de personnes âgées qui ont été référées à un programme en toxicomanie (Groupe Harmonie) et que les intervenants ont peut-être plus de réticence à référer des femmes à un tel programme. À titre indicatif, il est intéressant de noter que la proportion d'hommes inscrits au Groupe Harmonie lors de l'expérimentation en mini-réseau, conduite en 1986, était de 74,6 %!

Les différences entre hommes et femmes seront à considérer dans la description des autres composantes du profil de la clientèle.

TABLEAU 1  
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES  
DE LA POPULATION CIBLE COMPARÉES À CELLES  
DES ÉTUDES DE GAGNON ET GOSELIN

	Présente étude (48)	Gagnon (56)	Gosselin (201)
<b>ÂGE</b>			
60-74	45,8 %	-	30,9 %
75 et plus	54,2 %	-	69,1 %
<b>SEXE</b>			
Femmes	47,9 %	55,4 %	80,1 %
Hommes	52,1 %	44,6 %	19,9 %
<b>ÉTAT CIVIL</b>			
Célibataire	34,0 %	37,5 %	37,3 %
Mariée	<b>06,4 %</b>	19,6 %	11,4 %
Veuve	34,0 %	26,8 %	40,8 %
Séparée/divorcée	25,5 %	16,1 %	10,5 %

### 3.1.2 Le statut civil

Dans le tableau 1 on constate que la clientèle cible est séparée/divorcée dans une proportion de 25,5 %. Ce qui est supérieur aux pourcentages obtenus dans les études de Gosselin et de Gagnon. Si on se réfère à l'ensemble de la population âgée du Québec, le taux de divorce/séparation se situe à 1,1 % (Statistiques Québec, 1986). Cette détérioration du tissu familial peut être compréhensible compte tenu de la nature du problème en cause. Lorsqu'ils évoluent d'une façon chronique, les problèmes d'alcool et de médicaments donnent lieu à de nombreuses tensions familiales et la séparation en résulte donc dans une proportion très significative. Par ailleurs, la proportion de personnes mariées (6,4 %) est considérablement plus faible que dans les deux autres études. Comme point de référence, il est bon de souligner que 52,9 % des personnes âgées au Québec sont mariées (Statistiques Québec, 1986).

TABLEAU 2  
ÉTAT CIVIL SELON LE SEXE

	FEMMES	HOMMES	TOTAL
Célibataire	5	11	16 (34,0 %)
Mariée	0	3	3 ( <b>06,4 %</b> )
Veuve	<b>14</b>	3	17 (34,0 %)
Séparée/divorcée	4	8	12 ( <b>25,5 %</b> )

Le tableau 2 montre cependant que le statut civil est très différent entre les hommes et les femmes de la clientèle cible. Les hommes sont deux fois plus nombreux à être célibataires ou séparés/divorcés. Par ailleurs, le veuvage est 4 fois plus fréquent chez les femmes et aucune de ces dernières n'a le statut de femme mariée.

La proportion élevée de femmes veuves et d'hommes séparés/divorcés révèle un contexte familial caractérisé par des pertes et une adaptation à celles-ci. Cette situation pourra être mise en relation avec la perception que la personne entretient à l'égard de son statut de personne seule ainsi qu'avec les caractéristiques de son réseau de support.

TABLEAU 3  
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES  
DE LA POPULATION CIBLE COMPARÉES À CELLES  
DES ÉTUDES DE GAGNON ET GOSELLIN

	Présente étude (48)	Gagnon (56)	Gosselin (201)
<b>MÉNAGE</b>			
à 1 personne	83,3 %	—	80,1 %
à ≥ 2 personnes	16,7 %	—	19,9 %
<b>LANGUE</b>			
Français	39,6 %	37,5 %	30,9 %
Anglais	52,1 %	51,8 %	52,2 %
Allophone	08,3 %	10,7 %	11,4 %
<b>SCOLARITÉ</b>			
0-7 années	<b>34,8 %</b>	12,8 %	22,1 %
8-12 années	41,3 %	48,7 %	59,3 %
13 et plus	<b>23,9 %</b>	12,8 %	18,6 %
<b>REVENU</b>			
< 10 000 \$	60,9 %	—	69,8 %
10 - 14 999 \$	10,9 %	—	17,0 %
≥ 15 000 \$	<b>28,2 %</b>	—	13,2 %

### 3.1.3 La langue

Tel que l'indique le tableau 3, 52 % de la clientèle cible est de langue anglaise. Ce qui apparaît similaire avec l'ensemble de la clientèle du Programme SSD et avec l'échantillon de l'étude de Gagnon. Cette situation linguistique impose ses contraintes et ses exigences au niveau de la composition et du fonctionnement des équipes d'intervenants et particulièrement de celle qui nous intéresse, soit le Groupe Harmonie.

Les allophones ne comptent que pour 8,3 % mais ils soulèvent comme groupe un questionnement croissant en regard des services offerts. Ils appartiennent à d'autres cultures, à des mentalités et des coutumes différentes, vivant souvent dans des groupuscules

sociaux et territoriaux. Leurs attitudes spécifiques à l'égard des services de santé amènent une variation aux niveaux des stratégies d'intervention. La barrière de la langue est parfois tout simplement infranchissable à moins d'avoir des intervenants ou des membres de l'entourage habilités à communiquer dans une même langue.

#### 3.1.4 La scolarité

Au tableau 3, la clientèle cible montre un niveau de scolarité très variable. Comparativement aux deux autres échantillons, on observe une proportion plus grande chez les moins scolarisés (34,8 %) et chez les plus scolarisés (23,9 %). Il y a donc une certaine polarisation des niveaux de scolarité qui dénote les origines socio-économiques et professionnelles très diverses des personnes âgées aux prises avec des problèmes d'alcool et de médicaments et vivant au centre-ville de Montréal. Les situations observées vont de l'analphabétisme d'anciens ouvriers à la forte spécialisation de détenteurs de doctorat ayant accumulé un profil de carrière impressionnant.

Tel que mentionné dans le chapitre 1, un alcoolisme ou une pharmacodépendance tardifs peuvent se manifester suite à des problèmes d'adaptation à des événements de vie majeurs. La documentation du cheminement de la clientèle a montré que plusieurs personnes très scolarisées et ayant exercé une carrière professionnelle avaient développé ou amplifié un problème de consommation suite à leur mise à la retraite. Les commentaires exprimés sont du type:

*«Lorsqu'on tombe, on tombe de plus haut»,*

*«En cessant de travailler, j'ai changé de statut. Je ne me sentais plus faire partie d'une élite».*

Il semble donc que le niveau de scolarité élevé et la carrière bien remplie ne soient pas garants d'une adaptation à cette période de transition de la vie.

#### 3.1.5 Le revenu

Les revenus étant associés au niveau de scolarité, il ne faut pas donc se surprendre que nous retrouvons dans notre échantillon une proportion de 28 % qui répondent avoir 15 000 \$ ou plus de revenu. Le tableau 3 montre que la clientèle du Programme SSD gagne le même revenu dans une proportion deux fois moindre (13,2 %). Les écarts importants obtenus dans le revenu de la clientèle cible accentue la polarisation des clientèles, observée plus haut, et nous met en situation de côtoyer la pauvreté et l'aisance.

Par ailleurs, 60, % de la clientèle cible gagne moins de 10 000\$. Nous serions portés à croire qu'une telle situation au niveau des revenus donne lieu à un contexte d'indigence et à un état de pauvreté, le prix du loyer laissant peu de marge pour la satisfaction des besoins de base. Le prix du loyer chez la clientèle économiquement la plus défavorisée est en moyenne de 265\$ et atteint jusqu'à 480\$, soit 57 % des revenus mensuels (si la personne gagne le maximum de sa catégorie, soit 10 000\$).

Objectivement, on constate qu'une grande proportion de la clientèle a un très faible revenu et peu d'argent pour subvenir à ses besoins de base après que son loyer soit payé. Cependant, il ne semble pas évident qu'ils se perçoivent pour autant pauvres et insatisfaits. La pauvreté est une notion beaucoup plus complexe que la simple référence à un revenu. C'est ainsi que 81,3 % de l'échantillon disent vivre confortablement ou très confortablement avec leur revenu.

Même si nous pouvons observer des indicateurs objectifs d'une certaine pauvreté, ils ne présagent donc pas nécessairement d'une expression de la misère humaine. Nous avons donc à être prudents sur les jugements de valeurs et les attitudes de pitié que peuvent entraîner les situations économiques et environnementales de personnes âgées. Comme le disaient certains témoignages:

*«Je n'ai jamais rien eu de ma vie, donc le peu que j'ai maintenant c'est beaucoup pour moi»*

*«J'ai peu de besoins à satisfaire »*

*«Je me contente de peu»*

*«Lorsqu'on a vécu la crise on a appris à se serrer la ceinture».*

*«Il faut apprendre à se détacher».*

#### 3.1.6 Le logement

Les générations actuelles de personnes âgées ont donc des valeurs et des attitudes à l'égard de l'argent et de la consommation qui peuvent se distinguer grandement de celles des plus jeunes. Il n'en demeure pas moins que la résultante est d'exercer de plus en plus de pressions sur la capacité de satisfaire les besoins de base et d'obliger une proportion d'entre elles à déménager afin de trouver un loyer à la mesure de leurs revenus.

Ce qui a ce chapitre donne lieu à une demande considérable de logements économiques et adaptés. 25 % de l'échantillon habitent d'ailleurs en HLM, alors que 70,8 % habitent en appartement. Par ailleurs, 19 % pensent à déménager dans un avenir prochain.

Le motif le plus fréquemment énoncé pour justifier le désir de déménager est de payer un loyer moins cher.

Il est à noter qu'aucun client n'habite dans une maison de chambre. Ce qui vient confronter la perception socialement stéréotypée du vieux chambreur pauvre et alcoolique du centre-ville. Ce type de clientèle existe mais ne correspond pas à la clientèle de la présente étude. En fait ce qui a été observé lors des entrevues avec la clientèle est la très grande diversité des milieux de vie, et cela, même dans un immeuble donné. Certains avec portier à l'entrée et belle allure pouvaient donner lieu à des contrastes inimaginables d'un appartement à l'autre.

Comme si dans les petits univers individualisés de ces immeubles impersonnels, la misère et la souffrance pouvait se déployer sans aucun soupçon. Vivre chez soi en toute intimité et en toute liberté, jusqu'au moment où la crise survient et les voisins ou la responsable de l'immeuble s'en trouvent alertés, outrés ou apeurés. La quiétude côtoie ainsi la souffrance, cette souffrance qui n'a souvent plus d'espoir de voir renaître la vie.

Les personnes constituant la clientèle cible vivent à Montréal depuis 49 ans en moyenne. Elles se disent à 77 % satisfaites ou très satisfaites de leur logement. 46,8 % d'entre elles vivent au logement actuel depuis au moins 6 ans. 47,8 % ont déménagé une fois ou pas du tout au cours des 10 dernières années. Une bonne proportion de la clientèle est donc très stable au niveau de leur milieu de vie. Par contre, 34,8 % ont déménagé trois fois ou plus durant la même période. Ces résultats démontrent donc deux profils distincts de stabilité. Il serait intéressant de mettre cette donnée en relation avec la manifestation de certains problèmes de santé.

### 3.2 LA SANTÉ PHYSIQUE

Compte tenu que la clientèle cible est habituellement inscrite au Programme SSD, compte tenu également du statut de personne seule largement observé, de l'âge moyen de la clientèle ainsi que de ses faibles revenus, nous serions portés à croire que cette clientèle se retrouve en situation de grande vulnérabilité au niveau de leur condition physique. Or, 52 % se disent en bonne ou en très bonne santé. Lorsqu'elles se comparent aux personnes de leur âge ce pourcentage augmente même à 62,4 %. En se comparant aux autres, les personnes interrogées auraient donc tendance à surévaluer leur condition physique. Ce qui n'est pas étranger à l'attitude fréquente chez les personnes âgées de percevoir les gens du même âge toujours plus vieux que soi-même.

Il est compréhensible en rapport à ce type de perceptions de l'état de santé qu'il y ait en conséquence 50 % des personnes âgées qui se disent pas du tout inquiètes en rapport à leur santé. Pourtant, lorsqu'il est question d'évaluer l'impact de la santé sur le fonctionnement général de la personne on constate que 63,8 % disent que leur santé les limite moyennement ou beaucoup dans leur fonctionnement quotidien. Il semble donc que même si la santé limite la personne dans son fonctionnement, cette limite ne représente pas en soi une préoccupation importante. Encore une fois, la personne âgée entretiendrait une perception d'elle-même qui facilite l'adaptation à la diminution progressive de ses capacités fonctionnelles.

Par ailleurs, si on se réfère aux données obtenues lors de la passation du post-test, on constate que 5 des 48 personnes, soit 10,4 %, sont décédées durant la période d'observation. Deux autres personnes sont également mortes dans le mois qui a suivi la fin de l'étude. Ce taux de morbidité très élevé fait contraste avec les perceptions dégagées plus haut sur l'état de santé. Cependant, ce taux est compréhensible compte tenu des problèmes de santé et de l'âge avancé d'une partie de la clientèle (47,9 % ont 75 ans et plus).

Cette situation nous reflète cependant avec beaucoup d'acuité l'étape de vie dans laquelle la personne âgée se voit engagée. La mort, la sienne ou celle des proches, se vit au quotidien et l'attitude fréquente de prendre une journée à la fois n'est pas sans penser que la vie peut basculer le lendemain. Cette proximité avec cette étape de vie qu'est la mort confronte les intervenants dans la nature même de l'aide à offrir.

### 3.3 L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

Le degré d'autonomie de la clientèle cible est évalué à l'aide du *Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF)*. Cet instrument d'évaluation est le fruit d'une démarche de synthèse et de bonification des outils existants dans le domaine et a été conçu par Hébert, Carrier et Bilodeau (Hébert, 1982; Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988). Il permet l'évaluation globale des besoins de la clientèle en mesurant leurs incapacités et handicaps dans les cinq grandes sphères de l'autonomie telles que reconnues par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1980) soit les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les tâches domestiques. Cet instrument a été choisi pour sa validité, sa clarté, son utilité sur le plan clinique et sa facilité de passation.

L'utilisation du SMAF a cependant été limitée, aux fins de l'étude, à l'identification des degrés d'incapacité et à la présence ou non de ressources pour tenter de pallier aux incapacités. La mesure d'intervalle entre les incapacités et les ressources existantes

identifie le degré de «handicap». Cette mesure d'appréciation semi-quantitative n'a donc pas été demandée aux intervenants qui ont complété l'instrument d'évaluation. Dans la perspective d'une utilisation clinique visant l'allocation de ressources, une telle mesure du handicap s'avère cependant nécessaire.

Le SMAF a été complété pour 93,7 % sujets à l'étude. Les trois données manquantes sont reliées au fait qu'aucun intervenant n'était impliqué au cours des trois derniers mois précédant le pré-test et ne pouvait porter un jugement sur le fonctionnement de ces personnes.

### 3.3.1 Les activités de la vie quotidienne

Ce champ d'activité concerne l'entretien de la personne. Il représente 11,0 % des incapacités observées dans l'ensemble des champs d'activité.

24 clients (54,5 %) montrent au moins une incapacité dans ce champ d'activité. Le degré moyen de l'incapacité de ces personnes pour l'ensemble du champ d'activité est de 14,9 % (3,1/21). Le tableau 4 présente la distribution des clients ayant au moins une incapacité par type d'activité:

TABLEAU 4  
FRÉQUENCE D'INCAPACITÉS PAR TYPE D'ACTIVITÉ  
ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

	(N)	Possèdent ressources pour pallier en partie ou en totalité
se nourrir	12	11
se laver	17	16
s'habiller	5	5
entretien de sa personne	10	9
continence vésicale	7	5
continence anale	3	3
utiliser les toilettes	0	s/o

À cinq reprises (sur 54, soit 9,2 %) on observe une absence de ressources pour pallier en partie ou en totalité à l'incapacité identifiée.

### 3.3.2 La mobilité

Ce champ d'activité représente 10,5 % de l'ensemble des incapacités observées. 17 clients (37,7 %) présentent au moins une incapacité dans l'ensemble du champ d'activité. Le degré moyen d'incapacité pour ce champ d'activité est de 23,2 % (4,2/18). La distribution se fait comme suit:

TABLEAU 5  
FRÉQUENCE D'INCAPACITÉS PAR TYPE D'ACTIVITÉ  
MOBILITÉ

	(N)	Possèdent ressources pour pallier en partie ou en totalité
transferts	0	s/o
marcher à l'intérieur	5	5
marcher à l'extérieur	16	10
installer prothèse ou orthèse	0	s/o
se déplacer en fauteuil roulant	5	3
utiliser les escaliers	13	11

À 10 reprises (sur 39, soit 25,6 %) on observe une absence de ressources pour pallier en partie ou en totalité à l'incapacité identifiée.

### 3.3.3 La communication

Ce champ d'activité représente le plus faible pourcentage de l'ensemble des incapacités observées (1,9 %). Neuf clients (20,0 %) présentent une incapacité ou plus dans l'ensemble du champ d'activité. Le degré moyen d'incapacité pour ce champ d'activité est de 8,5 % (8/9). La distribution se fait comme suit:

TABLEAU 6  
FRÉQUENCE D'INCAPACITÉ PAR TYPE D'ACTIVITÉ  
COMMUNICATION

	(N)	Possèdent ressources pour pallier en partie ou en totalité
voir	8	6
entendre	3	3
parler	0	s/o

À deux reprises (sur 11, soit 18,2 %) on observe une absence de ressources pour pallier en partie ou en totalité à l'incapacité identifiée.

### 3.3.4 Les fonctions mentales

37 sujets (82,2 %) ont au moins une incapacité au niveau de l'ensemble des fonctions mentales. Celles-ci s'avèrent la deuxième dimension la plus atteinte (21,0 %) sur le plan de l'autonomie fonctionnelle, après les tâches domestiques. Le degré moyen des incapacités pour l'ensemble de ce champ d'activité est de 21,3 % (3,2/15). Tel qu'illustré au tableau 7, le jugement et les comportements sont les deux activités les plus atteintes dans ce champs.

La clientèle cible étant une clientèle sélectionnée par les intervenants comme ayant un problème d'alcool et/ou de médicaments, les résultats obtenus ne sont pas surprenants. La consommation d'alcool et de médicaments peut facilement altérer le jugement et créer des problèmes de comportement chez les personnes âgées qui souffrent de carence alimentaire, de problèmes de santé et d'isolement. De plus, ces déficits soulèvent le problème des facteurs de risque associés.

TABLEAU 7  
FRÉQUENCE D'INCAPACITÉS PAR TYPES D'ACTIVITÉS  
FONCTIONS MENTALES

	(N)	Possèdent ressources pour pallier en partie ou en totalité
mémoire	19	17
orientation	12	11
compréhension	17	16
jugement	29	26
comportement	28	22

À 13 reprises (sur 105, soit 12,4 %), on observe une absence de ressources pour pallier en partie ou en totalité à l'incapacité identifiée.

### 3.3.5 Les tâches domestiques

Les tâches domestiques représentent le plus fort pourcentage de l'ensemble des incapacités observées (55,5 %). 41 sujets (93,2 %) démontrent une incapacité ou plus dans l'ensemble de ce champ d'activité. Le degré moyen d'incapacité pour ce champ d'activité est de 37,1 % (8,9/24).

Tableau 8  
FRÉQUENCE D'INCAPACITÉ PAR TYPE D'ACTIVITÉ  
TÂCHES DOMESTIQUES

	(N)	Possèdent ressources pour pallier en partie ou en totalité
entretenir la maison	36	33
préparer les repas	24	21
faire les courses	29	28
faire la lessive	33	32
utiliser le téléphone	9	6
utiliser les moyens de transport	22	20
prendre ses médicaments	18	16
gérer son budget	21	15

À 21 reprises (sur 192, soit 10,9 %), on observe une absence de ressources pour pallier en partie ou en totalité à l'incapacité identifiée. À l'exception des fonctions mentales, les tâches domestiques représentent, avec les activités de la vie quotidienne, les deux champs d'activité dont les besoins d'assistance sont les plus nombreux. Or, ils sont également ceux qui obtiennent le pourcentage le plus élevé de ressources pour pallier aux incapacités observées et aider ainsi la personne âgée à maintenir une autonomie fonctionnelle.

Le maintien à domicile implique donc l'assistance très concrète à l'autonomie fonctionnelle. On constate au tableau 8, que l'entretien de la maison, faire la lessive et faire les courses sont respectivement les trois tâches pour lesquelles les personnes âgées démontrent le plus d'incapacité et pour lesquelles un service est offert.

Il y a donc là, une orientation de l'intervention davantage axée sur la prestation de services plutôt que de soins. C'est ainsi, comme nous aurons l'occasion de le voir dans la section sur les ressources, que les auxiliaires familiales représentent le groupe d'intervenants offrant la plus grande quantité de services à l'ensemble du Programme SSD.

Par ailleurs, la famille s'avère être le principal dispensateur d'aide aux parents âgés. Par exemple, elle comblerait environ 75 % de leurs besoins reliés à l'organisation matérielle (MSSS, 1985). Il est estimé que le retrait de cette aide augmenterait de 34 % la demande de lits en centres d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers de longue durée et de 116 % la demande de ressources plus légères (MSSS, 1985). Le Programme SSD viendrait donc suppléer à l'absence ou à l'insuffisance du réseau familial ou social dans la prestation de ces services.

### 3.3.6 Indice global moyen de la sévérité des incapacités

À l'ensemble des activités évaluées, la sévérité des incapacités observées est de 20,2/87 (23,2 %). Ce qui peut paraître relativement peu élevé compte tenu que cette clientèle est considérée comme à risque. Malgré tout, il semble qu'elle soit en mesure, elle-même ou avec l'aide de son entourage immédiat, de satisfaire la majorité de ses besoins de base. Elle se maintient cependant dans une position de vulnérabilité où son autonomie peut considérablement se modifier dans un court laps de temps.

Une telle fragilité a été documentée dans le cheminement de la clientèle tout au long de la période d'observation. C'est ainsi qu'on observe chez la clientèle cible des situations d'abus dans 18,7 % des cas, de chutes et d'incontinence dans 23 % des cas. Ces facteurs de risque ne sont probablement pas étrangers au fait que durant la période d'observation les intervenants ont identifié un mésusage de médicaments chez 52,1 % (25) de la clientèle cible et une consommation d'alcool chez 66,7 % d'entre elle.

## 3.4 LA SANTÉ MENTALE

### 3.4.1 La mesure des attitudes

Les attitudes de la clientèle cible ont été pondérées lors de la passation du pré-test sur une échelle inspirée des profils de polarité développés par Osgood et coll. (1957). Cette mesure prise par l'interviewer donne une appréciation de la qualité de l'entrevue et de la validité des informations obtenues. Elle donne également une appréciation qualitative de la condition générale de la personne âgée.

Un score moyen de 66,5/87 (76,4 %) est obtenu sur l'échelle d'attitudes lors de la passation du pré-test. Ce résultat dénote un assez bon niveau de contact lors de l'entrevue et des attitudes positives reliées à la passation du questionnaire. Le fait que la personne âgée n'avait pas à remplir, elle-même, le questionnaire et que l'approche utilisée par les interviewers ait été de qualité ont probablement contribué d'une façon très significative à ce profil d'attitudes positif.

Par exemple, sur une échelle graduée de 7 la collaboration obtient une moyenne de 5,9, la lucidité obtient une moyenne de 5,4 et l'absence d'intoxication une moyenne 5,7. Il est à noter que le score le plus bas va aux pôles heureux-malheureux. La moyenne est de 3,7, soit un pourcentage d'appréciation de 53,6 %. La section qui suit nous informe davantage sur cette dernière dimension.

### 3.4.2 Le bien-être psychologique

Zay (1981) définit le bien-être comme «un sentiment agréable résultant de l'absence de tensions et de besoins». Ce serait un état d'être associé à des sentiments tels que la sécurité, la satisfaction, la satiété, l'autonomie. En fait, le bien-être est difficile à évaluer car il fait référence à des sentiments très personnels et donc très divers d'une personne à l'autre dans une population donnée. Par ailleurs, il serait différent du bonheur qui est associé davantage à un état de conscience d'être pleinement satisfait de sa vie.

Le bien-être psychologique représente cependant en gérontologie sociale un indice d'adaptation au vieillissement. Couture (1986) explore les différents instruments d'évaluation qui tentent de cerner les composantes du sentiment de bien-être. Elle identifie le *Life Satisfaction Index* (LSI) de Neugarten et coll. (1961) comme étant celui qui pour l'obtention d'un score global auprès d'une clientèle âgée obtient la faveur des chercheurs.

Le test est traduit en français, validé et largement utilisé. Il comporte dans sa version modifiée (Adams, 1969) quatre dimensions: l'acceptation de sa vie passée, l'équilibre entre les objectifs désirés et atteints (congruence), l'image positive de soi et finalement l'optimisme. Le score est obtenu en faisant la somme des items favorables.

Le score global moyen obtenu pour notre clientèle cible est de 15,9 (44,2 %). Si on s'attarde à chacune des grandes dimensions évaluées dans cette échelle, la congruence obtient un score moyen de 3,3/6 (55 %). Bien que relativement faible, elle représente le pourcentage le plus élevé des quatre mesures. Les personnes âgées interviewées reconnaissent donc un certain accord entre ce qu'elles ont fait de leur vie et les attentes qu'elles en avaient.

La refonte de son histoire de vie peut être une stratégie utilisée par la personne âgée pour atténuer les écarts importants pouvant se produire entre les attentes et les atteintes. Tout comme la réminiscence, une telle stratégie servirait à prévenir des réactions dépressives résultant d'un sentiment d'insatisfaction ou d'échec face à la vie. Par ailleurs, elle servirait à préserver sa propre identité qui aurait tendance à devenir diffuse en vieillissant.

Au delà de l'accord entre les attentes et les atteintes, la clientèle cible a montré un score moyen de 2,9/6 pour la satisfaction en rapport à la vie passée (48,3 %). Le sentiment de satisfaction relié plus spécifiquement à l'appréciation de la vie passée est légèrement moindre que leur sentiment de congruence.

En accord avec le résultat obtenu dans le profil de polarité des attitudes, l'image de soi obtient le résultat le plus faible dans la présente échelle, soit 4,5/12 (37,5 %). Ce qui dénote donc une faible image de soi dans l'ensemble de la clientèle cible. Paradoxalement ailleurs, cette faible image de soi accompagne, comme nous l'avons mentionné précédemment, une satisfaction relativement élevée en rapport à la vie menée actuellement.

Pour plusieurs, les services de maintien à domicile représentent une famille, des amis et même les seuls gens qui leur restent dans la vie. La dépendance qui en résulte donne lieu à des comportements allant de la très grande gratitude à la continuelle insatisfaction de ne jamais en avoir assez. À cet égard, la dépendance aux services n'est pas étrangère à toute autre forme de dépendance. Elle met en évidence une faible estime de soi remettant à autrui le pouvoir sur sa propre vie. La personne âgée bénit le ciel pour les bienfaits obtenus et remercie l'État-Providence que des services lui soient offerts. Dans la mesure où leur vie actuelle dépend des services obtenus, il peut être donc compréhensible que 60 % se disent satisfaites ou très satisfaites de la vie menée.

Finalement, cette échelle nous montre que la clientèle cible obtient un score de 5,2/12 (43,3 %) pour l'optimisme face à la vie. Tout comme la perception en rapport au passé, les personnes âgées auraient une attitude à l'égard du futur qui leur permet d'affronter les éventuelles pertes ou détériorations associées au processus du vieillissement. Cette attitude adaptative permettrait de canaliser les énergies disponibles à vivre les instants présents.

Par ailleurs, la vie présente semble être vécue et perçue très différemment par l'ensemble de la clientèle cible bien que ne présentant pas de différences notables entre les hommes et les femmes. On constate que 51 % de la clientèle cible se disent peu ou pas stressées et 51 % se disent ne pas être démunies face aux problèmes de la vie.

### 3.4.3 Le fonctionnement global

L'Échelle de fonctionnement global (*Global Assessment Scale*) évalue dans un temps donné le fonctionnement global d'une personne sur un continuum de symptômes psychologiques ou psychiatriques allant de la pathologie à la santé (Endicott et coll., 1976). Le choix de cet outil repose sur sa validité, sa simplicité de compréhension, sa facilité d'utilisation et son utilité sur le plan clinique.

La moyenne obtenue pour l'ensemble de la clientèle cible est de 56,5/81. Ce qui correspond sur le plan symptomatologique à l'énoncé suivant:

**Symptômes modérés ou fonctionnement général avec certaines difficultés (c.-à-d. peu d'amis et affect plat, humeur dépressive et inquiétude pathologique, humeur euphorique et discours précipité, comportements antisociaux modérément sévères).**

La distribution des résultats à cette échelle va de 25 à 81 et aucune différence notable est observée entre les hommes et les femmes. L'énoncé fait donc mention d'un fonctionnement symptomatique caractérisé par une modification de l'humeur et l'adoption de comportements antisociaux.

## 3.5 LES HABITUDES DE VIE

Les habitudes de vie ont été répertoriées dans un profil auquel les auteurs ont donné le nom de *NESTARx* soit pour la nutrition, l'exercice, le sommeil, le tabac, l'alcool et les médicaments. En plus de pouvoir identifier la nature et l'organisation de la routine quotidienne, un tel profil permet d'aborder la consommation d'alcool dans un contexte et d'une façon moins menaçante pour les personnes âgées qui entretiennent davantage de résistances à dévoiler leur niveau de consommation d'alcool.

### 3.5.1 La nutrition

39,5 % des personnes âgées perçoivent la qualité de leur alimentation comme étant moyenne et 47,8 % comme très bonne ou excellente. Ce qui peut paraître étonnant compte tenu de la précarité de leurs revenus, de leur isolement et des problèmes de comportement observés. En même temps, une telle auto-évaluation peut découler de la perception d'avoir des besoins rudimentaires sur le plan de l'alimentation. Lorsqu'on pose aux personnes âgées la question de la qualité de leur alimentation, il semble que la réponse soit très

souvent dans le sens de celle obtenue. Par ailleurs, 37,5 % disent recevoir de l'aide pour les repas et 36,7 % disent manger au moins une fois par semaine à l'extérieur de leur logement. Ce qui contribue probablement à entretenir, chez elles, une meilleure alimentation.

Une investigation plus poussée en vérifiant au réfrigérateur et dans le garde-manger la présence et l'état des provisions alimentaires serait un meilleur indicateur de la qualité de l'alimentation. La présente étude n'a cependant pas poussé une telle investigation.

### 3.5.2 L'exercice

45,8 % des personnes âgées considèrent leur niveau d'activité comme étant très passif et 22,9 % comme un peu passif. Les activités auxquelles elles s'adonnent le plus sont de regarder la télévision, écouter la radio et lire. Ayant reconnu précédemment que leur état de santé limitait leur fonctionnement quotidien, il est compréhensible de constater un tel niveau d'inactivité. Malgré tout, 70,7 % d'entre elles disent sortir quelques fois par semaine. Le pré-test s'étant effectué à la mi-automne, il est à prévoir que la venue de l'hiver ait réduit encore plus le niveau d'activité de la clientèle cible.

### 3.5.3 Le sommeil

Le sommeil est souvent une source de préoccupation pour les personnes âgées. La nuit de sommeil de la clientèle cible commence très souvent entre 23 h et 24 h pour se rendre aux environs de 8 h. Ce qui apparaît supérieur à la durée de sommeil dont les personnes âgées auraient besoin si on se réfère aux modifications associées au processus de vieillissement (Mishara et Riedel, 1984). Une qualité amoindrie du sommeil, un état de santé précaire ou un ennui associé à la routine quotidienne peuvent facilement inciter les personnes âgées à demeurer au lit plus longtemps. On constate que 45,8 % des femmes disent dormir plus de 9 h par nuit alors que 29,2 % des hommes disent en faire autant. Par ailleurs, 64,4 % des personnes interrogées font une sieste durant la journée et la sieste est d'une durée moyenne de 1,5 heures.

54,1 % des personnes âgées perçoivent la qualité de leur sommeil comme étant bonne ou très bonne et 29,2 % comme étant faible ou mauvaise. 17 personnes (35,4 %) disent prendre des pilules pour dormir. De ce nombre, 12 (70,6 %) sont des femmes. Si on s'attarde sur la qualité du sommeil des personnes qui prennent des pilules pour dormir, il est intéressant de constater que la moitié des femmes (6) disent avoir un excellent ou un très bon sommeil alors qu'aucun homme n'en dit autant.

### 3.5.4 Le tabac

60,4 % de la clientèle cible disent fumer (F: 52 %; H: 68 %) et 20,8 % disent avoir fumé dans le passé. Nous sommes donc en présence d'une population qui est considérablement au-delà du profil épidémiologique décrit dans l'enquête SANTÉ QUÉBEC (1988), où seulement 18 % des personnes de 65 ans et plus se trouvent à fumer. Par ailleurs, 89,6 % disent fumer moyennement ou beaucoup. La consommation moyenne de cigarettes est de 22,8 par fumeurs. Le comportement de fumer est associé à une activité qui désennuie, qui calme et qui fait passer le temps. Les personnes sont parfois incapables d'identifier un motif précis de consommation mettant l'activité sur le compte de la mauvaise habitude acquise depuis de très nombreuses années.

Cependant, 69 % des personnes disent qu'elles aimeraient cesser de fumer. Les motifs implorés sont pour la presque totalité associés à des problèmes de santé. Le coût prohibitif des cigarettes est mentionné seulement à quatre reprises. Il est intéressant de constater que lorsqu'il est demandé à l'ensemble des personnes âgées ce qu'elles pourraient faire pour cesser de fumer, 40 % d'entre elles sont complètement démunies de moyens, elles ne savent pas. Fumer fait partie de leur routine de vie et se trouve à être ultimement la principale activité de la journée.

*«Il me reste au moins mes cigarettes à allumer et à fumer.»*

*«Ça me tient occupée et ça me change les idées.»*

Un autre 40 % d'entre elles, considèrent à l'inverse qu'elles n'ont qu'à cesser, ce n'est qu'une question de volonté. On y voit l'impact d'une pensée magique sans aucune référence à la modification d'habitudes de vie.

### 3.5.5 L'alcool

Évaluer la consommation d'alcool chez les personnes âgées est une tâche difficile et donne souvent lieu à des informations peu valides. C'est pour tenter de contrer cette difficulté que nous nous sommes assurés d'avoir différentes sources d'informations sur la consommation d'alcool. D'une part, nous avons demandé aux personnes de rendre compte de leurs consommations sur la base d'un indicateur de quantité/fréquence. Une consommation d'alcool équivalant à environ une petite bouteille de bière, un verre de vin ou 1,5 once de boisson forte. Le portrait ainsi dressé à partir des données du pré-test a pu être confronté aux informations cliniques obtenues en cours de cheminement.

D'autre part, il a été demandé aux intervenants principaux de préciser sur une échelle d'évaluation, l'**Échelle d'abus de drogues** (*Abuse situation scale*) de Holsten et Wool, 1980), le type de relation que la personne entretient avec l'alcool, les médicaments ou les drogues. C'est ainsi que les intervenants ont indiqué qu'il y avait consommation de l'une ou de plusieurs de ces substances chez 95,5 % de la clientèle cible. Les résultats obtenus sur l'Échelle d'abus des drogues révèlent une moyenne de 5 qui correspond au «champ symptomatique» de l'énoncé suivant:

**Intoxication sans crise. Intoxiquée à chaque fois que cela est possible mais sans prendre d'action extrême pour s'en procurer. Peut s'abstenir sans grande difficulté, si nécessaire.**

Finalement, 34,9 % des personnes âgées sont considérées comme étant dans le champ de la maladie en manifestant soit un début de dépendance, une dépendance claire ou un abus chronique.

Des données obtenues auprès de la clientèle, on observe que 70,8 % des femmes (16) et 87,5 % des hommes (22) disent boire soit de la bière, du vin ou des spiritueux. Le tableau 9 montre la distribution entre hommes et femmes des alcools consommés.

TABLEAU 9  
Distribution par sexe des alcools consommés

Types d'alcool	Femmes (16)	Hommes (22)
bière	2	6
vin	2	3
vin - spiritueux	3	1
spiritueux	3	1
bière - vin	2	2
bière - spiritueux	0	4
bière - vin - spiritueux	4	5

Concernant l'usage spécifique de la bière, 52,1 % (25) des personnes disent en consommer. De ce nombre, 68 % (17) sont des hommes et 32 % (8) des femmes. De ceux et celles qui consomment de la bière 4 n'ont pas donné d'indication de la quantité de bière consommée. Il est à noter que pour ne pas fausser la signification des moyennes nous avons exclu des calculs deux hommes qui ont dit boire respectivement 12 et 24 consommations par jour. Pour les 19 autres personnes qui ont donné des indications sur la quantité de bière consommée, la moyenne obtenue est de 1,9 consommations/jour (1,5 pour les femmes et 2,2 pour les hommes).

45,8 % (22) des personnes âgées disent consommer du vin. De ce nombre, il y a un nombre égal de femmes et d'hommes. Quatre personnes n'ont pas donné d'indication sur la quantité de vin consommée. Pour les 18 autres, la quantité moyenne avouée est 2,3 consommations par jour. La distribution allant de 0,1 à 8 consommations.

45,8 % (22) des personnes âgées disent consommer des spiritueux. De ce nombre, il y a également un nombre égal de femmes et d'hommes. Trois personnes n'ont pas donné d'indication sur la quantité de spiritueux consommé. Pour les 19 autres, la quantité moyenne avouée est de 1,2 consommations/jour, avec une distribution allant de 0,1 à 4 consommations.

Maintenant, si on tente d'identifier la quantité totale de consommations pour les 38 clients qui ont dit boire de la bière, du vin et/ou des spiritueux on obtient une moyenne de 2,7 consommations/jour tant pour les femmes que pour les hommes (excluant toujours les deux hommes qui ont dit boire 12 et 24 consommations/jour). Cette absence de différences entre les hommes et les femmes s'apparente aux résultats obtenus auprès d'une clientèle âgée *heavy drinkers* (H: 2,89; F: 2,8) (Tucker et coll, 1989)

Des 10 personnes qui ont dit ne consommer aucun alcool, huit d'entre elles en ont déjà consommé par le passé. Le motif le plus souvent évoqué pour avoir cessé de boire est la santé. Par ailleurs, des 38 personnes ayant mentionné qu'elles consommaient de l'alcool, 28,9 % (11) aimeraient cesser de boire. Le principal motif concerne encore une fois la santé. De celles qui ont répondu ne pas vouloir cesser, les principaux motifs justifiant ce refus font référence au désennui et à la socialisation qu'apporte leur consommation. «C'est juste ça que j'ai, si on veut que je cesse qu'on me mette dans une boîte et qu'on m'enterre.» Ces dernières expriment également le sentiment de ne pas consommer suffisamment pour justifier d'arrêter.

Lorsque interrogées sur les moyens pouvant être pris pour cesser de boire, 22 des 38 personnes âgées qui ont dit boire de l'alcool ont donné des suggestions:

8 ont dit qu'elles n'auraient qu'à cesser, n'en faisant qu'une simple question de volonté, tout comme pour la cigarette.

7 personnes ont répondu ne vraiment pas savoir quoi faire pour mettre fin à cette habitude. Ce sentiment d'impuissance s'exprime dans toute son acuité dans le commentaire suivant: «J'aurais à rester sur la chaise et à ne pas aller dans la cuisine».

6 personnes ont dit qu'elles boiraient quelque chose d'autres ou s'adonneraient à des activités pour se distraire ou se sentir utile.

1 personne a répondu qu'elle demanderait de l'aide.

Bien qu'un pourcentage très significatif exprime ouvertement le désir de cesser de consommer de l'alcool, très peu se donnent des moyens suffisants pour contrer cette habitude qui est reconnue par la majorité comme étant nuisible pour la santé.

Finalement, des 38 personnes ayant avoué boire de l'alcool, 14 hommes (63,6 %) et 12 femmes (75 %) consomment également des médicaments. Ce qui n'est pas sans poser de problèmes au niveau des effets résultant de l'interaction entre l'alcool et les médicaments. Des 10 personnes qui ne boivent pas d'alcool, sept femmes et deux hommes prennent également des médicaments.

### 3.5.6 Les médicaments prescrits

79,2 % des femmes (19) et 58,3 % des hommes (14) disent prendre des médicaments prescrits avec une moyenne de 3,7 médicaments prescrits par personne. La distribution allant de 1 à 11 médicaments. On constate au tableau 10 que les médicaments les plus fréquemment prescrits chez la clientèle cible sont par ordre décroissant: les cardio-vasculaires (15,6 %), les tranquillisants mineurs (13,9 %), les électrolytes-diurétiques (13,1 %) et les vitamines (12,3 %).

TABLEAU 10  
Inventaire des médicaments prescrits

(N°)	CATÉGORIES	N	NOMS UTILISÉS DE FAÇON COURANTE (122)
11	Cardio-vasculaires	19	Lanoxin, Cardize, Isordil, Novo-méthyl dopa
01	Tranquillisants mineurs	17	Halcion, Ativan, Dalmane, Novoxapam
14	Électrolytes-diurétiques	16	Aldactone, Slow-K, Slopot, Lasix, Furosemide
24	Vitamines	15	Niacine, Thiamine, Penta-38, Rubion, Novofol
12	Médicaments S.N.C.	12	Entrophen, Ibuprofen, Tylenol, Carbolith
20	Hormones et substituts	9	Synthroid, Apo-Chlorpromanide, Diabeta
23	Spasmodiques	7	Ditropan, Rofluphylline, Choledyl, Theo-dur
03	Antidépresseurs	6	Elavil, Ludiomil, Norpramine, Parnate
08	Médicaments S.N.A.	6	Ventolin, Kemadrin
16	O.R.L.O.	6	Hypotear, Beclovent, Timoptic, Miocarpine
17	Gastro-intestinaux	6	Regulex, Novo-cimetidine, Reglan
02	Tranquillisants majeurs	2	Haldol, Novoflurazine
22	Peau et muqueuse	1	Uremol

Sur l'ensemble des personnes âgées qui disent consommer des médicaments, le tableau 11 révèle que 42,4 % d'entre elles consomment des électrolytes-diurétiques. Les médicaments pour le coeur, les tranquillisants mineurs et les vitamines sont consommés respectivement par 39,4 % de ces personnes.

Compte tenu que 54,2 % (26) de l'ensemble de la clientèle cible ont dit consommer de l'alcool et des médicaments, on peut s'interroger sur les effets nocifs consécutifs à l'interaction entre l'alcool et les principaux médicaments mentionnés. Par exemple, les sédatifs hypnotiques constituent 45 % des médicaments interagissant avec l'alcool chez la clientèle d'un service à domicile; les médicaments pour le coeur comptent pour 30 % de ces interactions et les analgésiques pour 12 % (Gagnon, 1984).

TABLEAU 11  
**Nombre de clients par catégories de médicaments**

(N°)	CATÉGORIES	N (33)
14	Électrolytes-diurétiques	14
11	Cardio-vasculaires	13
01	Tranquillisants mineurs	13
24	Vitamines	13
12	Médicaments S.N.C.	12

### 3.5.7 Les médicaments non-prescrits

21 personnes (43,7 %) disent consommer des médicaments non-prescrits. La moyenne est de 2,1 médicaments non-prescrits par personne. Les catégories les plus fréquemment utilisées sont les médicaments du S.N.C et les gastro-intestinaux, chacun avec 35,7 %, et les vitamines avec 11,9 %.

85,7 % (18) des personnes qui consomment des médicaments non-prescrits consomment également des médicaments prescrits. Si on tient compte de la moyenne cumulative de ces deux types de médicaments pour l'ensemble des personnes ayant déclaré en consommer, on obtient une consommation d'environ 5 médicaments par personne. Ce qui correspond aux données obtenues lors d'une étude auprès de personnes âgées demeurant au centre-ville de Montréal (Mishara, 1990).

## 3.6 LES CARACTÉRISTIQUES DU RÉSEAU DE SUPPORT

Le degré d'affiliation sociale de la clientèle cible a été évalué à l'aide de l'**Échelle d'affiliation** (*Social belonging scale*) de Holsten et Wool (1980). Cette échelle a été élaborée particulièrement pour la clientèle présentant des problèmes de toxicomanie. Les résultats obtenus à l'Échelle d'affiliation sociale montre une moyenne de 4,8. Ce qui correspond au champ des symptômes suivants:

**Non-clarifié: Un pied dans chaque camp. Liens difficiles à déterminer en raison des conflits, de l'isolement et de l'influence des milieux toxicomanes.**

La clientèle cible a donc un profil d'affiliation sociale qui est partagé. Les liens avec les personnes significatives varient en fonction des épisodes de consommation et des contacts avec les milieux de consommation.

L'entourage ou le réseau d'une personne constitue «l'ensemble des contacts personnels par lesquels l'individu maintient son identité sociale et reçoit un support émotif, une aide concrète et matérielle, de l'information ainsi que des occasions de nouveaux contacts sociaux» (Walker et coll., 1977). Quel est le réseau de notre clientèle cible? La famille, les amis, les voisins et les dispensateurs de services sont examinés tour à tour.

D'une façon générale, 58,3 % des personnes disent se sentir peu souvent ou jamais seule et 70,2 % d'entre elles disent avoir une ou plusieurs personnes occupant une grande place dans leur vie et dont elles se disent proches. Cette personne est habituellement un membre de la famille. Pour 20,9 % de la clientèle cible, la famille et les voisins représentent la ressource principale pour répondre à des besoins de services. Comme nous aurons l'occasion de le constater dans la section sur l'autonomie fonctionnelle, ce support de l'entourage immédiat est considérablement moindre que celui obtenu par l'ensemble de la population âgée vivant à domicile. Cette situation confirme encore une fois la dépendance de la clientèle cible vis-à-vis des services de santé et des services sociaux.

### 3.6.1 La famille

47,9 % (23) de la clientèle cible ont des enfants. Elles en ont en moyenne 2,6, l'écart variant entre 1 et 5 enfants. Il y a donc un pourcentage important de personnes n'ayant pas d'enfants. Ce qui s'explique en partie par le taux élevé de célibataires (34 %).

De celles qui ont des enfants, 56,4 % reçoivent la visite de leurs enfants moins qu'une fois par mois ou jamais. Par contre, 56,5 % des personnes disent avoir avec eux des contacts téléphoniques au moins une fois par semaine. De ceux qui constituent le réseau, ce sont les enfants qui maintiennent le contact téléphonique le plus fréquent avec la clientèle cible.

56,2 % de la clientèle cible ont des frères ou soeurs encore vivants. Elles en ont en moyenne 2,7, l'écart étant de 1 à 7. 73 % des personnes reçoivent leur visite moins qu'une fois par mois ou jamais. Ce manque de visites peut s'expliquer par la mobilité restreinte des collatérales. Par contre, 59,2 % ont des contacts téléphoniques avec un frère ou une soeur au moins une fois par mois.

### 3.5.2 L'entourage

81,2 % (39) des personnes disent avoir des amis. La notion d'amis semble cependant très variable. Elle est souvent associée à des bons voisins et à des copains. Sept personnes ont dit en avoir 10 et plus et ne pas vraiment être en mesure de mettre un chiffre précis. Pour les 32 autres, elles ont en moyenne 3,1 amis. 30,8 % des personnes disent avoir la visite d'amis tous les jours et 52,8 % disent avoir des contacts téléphoniques avec des amis au moins une fois par semaine. Les amis représentent donc une source importante de socialisation en plus d'un support au maintien de leur autonomie.

Lors de la passation du pré-test les personnes ont précisé qu'en situation d'urgence, elles pourraient obtenir une aide rapidement de leurs enfants dans une proportion de 20,8 %. Les amis s'avèrent deux fois plus disponibles pour répondre à une telle situation (45,8 %). Par ailleurs, le CLSC, Urgence-Santé et les concierges sont identifiés par 43,7 % des personnes comme pouvant répondre également à une telle situation d'urgence.

Le taux relativement élevé de personnes qui non pas d'enfants ou dont les enfants sont à l'extérieur de la région donne lieu à l'établissement de liens avec le voisinage et les services de la communauté. Par ailleurs, pour celles qui ont des enfants, la très grande fréquence de leur appel téléphonique témoigne probablement de leur niveau de préoccupation et de leur intérêt à pallier à un manque de présence physique. En cours de cheminement cette situation s'est confirmée à plusieurs reprises mobilisant parfois les enfants pour plusieurs jours lors d'une désorganisation du parent.

### 3.7 L'UTILISATION DES RESSOURCES

Au cours des 12 mois précédant le pré-test, 47,9 % de la clientèle cible n'ont eu aucune hospitalisation, 16,6 % ont eu de 1 à 14 jours d'hospitalisation et le reste de l'échantillon, soit 17 clients, cumule 1 330 jours d'hospitalisation soit une moyenne de 78,2 jours par client. Cette utilisation massive des services hospitaliers est un indice de la lourdeur d'une partie de la clientèle constituant notre échantillon.

Les coûts des services de santé, tant médicaux que sociaux, sont donc faramineux pour ce type de clients. Qu'il suffise de mentionner que la comptabilisation sommaire des services rendus de 1983 à 1987 à une cliente âgée ayant des problèmes chroniques d'alcool et de médicaments s'est chiffrée à **178 195\$** (Barbeau, 1990). Une analyse plus exhaustive aurait de toute évidence révélé une somme encore plus élevée.

Par ailleurs, les personnes disent avoir reçu au cours des trois mois précédant le pré-test les services du Programme SSD et du Groupe Harmonie suivants:

- 38 ont reçu les services de l'infirmière. (52,6 % à raison de 1 ou 2 fois par mois)
- 23 ont reçu les services du travailleur social (39,1 % à raison de 1 ou 2 par mois)
- 23 ont reçu les services de l'auxiliaire familiale. (68,5 % au moins une fois par semaine)
- 6 ont reçu les services du Groupe Harmonie.

Les infirmières représentent le groupe d'intervenants qui offrent des services au plus grand nombre de personnes âgées. Cependant, ce sont les auxiliaires familiales qui assurent la plus grande fréquence de services et qui bien souvent établissent les relations les plus significatives avec la clientèle. Il ne faut donc pas s'étonner que pour 51,1 % de la clientèle cible, l'auxiliaire familiale constitue la ressource principale. Finalement pour la période de trois mois précédant le pré-test, le Groupe Harmonie s'avère impliqué auprès d'un nombre très restreint de clients. Il est à souligner que la résonance pour la clientèle cible du terme «Harmonie» n'est pas toujours évidente de par les modalités particulières que le groupe s'est donné dans l'élaboration d'une relation d'aide et de support. Par ailleurs, il a été impossible de répertorier pour cette période le nombre réel de personnes âgées qui ont effectivement reçu la visite d'un bénévole du Groupe Harmonie.

## 4. FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME

4.1	L'HISTORIQUE	61
4.2	LA MISSION	63
4.3	L'INTERVENTION	64
4.3.1	Les critères d'inscription au programme	64
4.3.2	La référence	64
4.3.3	La procédure de jumelage	66
4.3.4	L'intégration à des activités communautaires	68
4.3.5	Les spécificités du processus d'intervention	70
4.3.6	La collaboration avec le Programme SSD du CLSC Métro	74
4.3.7	La collaboration avec l'équipe de psychogériatrie	77
4.3.8	La collaboration avec les établissements du réseau	79
4.4	LA GESTION	82
4.4.1	Le portrait type du bénévole	82
4.4.2	Le recrutement des bénévoles	84
4.4.3	La formation et le ressourcement des bénévoles	86
4.4.4	Le support professionnel	89
4.4.5	Les stages	90
4.4.6	La coordination du programme et le type de gestion	92
4.4.7	La tenue de dossiers	93
4.4.8	La structure et le fonctionnement du conseil d'administration	94
4.4.9	La représentation	95
4.4.10	Le financement du programme	96
4.5	LES ORIENTATIONS DU PROGRAMME	97
4.6	CONCLUSION	98

#### **4. FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME**

Le Groupe Harmonie suscite un attrait croissant dans le secteur de l'intervention en gérontoxicomanie. La description de ses caractéristiques et de son fonctionnement est apparue importante à réaliser afin d'outiller les intervenants et les gestionnaires désireux de s'en inspirer ou de le reproduire sur leur propre territoire.

La présente description du programme comporte une analyse intégrée de son fonctionnement ainsi qu'une identification des orientations envisagées.

Les données utilisées ont été recueillies au cours de la durée de l'étude au moyen de techniques d'observation participante, appliquées aux différentes activités du programme: rencontres bimensuelles des bénévoles, activités de formation, activités de stages, études de cas, rencontres inter-services, rencontres individuelles avec la coordination et les bénévoles, rencontres du conseil d'administration.

Les documents d'orientation et de programmation, les états financiers, les documents présentés lors de conférences et les articles de journaux écrits sur le programme complètent les sources d'information.

##### **4.1. L'HISTORIQUE DU PROGRAMME**

L'idée de la mise sur pied de ce groupe d'aide origine d'une préoccupation de la coordination du Programme SSD du CLSC Métro concernant la clientèle âgée aux prises avec des problèmes reliés à la consommation d'alcool et/ou de médicaments et vivant sur son territoire. Cette préoccupation faisait alors ressortir des insuffisances de services adaptés à tous les niveaux d'intervention; dépistage, évaluation, désintoxication, réadaptation et suivi.

En 1982, la coordination du Programme SSD du CLSC Métro initie donc les rudiments d'une démarche d'action bénévole. Une telle initiative représente alors une innovation dans le secteur d'activité des CLSC.

Un groupe de bénévoles s'organise et une dizaine de personnes constituent l'effectif au départ. L'intervention à domicile débute à l'été 1983 avec l'encadrement d'un intervenant embauché à l'époque pour mettre sur pied le programme bénévole. Il y a alors un regroupement de personnes mais il n'y a pas encore la formation d'un programme comportant ses caractéristiques propres.

Comme bon nombre d'autres ressources communautaires, la levée de terre se fait d'une façon lente, peu structurée, laborieuse et sans trop savoir où le tout s'en va. Au début de l'automne 1983, le groupe de bénévoles est disséminé et sa survie est mise en péril. L'intervenant impliqué initialement quitte le groupe et celui-ci se réorganise lentement grâce à l'initiative et au dévouement de bénévoles récemment introduits dans le groupe.

À la fin de 1983, le groupe de bénévoles est constitué d'environ une vingtaine de personnes. Elles sont, pour la plupart, inscrites aux certificats de toxicomanie ou de gérontologie de l'Université de Montréal. Certaines d'entre elles ont vécu antérieurement un problème de toxicomanie et toutes sont animées par un esprit humanitaire de venir en aide gratuitement et gracieusement à des personnes âgées exprimant un besoin de recevoir de l'aide.

Un étudiant au certificat en toxicomanie de l'Université de Montréal, bénévole au sein du groupe depuis septembre 1983, entreprend au début de 1984 la coordination de ce regroupement de bénévoles. Le groupe met davantage d'énergies à développer son mode d'intervention et travaille à en préserver la souplesse et la simplicité. Des activités de formation pour les bénévoles sont mises sur pied. À l'automne 1984, le groupe s'incorpore sous le nom de Groupe Harmonie. Des demandes de subvention sont présentées pour tenter d'assurer une stabilité au niveau de la coordination du programme.

Au début de 1985, une subvention est accordée par Canada au Travail. Ce qui permettra une rémunération de la coordination. Comme tout autre organisme communautaire, ce type de financement sera à renouveler à chaque année. C'est ainsi que beaucoup de temps et d'énergies seront consacrés à tenter d'obtenir par l'intermédiaire d'organismes subventionnaires des montants permettant la survie du programme. La Direction générale de la prévention et des services communautaires ainsi que la Direction de la réadaptation assureront, par après, un financement permettant de croire en une certaine permanence du programme. Concrètement, elles rendent possible également la création d'un poste de soutien, à temps partiel, à la coordination du programme.

À l'automne 1985, la Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies du CSSSRMM confie au coordinateur du Groupe Harmonie le mandat d'établir un comité de travail concernant la problématique des personnes âgées aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et/ou de pharmacodépendance. La Commission demande alors que cette problématique face l'objet d'une étude qui conduira à la mise à contribution des divers secteurs intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès de cette population.

C'est dans ce contexte que le Groupe Harmonie et la clientèle qu'il dessert font l'objet, en 1986, d'une expérimentation en mini-réseau. Celle-ci donne lieu à une concertation de ressources du territoire afin d'améliorer l'accessibilité aux services et permettre à la clientèle de recevoir une aide plus adaptée en regard des champs de compétence respectifs de chacune des ressources impliquées (Létourneau et coll., 1987).

Le Groupe Harmonie obtient de la Fédération des CLSC du Québec, le **Prix André-Tétrault** 1985 pour l'excellence de son travail comme organisme satellite dans le secteur de l'intervention auprès des personnes âgées vivant à domicile.

Progressivement, le Groupe Harmonie développe son mode de fonctionnement en mettant l'emphase sur le recrutement, la formation et les activités de ressourcement pour les bénévoles. Certaines activités innovatrices sont mises sur pied dont une taverne à sec. Celle-ci est le lieu de rencontre privilégié pour des hommes nostalgiques de l'époque des tavernes et désireux de se donner un support social à l'abstinence. Ce type d'activité vise à favoriser une socialisation chez la clientèle isolée. Mais les moyens sont excessivement restreints et l'activité est abandonnée faute de ressources humaines et matérielles.

Le Groupe Harmonie acquiert une crédibilité auprès des intervenants du Programme SSD du CLSC Métro suite à son implication fructueuse auprès de certains clients excessivement désœuvrés.

Par ailleurs, la coordination du programme fait connaître le Groupe Harmonie dans le cadre de séances de formation, de conférences, de participation à des émissions télévisées et radiophoniques ainsi que d'articles de journaux.

Nous présentons dans les prochaines sections les différentes composantes de ce mode d'intervention afin d'en dégager la spécificité et de permettre une meilleure compréhension de ce qu'il est, mais également de ce qu'il n'est pas.

#### 4.2 LA MISSION

La mission du Groupe Harmonie est de dispenser de l'aide et du support pour favoriser le fonctionnement quotidien et la qualité de vie d'une clientèle âgée aux prises avec des problèmes d'alcool et/ou de médicaments et demeurant sur le territoire du CLSC Métro.

## 4.3 L'INTERVENTION

### 4.3.1 Les critères d'inscription au programme

133 personnes ont fait l'objet d'une ouverture de dossier depuis les débuts du Groupe Harmonie. Les critères d'inscription ne sont pas écrits dans les documents du programme, mais l'observation des références en cours d'étude montre qu'il y a entente sur les critères suivants:

- . **Avoir 60 ans et plus**
- . **Présenter un problème de consommation d'alcool et ou de médicaments**
- . **Accepter la visite d'un bénévole**
- . **Ne pas présenter des risques importants de suicide**
- . **Maintenir un bon contact avec la réalité**
- . **Ne pas présenter des pathologies organiques ou psychopathologiques sévères.**

Il est à noter que l'urgence dans laquelle s'effectue parfois la référence et la désorganisation marquée qui la précède ne permettent pas toujours la prise de décision sur l'admissibilité au programme. Dans ces cas, ce n'est qu'après être intervenue que la coordination du Groupe Harmonie se voit en mesure de porter un jugement sur sa capacité à offrir une intervention bénévole. À cet effet, il arrive qu'elle serve de pivot et de transition à l'utilisation d'autres ressources (psychiatriques, gériatriques...) du territoire, dans le même esprit que le *mini-réseau* conduit sur le territoire en 1986.

En novembre 1988, 28 clients étaient inscrits au programme et 27 l'étaient un an plus tard. Durant la même période, soit de novembre 1988 à novembre 1989, 14 clients ont été nouvellement inscrits au Groupe Harmonie et 15 autres ont fait l'objet d'une fermeture de dossier.

### 4.3.2 La référence

La référence se fait dans la très grande majorité des cas par un intervenant du Programme SSD du CLSC Métro suite à un dépistage, une impasse momentanée dans

l'intervention ou suite à une désorganisation progressive du fonctionnement du client. Ces trois situations représentent une hiérarchie croissante de difficultés et donnent lieu à une augmentation de la mobilisation des différents services.

Les intervenants du Programme SSD viennent en aide à une clientèle de plus en plus lourde, souvent affectée de multiples pathologies. Elles ont donc une charge importante de travail et vivent une difficulté à offrir, en conséquence, une continuité dans l'intervention. Cette difficulté est encore plus évidente auprès de clientèles ayant un problème de toxicomanie. Ainsi, nous serions portés à croire qu'une telle situation donne lieu à un dépistage et à une référence précoce au Groupe Harmonie afin d'obtenir un support dans l'intervention. Ce qui permettrait dans une telle éventualité d'éviter une détérioration de la situation et un épuisement plus marqué de l'intervenant. Or, les clients référés au Groupe Harmonie présentent souvent une détérioration aiguë ou prolongée de leur fonctionnement et la situation amène alors une intervention de crise.

Dans de telles situations, il semble donc y avoir une attitude inverse de la part des intervenants impliqués. Ils tentent de tout faire ce qu'ils croient possible de faire en assumant eux-mêmes le plan d'intervention. Ils s'investissent d'une responsabilité de devoir y trouver des moyens d'amener la personne à contrôler sa dépendance quand ce n'est pas de minimiser ou de nier le fait que les problèmes observés peuvent être la résultante de consommation d'alcool ou de médicaments. À cet effet, il a été observé que la collaboration à la référence est très inégale d'un intervenant à l'autre car l'utilisation d'une ressource en toxicomanie est souvent tributaire de la conception qu'entretient l'intervenant à l'égard des toxicomanies.

C'est ainsi qu'il existe parfois une résistance à la référence lorsque l'alcoolisme est conçu, par exemple, comme étant le bout du tunnel (le bas-fond). Les intervenants se surchargent donc impunément et ne réfèrent qu'en tout dernier ressort lorsque la situation s'est grandement détériorée. Agir de la sorte s'apparente à l'attitude de la clientèle et des membres de la famille qui évitent de reconnaître leur impuissance et d'avoir recours à une aide formelle.

Les situations de dépistage et d'intervention précoce sont donc rarissimes. La lourdeur des références qui en résulte a des impacts énormes sur les attentes vis-à-vis du Groupe Harmonie ainsi que sur son fonctionnement.

Le contexte de référence étant précisé, nous pouvons aborder la procédure pour référer au Groupe Harmonie. Après avoir identifié un besoin d'une action du Groupe Harmonie, le référant amène le client à considérer l'éventualité d'une aide bénévole afin de

l'aider dans son fonctionnement général. L'approche au niveau de la référence comporte habituellement un non-dit sur la mission du Groupe Harmonie. Cette attitude, bien que pouvant soulever des problèmes, vise à contrer une attitude de déni fréquemment rencontrée chez la clientèle âgée.

Lorsque le client accepte d'entrevoir la visite d'un bénévole, la référence se fait au Groupe Harmonie. Une première prise d'information par la coordination conduit à dresser un portrait rapide de la situation et fait ressortir les besoins prioritaires du client. En cas de doute, la cueillette d'informations se poursuit pour s'assurer de la pertinence de référer et de la capacité d'offrir une aide appropriée. Dans les situations les plus urgentes, comme nous l'avons déjà mentionné, cette procédure peut être fortement écourtée. La coordination du Groupe Harmonie établit alors un premier contact et offre une intervention simultanément à la référence.

Dans le contexte de la référence, l'implication du Groupe Harmonie ne se limite pas à l'intervention offerte à la clientèle inscrite au programme. Un certain nombre de clients font l'objet de conférences de cas, de discussions cliniques et de rencontres informelles lors desquelles la coordination du Groupe Harmonie sert de lanterne pour éclairer les éléments relatifs à une problématique de gérontoxicomanie. Elle assume alors un rôle de consultant auprès des intervenants à des fins d'évaluation et de support à l'intervention, mettant ainsi à contribution l'expertise développée en la matière.

### 4.3.3 La procédure de jumelage

À cause de la lourdeur de la clientèle et des situations de crise fréquentes, la coordination se voit donc très souvent impliquée comme intervenant. Il en résulte des contraintes au niveau de la procédure de jumelage car une relation significative s'est établie avec le client dans ce moment de grande vulnérabilité. La résistance à entrevoir un changement de *bénévole* contrecarre la poursuite de l'intervention et oblige la coordination à poursuivre la démarche. Ce qui ultimement surcharge la coordination et crée une polarisation de ses fonctions au détriment de l'action des bénévoles. C'est ainsi que durant certaines périodes de l'histoire récente du Groupe Harmonie la lourdeur de la clientèle a pu donner lieu à une implication très forte de la coordination. Ce qui a pu laisser l'impression que le Groupe Harmonie se résumait à cette dernière (ex.: en novembre 1989, 21 clients étaient jumelés à un *bénévole* (dont 2 aux 2 personnes à la coordination).

Le jumelage d'un bénévole à un client se fait en essayant de respecter les caractéristiques de chacune des parties. On tente ainsi d'optimiser l'appariement et de favoriser l'établissement rapide d'une relation de confiance sur la base d'affinités

personnelles. Réussir cet appariement est considéré comme la tâche la plus difficile pour des intervenants qui veulent procéder au jumelage en ayant recours à des bénévoles. Cette procédure est d'autant plus importante que nous avons déjà souligné que le déni et le refus d'ajout de services sont très fréquents chez cette clientèle.

Après que le référant ait discuté avec le client pour vérifier le besoin de bénévole, la coordination du Groupe Harmonie contacte le client et le rencontre, au moins à une reprise, pour préparer la première visite du bénévole. Bien que pouvant être perçue comme un alourdissement à la procédure, cette démarche facilite dans les faits le jumelage. Il est important de noter que la procédure de jumelage implique systématiquement une démarche d'appivoisement de la part de la coordination ou du référent du Programme SSD. Cet appivoisement peut s'étendre de quelques jours à plusieurs semaines avant que le jumelage soit effectif. Les situations d'une personne à l'autre sont donc très variables et obligent une évaluation et une procédure qui tiennent compte avec souplesse des particularités de chacune.

Cette contrainte au niveau de l'ouverture à être aidé fait ressortir un paradoxe qui a été observé par les présents auteurs lors de l'expérimentation en mini-réseau (Létourneau et coll. 1987). En effet, l'intervention en gérontoxicomanie implique du temps et le temps de la personne âgée en difficulté peut rapidement donner lieu à une détérioration importante au niveau de son fonctionnement. Dans cette démarche d'appivoisement, les intervenants impliqués doivent donc entretenir, en conséquence, une **vigilance thérapeutique** susceptible d'accélérer l'introduction rapide du Groupe Harmonie à la moindre désorganisation.

Lors de la première visite, le nouveau bénévole est accompagné par la coordination afin d'être présenté et introduit au client. Souvent un intervenant du Programme SSD les accompagnera. Le bénévole pourra donc ainsi s'introduire au client et prendre connaissance du rôle des différents intervenants. Cet accompagnement nécessite de choisir des moments opportuns afin de favoriser l'insertion dans le milieu du client.

Par ailleurs, l'encadrement du nouveau bénévole lors d'un premier jumelage est déterminant car un échec peut donner lieu facilement à une démobilisation du bénévole où à une appréhension de sa capacité à intervenir lors d'un prochain jumelage. Il faut donc maximiser les chances de succès du jumelage en offrant un support et un accompagnement adéquats et satisfaisants.

En février 1989, tous les clients étaient jumelés (26), soit à un stagiaire bénévole soit à un bénévole. Cette situation est cependant peu fréquente. Elle découle d'une période

durant laquelle un grand nombre de nouveaux bénévoles (10) se sont intégrés au programme et que simultanément plusieurs stages d'étudiants (7) ont eu lieu. La situation habituelle donne lieu à un manque de bénévoles, particulièrement pour la clientèle anglophone qui constitue la majorité de la clientèle inscrite au programme.

En novembre 1988, 12 clients étaient jumelés, 12 autres faisaient l'objet d'un arrêt temporaire de l'intervention et 4 étaient à jumeler. À la fin de l'étude, en novembre 1989, la situation du jumelage était la suivante: 21 clients jumelés à un bénévole et cinq (5) autres faisaient l'objet d'un arrêt temporaire de l'intervention.

#### 4.3.4 L'intégration à des activités communautaires

L'intégration de la clientèle cible à des activités communautaires est rare et laborieuse. Le profil descriptif de la clientèle a révélé l'isolement dans lequel se retrouve cette clientèle ainsi que la passivité qui la caractérise au niveau de son fonctionnement. Toute situation nouvelle s'avère une perturbation de sa routine quotidienne ainsi qu'un facteur de stress pour l'incertitude qu'elle comporte.

Présentement, l'orientation prise par le Groupe Harmonie va plus dans le sens de l'assistance dans le fonctionnement quotidien de la personne que dans le sens d'une aide en vue d'une resocialisation. Cependant, un travail d'intégration à des activités communautaires se fait, à l'occasion, lorsque le client a été évalué comme possédant une bonne capacité de bénéficier de ce type d'activité.

Durant la période d'observation, nous avons pu documenter l'intégration de quelques clients aux dîners communautaires ou à quelques festivités (ex.: Noël, St-Valentin, Halloween...). Les résistances et les appréhensions des clients ont demandé de la part des bénévoles un support à la prise de décision, une préparation à la sortie et un accompagnement à l'activité afin d'en faciliter l'intégration. Ce type d'encadrement à l'intégration d'activité du CLSC est nouveau et a représenté pour le Groupe Harmonie un potentiel d'intervention très intéressant pour leur action bénévole et la collaboration avec les ressources du CLSC. Cette implication a amené le Groupe Harmonie à réfléchir sur l'importance d'utiliser les énergies résiduelles et les intérêts de la personne dans une démarche favorisant la socialisation. Une réflexion s'est amorcée également sur la notion de maintenir à tout prix la clientèle à domicile. À trop vouloir répondre aux besoins de la clientèle en offrant des services, il y a risque de perdre de vue le fait que le client est avant tout un citoyen qui ressent des besoins d'appartenance, de solidarité et de partage de relations avec les autres membres de sa communauté.

Le maintien à domicile ne doit pas se limiter à respecter le désir d'autonomie de la personne âgée et l'intégrité territoriale de son milieu de vie. Il doit permettre le jalon entre le milieu de vie et la communauté. Maintenir à domicile implique donc maintenir dans la communauté. Sans ce dernier jalon, la personne âgée demeure confinée dans son domicile à recevoir des services comme si elle était en institution.

Les observations montrent cependant que cette tâche d'étendre le milieu de vie à la communauté est difficile et fragile. Les résistances prennent origine parfois dans des expériences antérieures qui peuvent avoir eu un caractère anodin mais qui pour la personne âgée ont pris une grande importance. Les quelques initiatives du Groupe Harmonie ont donné lieu à des réactions très positives de la part des clients concernés. Mais le maintien d'une telle activité demeure tributaire du fonctionnement général de la personne. Le moindre dérangement peut annuler la participation à l'activité. Il est à noter que l'organisation et l'animation d'activités communautaires par des pairs semble en faciliter l'attrait et l'intégration.

Une autre initiative du Groupe Harmonie sur le plan de la socialisation a été de faciliter les contacts entre deux clients sur une base de voisinage. Ce lien s'est établi sur la base d'affinités personnelles et s'est avéré très apprécié. Le bénévole a servi alors de pivot pour faciliter le contact. Les clients ont ressenti le besoin de poursuivre la relation au delà d'une première rencontre. Un tel jumelage demande cependant que le fonctionnement du client se soit stabilisé pour une période significative et qu'il y ait consentement mutuel des parties pour amorcer de tels rapports. Une telle orientation de l'encadrement à la socialisation apparaît une avenue répondant bien à des personnes âgées réfractaires à tout ce qui ressemble à des groupes formels. Dans cette perspective, la tâche est un peu de reconstituer ou d'alimenter un réseau de soutien en tissant des liens personnels et fonctionnels dans l'esprit d'un voisinage.

Dans le même esprit, le Groupe Harmonie a réfléchi à la perspective que l'intervention bénévole puisse utiliser davantage les forces disponibles dans l'environnement immédiat de la personne âgée. Un tel appui permettrait de reconstituer ou d'alimenter un réseau de support favorisant la stabilisation du fonctionnement de la personne et même une intervention précoce lors d'un début de désorganisation.

Finalement, l'aide offerte par un client a montré l'importance d'utiliser les forces vives d'une personne âgée qui a été capable de se sortir d'une situation difficile. La personne âgée rétablie peut ainsi, si elle le désire, contribuer à l'action bénévole en venant en aide à des pairs. Cette expérience avait été vécue d'une façon très appréciée avec la mise en place de la *Taverne à sec*.

Il est clair dans la littérature sur les aidants naturels que l'aide entre les pairs représente une richesse en terme de support social et psychologique. Cependant, l'utilisation de ce potentiel pose un problème: comment organiser ce support pour une clientèle plus vulnérable, plus isolée et moins autonome comme celle desservie par les programmes de maintien à domicile? Ce problème est d'autant épineux dans un contexte climatique où les longs mois d'hiver amènent les personnes âgées à s'isoler davantage dans leur logement.

#### 4.3.5 Les spécificités du processus d'intervention

La réputation du Groupe Harmonie à l'intérieur du Programme SSD du CLSC Métro s'est beaucoup construite à partir de quelques cas excessivement lourds pour lesquels l'intervention d'Harmonie tient du miracle! N'y a-t-il pas plus d'impact que de voir quelqu'un intervenir efficacement lorsque plus rien n'est possible et lorsque les intervenants impliqués se disent complètement impuissants et épuisés face à la situation.

La réalité quotidienne de l'intervention du Groupe Harmonie est beaucoup moins spectaculaire. Elle est plus à l'image de la réalité vécue par l'ensemble des intervenants du Programme SSD. Elle est constituée d'espoir et de résignation, de répit et d'essoufflement, de satisfaction et de frustration. Les situations de la clientèle sont habituellement complexes et lourdes et les intervenants sont souvent confrontés à leurs limites. Il faut donc parfois sortir des sentiers battus pour tenter de concevoir l'intervention sous un angle différent, inhabituel. Oser aller plus loin, différemment!

Le bénévole se considère comme un travailleur communautaire et vise à améliorer le fonctionnement global du client en offrant support et accompagnement. Une grande attention est portée à l'expression des besoins du client et l'aide est offerte avec spontanéité et simplicité. Le Groupe Harmonie privilégie une approche globale. Les dimensions physique, psychologique, sociale et spirituelle sont considérées dans la compréhension de la problématique.

Une telle approche globale permet d'avoir une vision élargie et contextuelle d'une situation. L'intervention bénévole se fait cependant toujours dans un aspect spécifique de cette réalité. L'approche globale ne peut donc s'actualiser au niveau de l'intervention qu'en intégrant l'action bénévole à celle des autres types d'intervenants afin que chacun puisse assumer la part de responsabilités relative à son champ de pratiques et aux différentes dimensions de la problématique.

Face à une situation de déni, le bénévole ne fait aucune mention de sa spécificité en toxicomanie avant d'avoir apprivoisé la clientèle. Cette attitude de masquer la dimension

toxicomanie pose parfois des problèmes d'image, de visibilité publique et d'affichage dans le processus d'intervention. Si une telle approche est possible présentement c'est à cause de l'isolement de la clientèle et du très faible risque de la confronter à cette demi-vérité.

La relation de confiance se construit sur la base d'intérêts identifiés (ex.: photos, souvenirs, expériences antérieures, habiletés, passions...) afin de démontrer clairement une appréciation de ce qu'est la personne et non un jugement ou un intérêt de la changer dans ce qu'elle est. Une acceptation inconditionnelle se manifeste donc en rapport à la marginalité du client. Cette période d'apprivoisement suite à laquelle le bénévole peut aborder la question d'une consommation problématique est excessivement variable. Elle peut prendre de quelques heures chez une personne âgée qui reconnaît avoir un problème d'alcool à quelques mois chez celle qui nie avec véhémence en avoir un.

Face à une ouverture d'un aspect d'intimité, surtout dans un moment de grande vulnérabilité et de confidences reçues, la personne doit être rassurée qu'elle n'aura pas à y donner suite à moins qu'elle le désire. C'est elle qui détient le droit et la responsabilité d'entretenir cette confiance comme bon lui semble. En cours d'étude de cheminement, il est arrivé d'observer une telle situation. Une révélation avait rendu la cliente très mal à l'aise et elle s'était distancée de la bénévole de crainte d'avoir à donner suite à son ouverture. Cette situation montre les risques et les limites de la confiance. Elle montre également l'importance d'être très présent à la réalité immédiate du client afin de pouvoir en cerner la signification réelle et offrir en conséquence une intervention qui soit signifiante et aidante.

Le bénévole a le sentiment d'apporter du réconfort, un certain calme, de la valeur et un sens au quotidien de la personne âgée. La relation établie prend donc une place importante dans la vie de la personne et celle-ci ne vit parfois que dans l'attente d'un prochain téléphone ou d'une prochaine visite. Nous sommes en présence d'une clientèle souvent très dépendante qui, à travers les services offerts par un nombre considérable d'intervenants, en est venue, comme nous l'avons souligné précédemment, à être hospitalisée à domicile! Cette situation amène une interrogation sur la fréquence à laquelle maintenir le lien par crainte d'entretenir une dépendance et de nuire à la prise en charge.

Dans les situations de rechute, le bénévole peut être porté à se décourager et se démobiliser ainsi qu'à se culpabiliser pour les interventions qu'il aurait pu tenter. Le support et l'encadrement de la coordination et des autres bénévoles sont alors très importants (ex.: explication du sens à donner à une rechute, retour sur les événements et les interventions offertes) dans le maintien de l'implication bénévole.

Au Groupe Harmonie, l'appel téléphonique est très peu utilisé comme mode d'intervention auprès de la clientèle. La visite à domicile et l'accompagnement à des activités communautaires sont davantage privilégiés. Le contact se veut ainsi plus personnel et vise à rendre compte du contexte de vie du client afin de mieux orienter l'intervention. Il a été noté que certains clients peuvent en venir à surconsommer très facilement les services téléphoniques (ex.: 97 appels au service 24/7 durant une période de 8 mois environ). Une telle attitude de dépendance aux services n'est pas sans faire penser au client hospitalisé qui revendique l'intervention du personnel au moindre besoin.

Les interventions simples et ponctuelles, orientées vers de petites solutions fonctionnelles sont souvent le propre de l'action bénévole au Groupe Harmonie. Suite à un impact positif, il est arrivé que le professionnel se sentait indisposé se demandant pourquoi il n'y avait pas pensé avant, compte tenu du caractère simpliste de la solution. Là réside tout un univers entre l'aide naturelle et l'aide professionnelle. L'immédiateté de la relation bénévole, l'absence de cadre d'intervention (flexibilité) amènent une plus grande créativité et une plus grande adéquation entre le besoin exprimé et l'action offerte. Voici quelques exemples d'interventions pratiques ayant été offertes par les bénévoles du Groupe Harmonie durant la période d'observation:

- fabrication d'un horaire sur un gros carton afin de servir d'aide-mémoire
- déménager un sofa-lit embarrassant
- jouer aux dominos
- aller acheter des soldats de plomb pour une collection
- procurer une paire de bas de laine lorsque froid aux pieds
- n'écouter que pour entendre et comprendre
- reconnaître avoir vécu soi-même le problème
- accompagner à une activité communautaire
- dépister un besoin de services...

Ce type d'interventions répond à des besoins exprimés mais sert également de prétexte à établir ou entretenir une relation de confiance. Le client se sent plus reconnu dans ce qu'il est et s'ouvre davantage en rapport à ce qu'il vit. Un des exemples types survenus durant la période d'observation concerne la situation suivante:

Le client présente un problème d'alcool et est référé à l'équipe de psychogériatrie afin d'être évalué en rapport à sa compétence. Les intervenants du Programme SSD impliqués, jusqu'à présent, ont vécu frustration, impuissance et épuisement. Ils ont le sentiment d'avoir tout essayé et que l'impasse persiste. Le client continue à être désorganisé, ne veut pas modifier ses consommations et refuse maintenant d'avoir des services étant agressif à l'égard de certains intervenants.

Lors d'une étude interdisciplinaire de cas, à laquelle participait la coordination du Groupe Harmonie ainsi qu'un bénévole, il fut proposé par ce dernier à la toute fin de la discussion de tenter une visite au client sur la base d'un intérêt partagé pour le jeu de dominos. Lors de la première visite le bénévole joue aux dominos avec le client. Ils en jouent cinq parties tout en bavardant et le client s'ouvre comme jamais il n'a pu s'ouvrir à un autre intervenant. À la fin de la visite, il mentionne au bénévole qu'il peut revenir en tout temps, la porte lui sera toujours ouverte. Il exprime la motivation de cesser de consommer, de prendre soin de sa personne et de nettoyer son appartement. (Il est à noter que le client présentait un problème d'incontinence et qu'il avait été profondément humilié lors d'une visite antérieure où l'intervenant lui avait demandé de sortir pour tenir l'entrevue dans le corridor car l'odeur dans l'appartement était insupportable!)

Cet exemple illustre l'espoir qu'a pu susciter le bénévole. Il s'était dit dès le départ «il y a sûrement quelque chose à faire» et à tenter de créer un attrait lors de la visite en adoptant une approche personnalisée. Une telle ouverture relève plus de l'exception que de la règle. Par ailleurs, elle s'avère lourde d'engagement car l'espoir créé doit être entretenu par un suivi soutenu tout au moins dans les premiers temps, faute de quoi une profonde déception peut en résulter de la part du client. Il y a cependant l'avantage de pouvoir poursuivre l'intervention sur du tangible, du clairement dit, de l'immédiat et cela dans un climat de confiance et de respect. Il est à noter que le suivi s'est maintenu en collaboration avec les intervenants du Programme SSD et le client a atteint une abstinence et une amélioration très significatives de son fonctionnement à l'intérieur de la période d'observation.

Cette situation a provoqué chez les intervenants impliqués une réflexion sur l'impuissance qu'ils ont vécu et sur l'impact que peut avoir un changement de perspective dans la vision de l'intervention. Ce qui était devenu impossible était maintenant accompli. Une telle expérience devient très enrichissante à partager lors des séances de formation des bénévoles. Elle montre que le caractère artisanal du programme offre la flexibilité nécessaire à établir une relation sur la base d'une quelconque affinité, dite anodine, mais très significative pour la clientèle.

L'aide à la prise en charge doit se faire en conscience des différentes dépendances de la clientèle. Si le bénévole établit une relation teintée de dépendance, il doit s'assurer que cette dernière demeure un apport à la prise en charge. D'où l'exigence de tenter d'exercer un contrôle sur la nature et la portée de l'intervention. De fait, faire pour l'autre peut facilement brimer la prise en charge et aliéner davantage la personne dans un sentiment d'inutilité ou même de nullité.

Dans les situations les plus lourdes, la coordination du Groupe Harmonie évalue la pertinence de poursuivre l'intervention bénévole. Les bénévoles doivent demeurer libres de leur implication et maintenir un sentiment d'être capables de composer avec la situation. Faut de quoi, ce genre de situations brûle les ressources bénévoles et occasionne un abandon du groupe. La lourdeur d'une partie de la clientèle desservie durant la période d'observation pose la question d'un besoin de recruter et de former des bénévoles qui puissent composer avec des situations de crise.

#### 4.3.6 La collaboration avec les services du CLSC Métro

Ayant discuté précédemment de la collaboration dans le contexte de la référence nous nous attarderons davantage, dans cette section, à la collaboration obtenue tout au long de l'application du plan d'intervention.

Le Groupe Harmonie reçoit un support tangible et très précieux de la part du CLSC Métro. Il occupe gratuitement certains de leurs locaux et bénéficie de leur ameublement et de leurs facilités techniques (ex.: photocopieurs, magnétoscope, téléphones, envoi et réception du courrier...). Il bénéficie également d'un secrétariat servant à recevoir et à transmettre les appels et à assumer le travail de dactylographie. Sans un tel support du CLSC Métro et tenant compte des difficultés rencontrées jusqu'à présent au niveau du financement du programme, il est fort probable que le Groupe Harmonie, comme bien d'autres ressources communautaires, n'existerait plus. Dans la même foulée, il est à noter que dans les périodes les plus difficiles, la direction générale ainsi que la coordination du Programme SSD du CLSC Métro semblent avoir toujours appuyé les démarches entreprises par le Groupe Harmonie pour assurer sa survie. Ce support indéfectible a été très utile et fut grandement apprécié par la coordination du Groupe Harmonie.

Les rapports entretenus durant la période d'observation, entre la coordination du Groupe Harmonie et les responsables des différentes équipes du Programme SSD ainsi que leurs intervenants ont été, en général, détendus, cordiaux et informels. En fait, ils ont été à l'esprit du Groupe Harmonie et celui-ci est à l'image de la personnalité de son coordinateur. Cette situation s'apparente à celle de beaucoup d'autres organismes communautaires dont

la naissance, le fonctionnement et l'avenir du programme sont grandement tributaires de l'engagement de son âme fondatrice.

Ce rayonnement peut être décrié considérant les désavantages qu'il peut engendrer au niveau de la polarisation des tâches. Il peut l'être également pour la vulnérabilité qu'il amène au niveau de la survie du programme dans la perspective d'un départ de son responsable. Mais il semble, a priori, que cette situation soit un mal nécessaire tout au moins dans une étape d'élaboration et de consolidation de programme. Ce n'est que lorsque le programme a acquis un solide mode de fonctionnement, qu'il s'est donné un ajout continu de bénévoles et qu'il ait préparé la relève, qu'un tel *personnage* peut se permettre de se distancier sans mettre en péril la survie du programme.

Au niveau de l'application du plan d'intervention, la collaboration est plus facile lorsqu'elle implique la coordination du Groupe Harmonie comme intervenant bénévole car sa présence continue au programme permet des contacts plus fréquents et une transmission d'informations plus soutenue. Après chaque visite à domicile, il y a possibilité dans les jours qui suivent de faire le point si le besoin se manifeste. Dans ces situations, l'information circule donc relativement bien et aide à mieux orienter l'intervention. Elle assure également une plus grande consistance et une plus grande cohérence entre intervenants. Ce qui évite d'alimenter chez certains clients des attitudes de manipulation et de revendication dans un contexte d'abus de services.

La communication s'avère cependant moins facile entre les bénévoles et les intervenants du Programme SSD, compte tenu des disponibilités de chacun. Pour pallier à cette difficulté, l'information circule par l'intermédiaire de la coordination du Groupe Harmonie qui assume alors un rôle de courroie de transmission.

Le temps des bénévoles est consacré presque exclusivement aux visites à domicile et aux activités de ressourcement du Groupe Harmonie. L'étude du cheminement de la clientèle a montré qu'à plusieurs reprises les bénévoles ont également participé à des études de cas. Leur participation a été très appréciée en ce qui a trait au support offert aux intervenants et à l'orientation des interventions. Leur engagement personnel limite cependant la participation à ce type d'activité. Cette situation est déplorée de part et d'autre.

Un autre niveau de collaboration est lorsque le Groupe Harmonie dépiste des besoins requérant des services d'autres intervenants (ex.: travailleur social, pour des questions de budget, de salubrité ou de possibilité éventuelle de placement). Cette situation est parfois confrontante pour le bénévole car le client peut l'amener à se prononcer

ou à intervenir sur des aspects extérieurs à ses compétences. Un bénévole, par exemple, a servi d'intermédiaire entre l'infirmière et le client pour communiquer une information sur la prise de médicaments. Cette transmission d'information a suscité un froid entre le bénévole et le client et celui-ci s'est senti trahi. Par ailleurs, si le bénévole était intervenu en rapport à la prise de médicaments, il aurait interféré dans le rôle de l'infirmière.

Le caractère global de l'approche privilégiée du Groupe Harmonie est susceptible de mettre davantage le bénévole en situation d'intervenir face à de multiples aspects du fonctionnement de la clientèle. Or, il serait présomptueux de croire que le bénévole puisse assumer l'ensemble de ces différents volets de l'intervention. D'autant plus que le Groupe Harmonie dessert, nous l'avons dit, une clientèle lourdement hypothéquée.

Dans le contexte actuel, l'engagement de l'action bénévole doit s'effectuer dans l'esprit d'un support à l'intervention déjà offerte par le Programme SSD. Toute situation où la référence au Groupe Harmonie donnerait lieu à un désengagement des intervenants du Programme SSD et où le bénévole deviendrait le pilier de l'intervention serait alors susceptible de créer des attentes irréalistes et de provoquer un épuisement du bénévole. Nous devons le répéter, le Groupe Harmonie ne sauve pas le monde, même si sa réputation a été grandement alimentée par quelques interventions dont les effets ont paru miraculeux! Il y a toujours danger de surtaxer des aidants, surtout naturels, envers lesquels on entretient de telles attentes.

Un dernier aspect de la collaboration réside dans la façon de composer avec l'absence d'affichage de la mission du Groupe Harmonie. Un exemple nous est fourni durant la période d'observation. En effet, un client est devenu très agressif à l'égard d'un bénévole après qu'un intervenant lui ait dit qu'il était visité par une personne spécialisée en toxicomanie. De plus, l'intervenant a confronté le client à son alcoolisme à la veille même de partir en vacances! Cette situation décrit brièvement, mais assez bien, les écueils pouvant surgir d'un manque de collaboration ou d'un manque de cohérence dans l'intervention entre un bénévole et un intervenant du Programme SSD.

La collaboration doit donc être alimentée par la transmission régulière d'informations à l'ensemble des intervenants sur la nature du programme Harmonie et sur la problématique alcoolisme et pharmacodépendance dans son ensemble. Ce qui favorise une meilleure utilisation de la spécificité du Groupe Harmonie et un plus grand respect de ses limites et de ses contraintes. Car si la collaboration est mutuellement désirée, c'est aux services professionnels qu'il incombe, à notre avis, d'apporter les ajustements nécessaires pour s'adapter aux réalités du Groupe Harmonie, et non l'inverse. Toute action bénévole doit être maintenue dans son intégrité et son originalité afin de pouvoir en faire jaillir d'une

façon créatrice les énergies spontanées émanant de la gratuité et de la gracieuseté de l'aide et du support offerts. Cette position est partagée par plusieurs auteurs dans la littérature concernant l'action communautaire. Guay (1984) mentionne à cet effet, que:

**«Le respect intégral des façons de faire des non-professionnels est une condition prérequis fondamentale à toute collaboration avec eux.»**  
(p.24)

#### 4.3.7 La collaboration avec l'équipe de psychogériatrie

Nous avons considéré pertinent de réserver une section pour décrire la collaboration existant entre le Groupe Harmonie et l'équipe de psychogériatrie du CLSC Métro. Ces deux services sont utilisés par les intervenants du Programme SSD aux fins d'évaluation et de support à l'intervention reliée à des problématiques spécialisées.

Durant la période d'observation nous avons assisté à une rencontre entre les membres des deux programmes. Cette rencontre visait à discuter des cas litigieux (psychiatrie vs toxicomanie) et de la responsabilité de chacun des programmes en vis-à-vis la clientèle âgée ayant des problèmes d'alcoolisme et/ou de pharmacodépendance.

La position du Groupe Harmonie est que la référence en psychogériatrie ne devrait se faire que pour les cas de toxicomanie ayant une incidence psychiatrique. Le Groupe Harmonie s'attribue le mandat et la capacité d'intervenir plus spécifiquement avec la clientèle ne présentant pas de pathologies psychiatriques ou de syndromes organiques.

Or, la frontière entre l'incidence psychiatrique, l'incidence neuropsychologique ou le syndrome organique consécutif à l'intoxication est très difficile à identifier chez une personne âgée intoxiquée présentant des symptômes de désordres cognitifs ou de confusions mentales. De son côté, l'équipe de psychogériatrie ne s'entend pas sur le fait qu'elle doive s'occuper des alcooliques chroniques. Peut-on vraiment se prononcer sur le degré de dépendance et de chronicité d'une personne sans qu'il y ait eu au préalable une évaluation adéquate? Ces zones grises obligent donc de pousser une démarche d'évaluation même si ce ne serait que pour tenter d'identifier les facteurs étiologiques et de vérifier l'évolution de la personne dans le cadre de la démarche d'évaluation.

Par ailleurs, l'état d'intoxication d'une personne âgée ne doit pas être un empêchement à enclencher une telle démarche d'évaluation bien qu'elle en impose ses limites et ses contraintes. S'il s'avère que des problèmes psychiatriques sont sous-jacents au problème

de toxicomanie, particulièrement dans les situations d'alcoolisme primaire, les premiers devraient faire l'objet de traitement avant d'aborder les seconds.

Le mandat de la psychogériatrie est d'évaluer et d'intervenir à court terme auprès d'une clientèle présentant des problèmes de fonctionnement associés au vieillissement. Ces problèmes peuvent être d'ordres physique, psychologique ou social. Or, un tel mandat couvre l'intervention auprès d'une clientèle âgée qui a développé tardivement ou qui a amplifié un problème de toxicomanie. La psychogériatrie est donc susceptible, pour une telle clientèle, de venir supporter le travail des équipes du Programme SSD et celui des bénévoles du Groupe Harmonie.

Son expertise peut être grandement appréciée pour faciliter la compréhension des symptômes observés et définir de meilleures pistes d'intervention. La disponibilité de cette équipe ainsi que sa composition multidisciplinaire la rendent très attrayante comme ressource d'évaluation, lorsqu'on considère que l'alternative est la référence gériatrique ou psychiatrique en milieu hospitalier. Ce dernier type de référence soulève beaucoup de résistance de la part de la clientèle du Groupe Harmonie. Par ailleurs, cette clientèle ne provoque pas l'enthousiasme chez le personnel hospitalier qui y voit, souvent à tort, un risque important d'institutionnalisation ou d'incapacité de pouvoir bénéficier des services offerts.

En cours de période d'observation, le Groupe Harmonie a utilisé à deux reprises l'équipe de psychogériatrie pour des fins d'évaluation. Dans un cas en particulier, la référence a eu lieu après que le Groupe Harmonie ait identifié les symptômes probables d'une psychose maniaco-dépressive. Le diagnostic fut effectivement prononcé et un traitement approprié a grandement facilité l'amélioration du fonctionnement du client. À la lecture du dossier antérieur, il est à noter que ce syndrome n'avait pas été considéré bien qu'il ait été formulé une première fois en 1985. Les intervenants associaient les fluctuations de l'humeur et des comportements du client à de simples périodes d'intoxication à l'alcool.

De leur côté, l'équipe de psychogériatrie a référé au Groupe Harmonie à quelques reprises pour des besoins de support spécifiquement reliés au sevrage, à la difficulté pour la clientèle de contrôler la consommation ou de s'en abstenir. Hors, une telle référence confine l'action bénévole à une intervention spécialisée en toxicomanie, ce qu'elle n'est pas dans les faits. Très souvent, ce n'est qu'indirectement que le Groupe Harmonie intervient en rapport à cette problématique spécifique. Son action, comme nous l'avons dit précédemment, tient compte des différents aspects du fonctionnement de la personne et le problème de consommation est souvent esquivé, abordé tardivement ou progressivement et amené dans un contexte global d'intervention.

Une telle collaboration n'est possible que dans quelques cas où le client a reconnu avoir un problème de toxicomanie et a exprimé le désir d'être supporté dans sa démarche de cesser ou de se maintenir abstinente. Lorsqu'il y a une si grande ouverture, le support peut très bien être offert également par les différents intervenants impliqués ou les membres de l'entourage pour peu que leur action soit encadrée et coordonnée par une même personne ressource compétente en la matière. Les problèmes de toxicomanie ne peuvent donc pas être abordés en vase clos et l'intervention qu'ils amènent ne peuvent se dissocier de l'ensemble du fonctionnement de la personne.

Si notre système de santé et de services sociaux s'est orienté vers une spécialisation et une compartimentation de l'intervention, il en va tout autrement de l'existence et de la survie des organismes communautaires qui se doivent de sauvegarder une perception globale de l'individu et un spectre plus large dans l'intervention offerte. Il y a cependant le risque qui en découle d'être perçus et utilisés à toutes les sauces en rapport à la problématique qui fait l'objet de leurs interventions.

#### 4.3.8 La collaboration avec les autres établissements du réseau

La collaboration avec les autres établissements du réseau se résume à la référence aux unités d'urgence, gériatriques et psychiatriques, ainsi qu'aux centres de jour et aux cliniques externes des trois principaux centres hospitaliers du territoire, soit le Reddy Memorial, l'Hôpital général de Montréal et l'Hôpital Royal Victoria. À l'occasion, des démarches de référence ont été faites à l'unité de désintoxication de l'Hôpital St-Luc, aux Centres d'accueil Préfontaine et Domrémy-Montréal. Finalement, les liens de collaboration qui ont été documentés n'incluent pas les autres ressources médicales et sociales de la communauté, utilisées par la clientèle.

Compte tenu des limites inhérentes au financement de l'étude, nous n'avons pu documenter plus spécifiquement les rapports de collaboration avec l'ensemble de ces différentes ressources et définir précisément la nature et la fréquence des multiples services qui ont pu y être dispensés. Il aurait été fort intéressant d'avoir un tel relevé de la situation pour être capable, dans une étude plus poussée, de comptabiliser les coûts des services de santé et des services sociaux rendus à cette clientèle. Il aurait été possible également de documenter beaucoup plus le cheminement de la clientèle dans le processus de référence et surtout dans la continuité de l'intervention offerte par les différentes ressources du réseau.

Faute d'avoir ces données, nous avons quand même quelques indices de l'utilisation des ressources médicales que nous avons documentées dans le profil descriptif de la

clientèle cible. C'est à partir de ces données et des observations dégagées que nous sommes à même d'apporter quelques commentaires sur la collaboration obtenue.

Par exemple, lors des suivis médicaux et des hospitalisations pour investigations médicales ou pour des chirurgies, la collaboration est beaucoup plus maintenue avec les intervenants du Programme SSD. Les observations recueillies dans le cheminement de la clientèle montrent une bonne satisfaction de la collaboration obtenue. Le Groupe Harmonie y est cependant très peu impliqué, bien qu'habituellement informé de l'évolution de la clientèle.

Il en est tout autrement pour les références lors d'intoxication aiguë. La coordination du Groupe Harmonie ainsi que quelques bénévoles ont eu à maintes reprises, à déployer des énergies, à servir de pivot et même à intervenir pour permettre la référence à l'hôpital ou le maintien de l'hospitalisation. La clientèle âgée ayant des problèmes de toxicomanie est une clientèle qui soulève beaucoup de résistances chez les intervenants du réseau et le Groupe Harmonie doit fréquemment composer avec cette résistance pour faire valoir la nécessité d'offrir des services adaptés répondant aux besoins spécifiques de cette clientèle.

La tâche s'est avérée d'autant plus ardue dans la majorité de ces cas, que la clientèle était donc dans une situation de crise et nécessitait une intervention rapide. Les conditions d'insalubrité et d'hygiène personnelle dans lesquelles se retrouvent alors la clientèle en crise ont souvent été qualifiées d'indescriptibles, d'inhumaines, de répugnantes et de dangereuses. Par exemple, un intervenant note:

«L'appartement est dans un état inqualifiable, excréments par terre. Plancher de bois soulevé. Tout est par terre et mouillé. Cliente dit que ce n'est pas grave car le plancher va absorber et cela va tomber à l'autre étage. Cliente est à haut risque de chute, de feu et d'inondation.»

Le voir pour le croire ne peut suffire à supporter l'intervenant du Programme SSD ou le bénévole désireux de sortir à tout prix et le plus rapidement possible la personne d'une telle situation. Il faut une mobilisation des ressources et l'utilisation d'alternatives pour venir en aide immédiatement à cette personne qui n'est alors que souffrance.

Mais comment réagir lorsqu'après maints efforts, Urgence-Santé oriente la personne au service d'urgence d'un hôpital et qu'après plusieurs heures d'attente dans un corridor, la personne se fait dire par un médecin, qu'elle doit s'en retourner chez elle et qu'il justifie sa décision clinique en marquant au dossier: «déchets de la société, désire dormir, encore saoul, agressif, congé avec ma bénédiction».

Dans une autre situation, un chirurgien précise au coordinateur du Groupe Harmonie, suite à une intervention chirurgicale, que le client (abstinent depuis quelques semaines avant l'hospitalisation) a un cancer et qu'il n'a que quelques mois à vivre et il ajoute: «That guy is just a bum anyway.» !!

Ces deux citations, choisies parmi d'autres, ont été recueillies à l'extérieur de la population étudiée et elles représentent heureusement des réactions extrêmes et excessivement rares. Mais elles témoignent des limites que peuvent atteindre l'intolérance et l'incompréhension d'intervenants face à la souffrance humaine. La présente étude a documenté, malheureusement, quelques situations qui, sans aller à un tel niveau de rejet, peuvent soulever beaucoup de critiques et d'interrogations face à la nature et à l'éthique de l'intervention. Pour en témoigner voici les notes suivantes inscrites à un dossier:

Client a un cancer des os. Phase terminale, très conscient. Reçoit forte médication et traitement en radiothérapie mais sans résultats. Très forte douleur qui persiste. Sous-alimentation et très faible hydratation. Ne boit plus d'alcool. Ne respecte pas sa médication. Fume à la chaîne car dit que c'est la seule chose qui lui enlève sa tension. Se fait dire par un médecin qu'il a toujours été nerveux et incapable d'y faire face. Douleur s'accroît au niveau cervical. Référé à l'urgence pour se faire installer un collet cervical pour éviter une fracture des vertèbres. Appel de l'urgence qui demande pourquoi le client a été amené à l'hôpital car il n'y a rien à faire. Retour à domicile. Client très souffrant et attend que quelqu'un vienne lui donner ses médicaments. Intervenant du Programme SSD se dit scandalisé car il y avait eu entente pour admettre le client, puis l'orienter en milieu de convalescence. Le client est décédé 4 jours plus tard.

Les clients qui ont été référés à l'urgence d'un hôpital alors qu'ils étaient en état d'intoxication (27 % de la clientèle cible) ont vécu, pour la très grande majorité, un retour rapide à domicile. Une cliente s'y est même fait reconduire, par Urgence-Santé, à cinq reprises durant la période d'observation. Et elle y est retournée, à nouveau, à deux reprises au cours des deux mois qui ont suivi la période d'observation. Cette dernière situation s'apparente au *syndrome de la porte tournante* qui a été documenté au chapitre 1.

Dans un tel contexte, une réalité décrite à quelques reprises par les intervenants du Programme SSD et par le Groupe Harmonie est justement le retour précipité (24 h à 48 h) à domicile et le manque de continuité de l'intervention suite à un constat d'incapacité de venir en aide à la clientèle. Par exemple, une cliente s'est fait modifier les trois quarts de ses médicaments sans que le médecin traitant soit contacté. Ce qui a donné lieu à des réactions très agressives de la cliente et à une intervention rapide du médecin traitant pour

réajuster à la baisse la posologie de certains médicaments qui accentuaient chez la cliente des symptômes d'apathie et de dépression.

Finalement, il est à souligner les tentatives d'utiliser les ressources spécialisées en désintoxication et en réadaptation. À quelques reprises, la coordination du Groupe Harmonie a tenté de référer une clientèle à ce type de ressources. Chaque fois, la référence s'est soldée par un échec, soit que la cliente n'acceptait plus de s'y rendre ou soit qu'elle signalait un refus de séjour. Ces situations débordent la simple question de la collaboration, car très souvent la collaboration offerte était appréciée. En fait, elles soulèvent davantage le fait que ces ressources spécialisées ne sont pas habilitées et parfois organisées pour recevoir une clientèle âgée, lourde et peu mobile.

Ce constat au niveau de l'utilisation de différents établissements du réseau pour les clientèles âgées présentant des problèmes de toxicomanie oblige une réflexion sur la capacité d'une société de venir en aide aux personnes les plus démunies. La situation nous apparaît dépasser les stéréotypes et les préjugés vis-à-vis un type de clientèle en particulier. D'une façon plus globale, nous sommes en présence d'un choc culturel où la culture professionnelle qui domine dans les établissements, se bute à la culture de la pauvreté qui se retrouve dans différentes enclaves du tissu social. La distance qui sépare ces deux cultures contribue grandement à rendre inopérant les services offerts (Paquet, 1989). Il ne faudrait donc pas se surprendre, bien qu'on puisse le déplorer, que le taux de refus de recevoir des services de santé, à l'un ou l'autre des moments de la période d'observation, est si élevé à l'ensemble de la population cible (56 %).

Cette clientèle ne s'y retrouve pas dans un système de santé qui possède un langage, des valeurs, des attitudes et des formalités qui sont à mille lieux de leur propre univers. Ce qui contribue à la rendre excessivement réfractaire à toute forme d'ajout de services et particulièrement lorsqu'il est question d'une orientation en milieu hospitalier. Il n'est pas rare d'entendre dire de cette clientèle : « *S'ils me sortent d'ici, ça va être les pieds devant!* »

#### 4.4 GESTION

##### 4.4.1 Le portrait type du bénévole

Le portrait type du bénévole du Groupe Harmonie a été constitué à partir des 19 bénévoles faisant partie du Groupe Harmonie en date de novembre 1989. Les deux (2) personnes assumant la coordination du programme sont exclues de ce profil. Il est cependant à noter qu'elles sont âgées respectivement de 35 ans et de 62 ans et poursuivent

toutes les deux une formation universitaire après avoir complété dans un premier temps un certificat en toxicomanie. Le coordinateur, doyen du groupe, poursuit présentement une maîtrise en andragogie à l'Université de Montréal.

10 femmes et 9 hommes constituent donc le groupe de bénévoles. L'âge moyen est de 39 ans, l'écart allant de 24 à 50 ans. 16 personnes ont comme langue maternelle le français, 11 d'entre elles se disent en mesure de parler également l'anglais. 7 sont étudiants et les métiers exercés par celles qui travaillent sont très variés; comédien, camionneur, intervenant professionnel, administrateur, représentant, vendeur, serveur..

L'ancienneté au programme est très variable. 6 personnes ont une expérience de plus de 2 ans au Groupe Harmonie. Elles représentent un élément de stabilité pour le programme, principalement pour le support à l'intégration de nouveaux bénévoles.

15 personnes disent avoir eu de l'expérience comme bénévole avant de se joindre au Groupe Harmonie, dont 12 auprès de personnes âgées. 9 personnes ont été recrutées à partir de cours universitaires et 6 personnes l'ont été à partir d'annonces dans les journaux.

7 personnes disent avoir complété ou être inscrites au certificat en toxicomanie (2 pour le certificat en gérontologie). 11 personnes disent avoir vécu dans le passé des problèmes associés à la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues et 4 d'entre elles disent avoir été en traitement pour leur problème de consommation.

La motivation d'agir comme bénévole est principalement associée à un désir d'aider les autres, d'acquérir de l'expérience et de partager. Plusieurs bénévoles y voient également une source d'inspiration pour leur cheminement personnel. Cette dernière motivation met davantage en évidence l'importance d'obtenir un lieu de réflexion et de partage sur la réalité du vieillissement. C'est ainsi, comme nous avons eu l'occasion de le souligner précédemment, que les activités offertes aux bénévoles sont pour ces derniers tout autant importantes que l'action bénévole auprès de la clientèle.

Rappelons-le, la clientèle desservie est souvent en situation de très grande vulnérabilité. Le fait que l'action bénévole se fasse à domicile, habituellement sans accompagnement, comporte des incertitudes et parfois des risques qui peuvent facilement confronter le bénévole dans sa capacité d'intervenir d'une façon à propos. Les départs de nouveaux bénévoles, en cours d'année, ne sont pas étrangers à la lourdeur de la tâche et à leurs aptitudes à y faire face. Cette situation soulève un questionnement en rapport aux caractéristiques que devraient posséder les bénévoles. Mais qui dit recherche d'un profil mieux identifié dit un bassin de recrutement plus large et un processus de sélection plus rigoureux.

À cet égard, Guay (1984) fait mention de certaines caractéristiques à privilégier dans la sélection de bénévoles. C'est ainsi qu'il mentionne que:

*«C'est l'expression personnelle authentique et sentie qui est le critère fondamental pour choisir les bénévoles.» (p.157)*

Guay ajoute qu'il faut éviter de sélectionner des personnes ayant des attitudes paternalistes basées sur la pitié ou encore sur des préjugés. Celles qui sont animées de grands idéaux et d'un désir de changer le monde ou celles qui sont intellectuellement attirées par l'action bénévole ne doivent pas être retenues. Il termine en identifiant des aptitudes personnelles à rechercher, soit la capacité d'accepter des expériences de vie différentes des nôtres, d'avoir un bon jugement et une capacité de discernement, d'avoir une écoute empathique, une chaleur émotive, une maturité ainsi qu'une stabilité émotionnelle.

On constate donc que le bénévolat est très exigeant lorsqu'il s'inscrit dans un contexte d'aide et de support. Cette exigence est d'autant plus grande lorsque les personnes aidées sont vulnérables, en difficulté, voir même en crise. Il va chercher au fond de soi ce qui a de plus humain afin de s'ouvrir à la souffrance et de tenter de faire jaillir spontanément quelques lueurs d'espoir ou de simples soulagements dans l'instant présent.

#### 4.4.2 Le recrutement des bénévoles

De novembre 1988 à novembre 1989, soit durant la période d'observation, deux bénévoles sont décédés. Ils étaient les doyens du groupe de bénévoles. De plus, 12 bénévoles se sont retirés du Groupe Harmonie durant la même période. Quatre d'entre eux étaient au programme depuis plus de deux ans. La très forte majorité n'offrait plus de disponibilité pour assumer un jumelage avec la clientèle. Durant la même période, 11 nouveaux bénévoles sont venus se joindre au groupe.

Historiquement, le recrutement de bénévoles au Groupe Harmonie s'est beaucoup effectué dans le cadre de stages d'étudiants des certificats en toxicomanie et en gérontologie en plus du programme de formation en soins infirmiers de l'Université de Montréal.

Cette situation a amené un type de bénévoles déjà sensibilisé aux réalités des toxicomanies ou du vieillissement. Certains agissent même comme intervenants dans le réseau auprès de l'une ou l'autre des clientèles.

La coordination du Groupe Harmonie a maintenu un effort périodique pour organiser des représentations dans la communauté et assurer une publicité dans les médias

afin de recruter de nouveaux bénévoles. C'est ainsi, par exemple, qu'elle a participé à un *poster session* lors de portes ouvertes organisées pour la rentrée scolaire de septembre 1989 à l'Université de Montréal et à l'Université McGill. Cette démarche s'est avérée cependant moins efficace que celles faites en cours d'année au Service de bénévoles de Montréal. Des annonces ont paru dans des journaux d'étudiants (ex.: le *Continuum*), un journal local (*Downtownner*) et dans le quotidien *The Gazette*.

Comme nous l'avons montré dans le profil descriptif au chapitre 2, le Groupe Harmonie dessert une clientèle majoritairement anglophone et il se voit obligé de recruter, en conséquence, des bénévoles capables de répondre à cette réalité culturelle et linguistique. Or, à cause des milieux actuels de recrutement, il y a une insuffisance de bénévoles anglophones. Un projet est présentement envisagé avec un journal du centre-ville. Celui-ci s'engagerait à faire de la publicité périodique sur le besoin de recrutement de bénévoles au Groupe Harmonie et en retour la coordination du Groupe Harmonie fournirait de courts articles sur la gérontoxicomanie.

Le recrutement de bénévoles a donc demandé à être poursuivi sur une base continue et doit même s'accroître. Cette démarche représente un des fondements de la survie d'un groupe communautaire. L'action bénévole étant gratuite et non structurée il est très difficile de planifier l'utilisation des ressources disponibles. Les bénévoles impliqués dans le groupe Harmonie ont une disponibilité très variable et souvent limitée de par le fait qu'ils cumulent déjà un travail et une formation.

La volatilité du recrutement est d'autant plus marquée que le recrutement des personnes qui viennent des certificats mentionnés passe par des stages au Groupe Harmonie et ce n'est qu'à la fin de ceux-ci que l'étudiant décide de continuer ou non son implication comme bénévole. La proportion de ceux qui restent est toujours moindre que le nombre de stagiaires. Ce qui implique toujours un nombre de départs plus grand que le nombre d'arrivées avec ce qui s'en suit au niveau de la stabilité du groupe de bénévoles.

Des tentatives ont été faites pour axer le recrutement vers des ressources plus diversifiées en misant sur l'attrait et l'intérêt en dehors des structures de formation. Mais cette démarche demeure difficile et le nombre de bénévoles recrutés très limité. La problématique toxicomanie et particulièrement auprès des personnes âgées semble attirer moins l'action sociale que des populations socialement plus visibles et moins marginales. Un recrutement pourrait s'effectuer à partir des secteurs de réadaptation et des mouvements d'entraide (ex.: annonce dans *La vigne* des Alcooliques Anonymes). Des démarches ont été amorcées dans ce sens en cours d'année sans qu'il en découle pour l'instant des résultats concrets. Il est certain que le programme gagnerait à accroître son bassin de bénévoles car

la demande de services est presque toujours plus forte que la capacité du programme d'y répondre.

Le Groupe Harmonie ressent le besoin d'accroître le bassin de bénévoles. Il y a, ainsi, un désir de procéder à un appariement qui tienne compte des affinités interpersonnelles. La conséquence de l'utilisation d'une telle stratégie est d'accroître à l'occasion la période de temps durant laquelle un bénévole est non utilisé. La lourdeur de la clientèle accentue parfois cette période d'attente. La coordination du Groupe Harmonie tente alors d'éviter de mettre le bénévole dans une situation qui aurait pour effet de provoquer l'essoufflement et le retrait du programme. Le Groupe Harmonie se retrouve en bout de piste avec une situation paradoxale qui est de mettre en attente des clients pour un éventuel jumelage et d'en faire autant avec des bénévoles disponibles.

Un bon bassin de bénévoles permettrait à la coordination de se distancier de sa tâche d'intervention et d'accroître son implication aux niveaux de la formation et du support à l'action bénévole ainsi qu'à l'entretien de liens de collaboration avec le Programme SSD afin d'amener davantage de dépistages et d'interventions précoces.

Finalement, le Groupe Harmonie a exprimé en cours d'année le désir de recruter des personnes âgées comme bénévoles. Les quelques bénévoles âgées ayant fait partie du groupe, jusqu'à présent, ont été grandement appréciées par la clientèle. La doyenne du groupe est décédée en début d'étude, à l'âge de 71 ans, et c'est avec beaucoup de tristesse et de gratitude que le groupe a souligné ce départ.

#### **4.4.3 La formation et le ressourcement des bénévoles**

L'action bénévole comporte une part de motivation à retirer d'expériences personnelles et à faire partie d'un regroupement. La dimension socialisante de l'action bénévole est donc importante à entretenir et comporte en soi ses propres gratifications. Le bénévole se présente avec un désir de donner mais également avec un besoin de recevoir. L'action bénévole est perçue comme une occasion choisie délibérément de grandir à travers ce type d'expériences personnelles.

Dans un premier temps, le nouveau bénévole est introduit au Groupe Harmonie en recevant des informations sur la nature du programme, la clientèle desservie, la nature des services dispensés. Une discussion est faite des attentes et des besoins du bénévole dans sa motivation à offrir sa disponibilité. De plus, les nouveaux bénévoles se font offrir une liste de documents disponibles au programme qui sont à lire ou à visionner pour fins de complément au processus d'intégration au groupe de bénévoles. Cet encadrement initial

veut assurer que tous les bénévoles auront reçu un minimum d'information dans le respect de l'esprit du programme et dans une compréhension partagée de la problématique.

Les activités spécifiques de formation et les rencontres bimensuelles se réalisent dans une atmosphère agréable et semi-formelle. Durant la période des fêtes et durant l'été, les bénévoles se rencontrent également pour le simple plaisir d'être ensemble et d'avoir la possibilité de partager sans aucune référence aux réalités de leur action bénévole. Cette dimension communale est perçue comme importante par le groupe dans l'entretien d'un sentiment d'appartenance et de solidarité.

Les rencontres bimensuelles sont une modalité par laquelle la coordination du Groupe Harmonie offre une occasion de ressourcement pour les bénévoles. Elles représentent l'activité pivot à partir de laquelle sont recherchées la cohésion du groupe et la cohérence dans les différentes actions bénévoles. Une attention particulière est portée aux renforcements positifs des actions que posent les bénévoles. On tente ainsi de valoriser la spontanéité, l'initiative personnelle et la confiance en soi dans les actions posées. Par ailleurs, il y a mise en évidence des expériences particulières qui viennent témoigner de la réputation que le Groupe Harmonie a développé comme ressource communautaire. De telles modalités contribuent à entretenir une certaine fierté des bénévoles à faire partie du groupe et les dynamisent davantage dans leur implication.

Ces rencontres se tiennent sur une base statutaire pour permettre de planifier les disponibilités de chacun. La coordination assume quand même une relance téléphonique pour confirmer les participations. L'animation se fait par un des deux membres de la coordination et le style d'animation privilégié favorise la participation des bénévoles et leur prise de position. Un professionnel du Centre d'accueil Domrémy-Montréal a agi comme personne ressource à ces rencontres dans le cadre du financement du programme par la Direction de la réadaptation du MSSS. La fonction de ce professionnel sera décrite dans la section suivante.

À quelques reprises durant l'année, ces rencontres ont été décommandées faute d'avoir suffisamment de participants. Les plus faibles taux de participation et les annulations d'activités ont coïncidé avec les périodes de sessions universitaires durant lesquelles les bénévoles, engagés dans des programmes de formation, étaient à produire leurs travaux ou préparer leurs examens. Le nombre de participants a pu varier entre 5 à 14 et il y a eu relâche de cette activité durant la période estivale.

La transmission de l'information est un premier sujet traité lors de ces rencontres. Elle concerne les informations de l'actualité en toxicomanie et en gérontologie, le

fonctionnement du programme, les liens avec le CLSC Métro et d'autres établissements du réseau, les ressources communautaires et les activités de représentation du coordinateur. Des sujets variés et pertinents sont amenés parfois sous le couvert de l'anecdote et entretiennent un climat de spontanéité dans la transmission de l'information.

Un deuxième volet est celui des études de cas. Elles génèrent une réflexion personnelle et une discussion sur une situation vécue auprès de la clientèle. L'étude de cas se fait sur la base d'une description sommaire des différents niveaux de fonctionnement de la clientèle. Les participants tentent ainsi d'en cerner la réalité globale ainsi que les particularités associées au problème de consommation. Elles tentent de mettre en évidence la nature et la spontanéité de leurs actions bénévoles et l'identification de stratégies d'intervention.

Dans cette perspective, une attention particulière est portée sur l'identification de ce que le groupe appelle des *points d'encrage*. Ces derniers représentent des situations, des intérêts, des comportements ou des propos qui donnent à la personne âgée un sens concret (ou métaphysique) à son existence et permettent au bénévole d'orienter son intervention. Par ailleurs, ces études de cas sont également l'occasion de partager sur le rôle qu'entretient le bénévole dans l'ensemble d'un plan d'intervention et d'identifier les conséquences et les limites de ses implications. À cet effet, plusieurs études de cas en cours d'année ont montré que les bénévoles font face à des situations qui dépassent leur champ d'intervention et qui les confrontent dans leur sentiment de compétence. Ces situations amènent un questionnement en rapport au respect de ses propres limites mais également à la responsabilité des différents intervenants impliqués.

Les discussions thématiques représentent un autre volet de ces rencontres. Elles servent à stimuler l'implication des participants et à favoriser la prise de position sur des sujets variés. Les croyances, les valeurs et les attitudes de chacun sont ainsi exprimées et donnent l'opportunité de situer un sujet en confrontant différents points de vue. Les thèmes gravitent autour de la toxicomanie et de différents aspects du vieillissement ou des conditions de vie des personnes âgées. Des documents télévisés présélectionnés servent habituellement utilisés de départ à la discussion.

Une autre dimension de ces discussions thématiques est le partage informel d'expériences vécues auprès de la clientèle avec ce que cela sous-tend comme engagement et comme réactions personnelles. Un tel partage a été abandonné pendant plusieurs mois et les bénévoles ont exprimé le désir de le réintroduire aux rencontres bimensuelles. Finalement, en fin de période d'observation, le groupe a pris l'initiative de mettre davantage à profit les compétences et les intérêts de chaque participant. Les bénévoles intéressés présenteront, aux fins de discussion, des thèmes qu'ils auront eux-mêmes préparés.

Les points d'orientation concernent des discussions critiques sur la nature des actions bénévoles et sur le fonctionnement du programme. Ils se veulent constructifs afin d'apporter les ajustements susceptibles d'en améliorer le fonctionnement. Ce volet veut également stimuler la créativité des participants pour tenter d'identifier de nouvelles pistes d'intervention et de permettre au programme de se développer tout en respectant l'esprit original de son mode d'intervention.

#### 4.4.4 Le support professionnel

En 1988, suite à une injection budgétaire du MSSS le CLSC Métro, le Centre d'accueil Domrémy-Montréal et le Groupe Harmonie signaient un entente visant le financement de ce dernier. Dans cette entente Domrémy-Montréal convenait:

- d'affecter un professionnel en consultation clinique auprès du Groupe Harmonie à raison d'une journée par mois
- d'inclure les membres du personnel du Groupe Harmonie dans les diverses activités de formation et de perfectionnement offertes à l'ensemble de son personnel.

Ces ressources étaient mises à la disposition du Groupe Harmonie dans le but de consolider le modèle d'intervention actuellement préconisé par Harmonie et le CLSC Métro. C'est ainsi, à compter de novembre 1988, qu'un professionnel de Domrémy-Montréal a débuté sa participation aux rencontres bimensuelles du Groupe Harmonie. Cet intervenant possédait une expérience clinique dans le domaine de l'intervention communautaire et exprimait une motivation d'assumer le rôle de personne ressource au Groupe Harmonie. Ses interventions ont visé à apporter des commentaires, des réflexions ainsi que des interrogations visant à nourrir la discussion et à stimuler l'implication des bénévoles. La référence à une perspective théorique et clinique apporta un relativisme permettant de replacer l'intervention bénévole dans un contexte plus large et à confronter, en conséquence, les bénévoles dans leurs limites à intervenir.

Or, dans le cadre des études de cas, son rôle a suscité la mise en évidence de certaines réalités de l'action bénévole qui ont pu paraître humainement ou cliniquement inacceptables et qui sont associées aux réalités que nous avons abordées dans la section concernant la collaboration avec les différentes ressources. Il s'est avéré très critique face à la lourdeur de la clientèle référée au Groupe Harmonie et a déploré que les bénévoles eux-mêmes puissent s'en mettre autant sur les épaules en ne se limitant pas à de l'accompagnement et à du support. Dans ce contexte, il lui est apparu très difficile de croire que le Groupe Harmonie puisse respecter l'aspect *artisanal* de son mode d'intervention.

En juin 1989, cet intervenant a cessé d'assumer sa tâche de personne ressource au Groupe Harmonie. Depuis, Domrémy-Montréal ne s'est pas prononcé sur la poursuite et les modalités de ce support professionnel.

La deuxième modalité de support professionnel, soit l'accessibilité à des activités de formation professionnelle, est demeurée opérante et la coordination du Groupe Harmonie s'en est prévalu au début de l'année 1989.

#### 4.4.5 Les stages

Les stages ont été la porte d'entrée pour beaucoup de bénévoles depuis la formation du Groupe Harmonie. C'est donc une opportunité de recruter des bénévoles qui ont un minimum de formation et parfois beaucoup plus et qui présentent un intérêt certain pour la problématique. S'étant impliqués activement et intensément durant leur période de stage, certains développent une motivation de poursuivre leur action comme bénévole.

Historiquement, le Groupe Harmonie reçoit de un à trois stagiaires par trimestre et une forte proportion provient du certificat en toxicomanie de l'Université de Montréal. À ce dernier établissement, le superviseur des stages offre une information détaillée sur les différents milieux de stage et assume un encadrement au niveau de l'intégration dans le milieu choisi. Une rencontre est tenue entre les parties à la fin du stage afin d'en faire le bilan et l'évaluation. Cette intégration de stagiaires au programme est perçue par le Groupe Harmonie comme stimulante pour les bénévoles et pour la coordination. Elle comporte cependant pour cette dernière une plus grande implication compte tenu du travail à effectuer dans le cadre de la réalisation des objectifs de stage et du temps limité dont dispose la personne pour réaliser son stage. Le stagiaire est jumelé à un client en utilisant la procédure mentionnée pour les nouveaux bénévoles.

En janvier 1989, le Groupe Harmonie a accueilli sept stagiaires. C'était la première fois qu'autant de stagiaires s'intégraient simultanément au groupe. Cette situation exceptionnelle a créé une période d'instabilité marquée au niveau du fonctionnement du programme.

Compte tenu des échéanciers des stages, une priorité a été donnée aux stagiaires pour leur permettre d'être jumelés le plus rapidement possible. Or, le premier effet a été de laisser en attente de nouveaux bénévoles prêts à être, eux-mêmes, jumelés à la clientèle. Il en est donc découlé de l'insatisfaction de part et d'autre.

La coordination du Groupe Harmonie s'est rapidement confrontée à une situation

inadmissible où les énergies étaient mises davantage à répondre aux besoins de stagiaires plutôt qu'à ceux de la clientèle. La moitié de ces stages étant de très courte durée, ceux-ci venaient bousculer le processus d'entrer en relation avec la clientèle. Cette situation créait une insatisfaction car le stagiaire devait se retirer parfois juste au moment où une relation significative commençait à prendre forme. La clientèle ne comprenait d'autant pas l'arrêt de la relation qu'elle n'était pas informée du fait que les bénévoles en question étaient des stagiaires.

En parallèle au jumelage avec la clientèle, le Groupe Harmonie a dû aménager des activités pour répondre à l'implication intensive de certains stagiaires et la coordination a vécu durant cette période intensive une surcharge importante et une bureaucratisation de ses activités.

Il peut être tentant d'ouvrir les portes à de nombreux stagiaires lorsque les stages deviennent une source importante de recrutement de bénévoles. Par ailleurs, il est gratifiant de constater l'attrait que représente un milieu comme choix de stage. Cependant, il est ressorti de cette expérience que le Groupe Harmonie devait être vigilant et même très sélectif dans le choix des stages à accepter au programme. Il en va du respect de son fonctionnement, de la satisfaction à y oeuvrer et de la crédibilité à entretenir dans la communauté.

Les stages doivent être au nombre maximum de deux par trimestre, être échelonnés sur plusieurs mois et être bien encadrés sur le plan de la supervision. Les objectifs de stage doivent également respecter le mode de fonctionnement et le mode d'intervention du Groupe Harmonie. Par ailleurs, les stages doivent comporter des modalités permettant d'atténuer la discontinuité de l'intervention. Finalement, le stagiaire doit posséder des caractéristiques personnelles de base qui favoriseront son intégration au programme. Les stagiaires doivent être un apport direct pour le groupe et non une contrainte ou une entrave. L'expérience à ce jour montre que les stagiaires venant du certificat en toxicomanie de l'Université de Montréal sont ceux qui sont le mieux préparés et avec lesquels les stages s'avèrent un apport évident pour le programme.

Il est à noter qu'à l'été 1989, une stagiaire du certificat en toxicomanie et également pharmacienne s'est intégrée au programme comme bénévole. Son implication à ce jour fait ressortir davantage les possibilités de dépister les problèmes de mésusage de médicaments chez la clientèle desservie. Elle a donné lieu également à une augmentation des liens de collaboration avec les intervenants du Programme SSD de par ses compétences pharmacologiques.

Un tel apport au programme a nourri un projet du Groupe Harmonie qui est d'investir davantage d'énergie au niveau des mesures de dépistage des populations à risque élevé de problèmes de pharmacodépendance. Une telle perspective sera discutée dans la section des orientations du programme.

#### 4.4.6 La coordination du programme et le type de gestion

La coordination du programme est composée d'un coordinateur à raison de 4 jours par semaine et d'une assistance à la coordination à raison de 4 jours par semaine. Ce dernier poste a été créé en 1988 afin de répondre à une tâche de plus en plus exigeante au niveau de la coordination. Les tâches de la coordination ont été intégrées aux différentes sections précédentes. Cependant, il serait pertinent d'en refaire ici une simple description:

- Assume une permanence au programme
- Procède aux demandes de financement annuel
- Recrute les bénévoles
- Procède aux jumelages
- Dispense de la formation et du ressourcement aux bénévoles
- Offre un support et un encadrement à l'intervention bénévole
- Anime les rencontres du groupe de bénévoles
- Sert de consultant à des fins d'évaluation pour les intervenants du Programme SSD
- Planifie et organise l'intégration de stagiaires
- Assume la compilation des rapports d'évaluation
- Assume des représentations et de la formation à l'extérieur du programme
- Anime les rencontres du conseil d'administration.

Assumer la gestion d'un organisme communautaire demande beaucoup d'esprit d'initiative et de créativité, de persévérance et de ténacité. Les obstacles sont nombreux, le support pas toujours présent et beaucoup d'énergie est déployée pour la survie de l'organisme. La position de ce dernier est souvent à contre-courant, perçue comme marginale et même dérangeante. Il faut donc pour naître et pour grandir une foi profonde en l'objectif même qui a su animer la mise en place et l'évolution de l'organisme.

Par ailleurs, une telle entreprise demande de la flexibilité, de la simplicité ainsi que beaucoup de loyauté à l'égard de ceux et celles qui s'impliquent dans le fonctionnement de

l'organisme. Cette loyauté comporte une intégrité par rapport à son propre engagement mais également une confiance et un respect par rapport à l'engagement des autres. La personne responsable de l'organisme doit assumer un leadership éclairé qui permette d'insuffler une énergie constructive à l'ensemble des bénévoles afin de favoriser l'expression spontanée du potentiel de chacun et une harmonisation des relations. Finalement, elle doit préparer une relève qui puisse supporter le départ d'un leader sans que la survie de l'organisme soit compromise.

C'est à ces responsabilités que travaille la coordination du Groupe Harmonie. Le type de gestion qui en découle pourrait être qualifié d'*adhocratique*. Il implique une mise en évidence du potentiel des bénévoles dans leurs capacités d'assumer le support et l'accompagnement auprès de la clientèle. Il comporte un encadrement de l'action bénévole qui est basée sur une intervention ad hoc, soit une intervention qui tient compte des besoins spécifiques de chaque client qui se retrouve dans une situation donnée. Les règles, les procédures et les normes sont mis de côté au profit de la spontanéité, de l'immédiateté et de la spécificité de chaque situation. Les actions posées visent à répondre le plus simplement et le plus concrètement possible aux besoins exprimés.

#### 4.4.7 La tenue de dossiers

Un dossier est ouvert pour chaque client inscrit au programme. Le dossier est constitué des documents suivants (voir les formulaires en annexe 4):

- un **formulaire d'évaluation** sur lequel sont indiquées les informations relatives à la condition du client lors de la référence;
- un **journal** (log book) dans lequel le bénévole consigne ses observations sur le fonctionnement du client et sur la nature des interventions offertes;
- une **synthèse des observations** du journal faite par la coordination. Elle permet un regard rapide sur les éléments les plus importants du cheminement de la personne;
- un **relevé mensuel d'intervention** rempli par la coordination du programme et qui permet d'identifier le nombre de services rendus durant la période, la situation des clients en terme de jumelage (en attente, suspendu, jumelé) et le nom des bénévoles impliqués;
- tout **résumé de dossier** ou document pertinent à l'intervention du Groupe Harmonie. Ces documents sont habituellement consultés à des fins de coordination de plan de services. Le bénévole se concentre à son action directe auprès de la clientèle.

L'utilisation du dossier est souple et les notes sont succinctes. Il ne doit pas représenter une tracasserie administrative. Il ne sert qu'à pouvoir résumer le cheminement de la clientèle et permettre un recul sur l'intervention afin de mieux en orienter la poursuite.

Malgré son caractère succinct, la tâche de produire un compte rendu des visites demeure fastidieuse et la coordination est obligée parfois de faire des rappels pour obtenir les rapports d'entrevue.

#### 4.4.8 La structure et le fonctionnement du conseil d'administration

La formation d'un conseil d'administration remonte à la période d'incorporation du Groupe Harmonie, soit à la fin de 1984. La mise en place de cette structure a été motivée par le besoin de conformité aux statuts et règlements de la Direction générale de la prévention et des services communautaires dans le cadre de son programme de subvention au soutien des organismes. Le conseil d'administration, bien que dûment formé, n'a pas vraiment été opérationnel avant 1988, soit en début de la présente étude évaluative.

En janvier 1989, il était composé de 13 personnes dont six en provenance du Groupe Harmonie. Il s'est vu augmenter à 14 membres durant l'année dont sept en provenance d'Harmonie. Cette modification a été proposée et acceptée pour permettre une plus grande représentation des membres du Groupe Harmonie.

En cours d'année, le conseil s'est réuni à trois reprises (février, mai et décembre). La participation a été majoritaire au cours des deux dernières rencontres. Le déroulement des rencontres a suivi les points suivants:

- transmettre des points d'information sur le fonctionnement du programme (ex.: bilan des activités) et à la représentation de son coordinateur à l'extérieur...
- discuter de sujets tels que les états financiers, les demandes de subvention, la formation d'une fondation, le développement de services...
- prendre des décisions sur des sujets tels que l'élection de nouveaux membres, la nomination de signataires...

La coordination anime les rencontres du conseil d'administration. L'exercice de cette tâche s'est avéré laborieux de par son caractère formel et encadrant. Ce qui manifestement n'était pas en harmonie avec le style de gestion adopté par la coordination. Celle-ci a eu de la difficulté à préciser ses attentes vis-à-vis son conseil et ce dernier a eu le sentiment d'être parfois un poids pour le Groupe Harmonie. La planification, la présentation et le suivi de documents a donné lieu à des ratés.

Des ajustements ont été apportés par le coordinateur afin de répondre davantage aux demandes du conseil. Mais ce dernier a dû également se rendre à l'évidence des particularités du fonctionnement d'un conseil d'administration d'un organisme communautaire. Il a ainsi relâché quelque peu le cadre formel de son fonctionnement afin de respecter l'autonomie et les caractéristiques propres au fonctionnement du programme. En substance, il a tenu quand même à faire valoir l'importance d'assumer un rôle plus actif au niveau de la réflexion et de la préparation des dossiers d'orientation du programme.

À cet égard, le développement d'un point de services dans d'autres CLSC a été freiné afin de privilégier la consolidation actuelle du programme et d'attendre les recommandations qui pourraient découler de la présente étude. Par ailleurs, le conseil d'administration a convenu de tenir dorénavant quatre rencontres annuelles au cours desquelles il y aurait une période de *think tank* mettant davantage à contribution l'expertise de ses membres.

#### 4.4.9 La représentation

Les activités de représentation sont celles par lesquelles le Groupe Harmonie se fait connaître dans l'ensemble de la communauté. Sans elles, il est peu probable que le Groupe Harmonie ait pu devenir ce qu'il est aujourd'hui. D'une part, le recrutement de bénévoles en est tributaire et demande périodiquement d'avoir recours à ce type d'activités. D'autre part, le financement débloqué pour assurer une certaine permanence au programme est en bonne partie consécutif à la visibilité que le Groupe Harmonie s'est donnée aux niveaux d'instances régionales et provinciales. L'obtention d'un prix d'excellence par la Fédération des CLSC du Québec fut, en 1988, l'aboutissement de ce travail de représentation et de mise en valeur du travail effectué par le Groupe Harmonie.

Ce type d'activités est principalement assumé par le coordinateur. Mais il arrive à l'occasion que l'assistante à la coordination ainsi que des bénévoles chevronnés assument une telle représentation. Les activités de représentation ont été les suivantes:

- représentation à la Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies du CSSSRMM en tant que membre de l'exécutif. Rôle qui a permis, en l'occurrence, de mettre davantage en évidence l'importance de rendre prioritaire l'intervention auprès des personnes âgées ;
- représentation à la même Commission administrative comme membre d'un sous-comité pour étudier la situation des services en toxicomanie desservant la population anglophone;
- animation de séances de formation et d'information offertes à des organismes communautaires, à des équipes de maintien à domicile de CLSC ou à des services d'autres types d'établissements du réseau. Cette

forme de représentation a répondu à une demande grandissante visant un besoin d'être instrumenté aux niveaux des connaissances et des habiletés pour mieux intervenir auprès de ce type de clientèle;

- enseignement aux niveaux collégial et universitaire en rapport à la problématique toxicomanie et gérontoxicomanie;
- présentation de *poster sessions* aux universités Concordia, McGill et de Montréal;
- présentation d'allocution à des séances de formation ou des colloques;
- participation à des émissions radiophoniques et télévisées sur la toxicomanie et le vieillissement;
- collaboration à la rédaction d'articles de journaux sur la problématique et le mode d'intervention du Groupe Harmonie;
- affichage d'annonces publicitaires aux fins de recrutement de bénévoles...

Dans le cadre de la Semaine nationale de sensibilisation aux effets des drogues, le Groupe Harmonie a organisé, en novembre 1989, un *poster session* d'une semaine pour les intervenants du Programme SSD du CLSC Métro. Il y a eu alors une présentation quotidienne de documents vidéo, la présentation de brochures d'information et une mise en scène pour recréer un milieu de vie d'une personne âgée pendant la période d'intoxication et après qu'elle ait régularisé son fonctionnement. Cet événement a suscité beaucoup d'attrait et de discussions et s'est avéré une expérience à renouveler. Ces rencontres ont servi également à mettre en évidence les particularités de la collaboration entre les deux programmes.

#### 4.4.10 Le financement du programme

Comme beaucoup d'autres organismes communautaires, le Groupe Harmonie a souffert d'une précarité au niveau de sa situation financière. Durant les premières années du programme la coordination a dû être assumée sur une base bénévole et discontinue. La première subvention a été accordée en 1985 dans le cadre des programmes de subvention aux organismes communautaires. Bien qu'appréciée, cette subvention maintenait le fonctionnement du programme dans un contexte d'indigence. Plus encore, les montants offerts n'étant pas récurrents: les demandes de subvention devaient être renouvelées à chaque année. Le Groupe Harmonie était donc contraint de fonctionner sans savoir s'il allait survivre à l'exercice financier.

Ce contexte d'agir pour survivre s'est maintenu jusqu'en 1988. En effet, suite aux recommandations de la Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies

du CSSSRMM, le Centre d'accueil Domrémy-Montréal recevait alors du MSSS une augmentation de sa base budgétaire imputable aux activités du Groupe Harmonie et ce tant que ces ressources allaient continuer à être versées. Un montant annuel de 28 000\$ est donc venu s'ajouter au montant déjà obtenu dans le cadre de programmes de financement des organismes communautaires.

Cette attribution budgétaire a donné lieu à une entente entre le Centre d'accueil Domrémy-Montréal, le CLSC Métro et le Groupe Harmonie. Dans le cadre de cette entente, le Groupe Harmonie doit produire un bilan d'exercice financier, ainsi que des prévisions budgétaires pour le prochain exercice. Ainsi, Domrémy-Montréal assure la caisse et le CLSC Métro assure la vérification de la comptabilité du Groupe Harmonie.

Sans créer un climat de très grande sécurité quant à la survie financière du programme, cet ajout a permis de dégager des énergies et du temps à la coordination au profit du fonctionnement du programme. C'est dans ce contexte qu'un poste à temps partiel de support à la coordination a pu être créé.

Il est à noter que le financement actuel du programme ne comporte pas de programme d'avantages sociaux tels qu'une assurance salaire et la possibilité d'obtenir de l'assurance-chômage en cas de cessation d'emploi.

#### 4.5 LES ORIENTATIONS DU PROGRAMME

Le Groupe Harmonie a présentement trois orientations au niveau du développement de son programme. Le premier est de reproduire son mode d'intervention dans le cadre du fonctionnement de programmes SSD d'autres CLSC de la région de Montréal. À cet effet, quelques CLSC ont exprimé un désir très clair de collaborer dans ce sens. Trois d'entre eux ont même reçu jusqu'à présent une formation d'au moins 30 heures dans le domaine de la toxicomanie afin d'habiliter les intervenants à mieux dépister les populations à risques. Dans l'un d'entre eux, une ébauche a été amorcée pour constituer un bassin de bénévoles en vue de la mise en place d'un tel programme.

La deuxième orientation privilégiée par le Groupe Harmonie est de développer des mécanismes de dépistage des personnes âgées aux prises avec des problèmes de pharmacodépendance. Ce deuxième volet serait une prévention secondaire et s'orienterait vers une action communautaire en misant sur l'utilisation concertée de ressources disponibles dans le réseau de la personne âgée.

Le troisième et dernier volet des orientations du Groupe Harmonie est de recruter et de former des bénévoles habilités à intervenir spécifiquement dans des situations de crise. L'expérience acquise jusqu'à présent par l'équipe de bénévoles montre la grande incidence de ce genre de situations et les difficultés engendrées par une inhabilité à y faire face.

#### 4.6 CONCLUSION

Nous avons tenté de dégager dans ce présent chapitre les différentes composantes du fonctionnement du Groupe Harmonie. À la lumière des observations recueillies et suite à l'analyse qui en a été faite, l'affirmation suivante s'avère un bref résumé de ce que représente la situation réelle du mode d'intervention préconisé: une intervention spécifique dans un cadre de référence global pour une clientèle détériorée vivant des situations complexes.

C'est ainsi que se définit le cadre de référence dans lequel le Groupe Harmonie tente de caractériser son mode d'intervention du qualificatif *artisanal*. Cette dernière attribution fait davantage référence à l'esprit qui anime son action bénévole, soit un mélange de gratuité, de gracieuseté, de simplicité et de flexibilité. Un artisan bénévole utilise ses intuitions, sa spontanéité, ses forces de caractère et ses aptitudes interpersonnelles pour façonner ses liens avec la personne aidée et contribuer ainsi à établir une relation significative et aidante.

Le Groupe Harmonie n'est pas cependant un programme de réadaptation. Il en est un de support et d'accompagnement auprès d'une clientèle qui très souvent fait ou devrait faire l'objet d'autres types d'intervention plus spécialisés. Cette notion de support à l'intervention implique cependant un niveau étroit de collaboration qui doit respecter les limites de l'action bénévole et mettre à contribution, d'une façon concertée, les ressources disponibles. Faute de quoi, le bénévole impliqué risque l'épuisement et le retrait du programme.

La compréhension du programme ne repose pas seulement sur une description de la clientèle desservie et une analyse de son fonctionnement. Elle comporte également une indication de ses impacts. À quoi et à qui sert le Groupe Harmonie? Sert-il la clientèle, les bénévoles, le Programme SSD? Permet-il le rétablissement du fonctionnement de la clientèle? C'est à ces questions que porte attention le prochain chapitre.

## 5. ÉTUDE D'IMPACT

5.1 CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON	101
5.2 LES VARIABLES CONSIDÉRÉES DANS L'ÉTUDE D'IMPACT	102
5.3 IMPACTS DE L'INTERVENTION	103

## 5. ÉTUDE D'IMPACT

L'ensemble de la présente étude vise à favoriser une meilleure compréhension du mode d'intervention offert par le Groupe Harmonie, rattaché au **CLSC Métro**. Ce mode d'intervention est caractérisé par l'action bénévole auprès d'une clientèle âgée présentant des problèmes de consommation d'alcool et de médicaments.

L'étude d'impact proprement dite s'échelonne sur une période d'observation de douze (12) mois, soit de novembre 1988 à novembre 1989. L'étude d'impact vise à identifier l'influence de l'intervention bénévole sur le fonctionnement de la personne âgée.

### 5.1 CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON

Des 18 clients du Groupe Harmonie qui ont accepté de participer au pré-test, clients qui ont été regroupés sous l'appellation «**Groupe Harmonie**», 15 ont pu être rejoints un an plus tard, lors du post-test.

Des 18 clients initialement regroupés à la même date pour fins de comparaison à partir de la clientèle desservie par le Programme SSD du CLSC Métro, clients qui ont été regroupés sous l'appellation «**Programme SSD**», nous avons pu en rejoindre 13 lors de la passation du post-test.

Pour ces deux échantillons de clients, le pré-test s'est échelonné du 11 novembre au 6 décembre 1988. et le post-test du 10 novembre au 6 décembre 1989.

Le déclin des effectifs des deux groupes est attribuable à 5 clients qui sont décédés au cours de la période, et à 3 clients qui n'ont pu être rejoints en raison de déménagement, d'institutionnalisation ou de détérioration mentale.

De plus, durant la période d'observation, deux clients du Programme SSD ont été référés au Groupe Harmonie. Pour les fins de l'étude d'impact, ces deux clients sont considérés comme faisant partie du Groupe Harmonie.

Les effectifs des deux échantillons lors du post-test sont donc les suivants: 17 clients pour **Groupe Harmonie** et 11 clients pour le **Programme SSD**.

## 5.2 LES VARIABLES CONSIDÉRÉES DANS L'ÉTUDE D'IMPACT

L'examen des valeurs pour les variables quantifiées, ainsi que la comparaison de la distribution des fréquences pour les variables discrètes a été effectué pour les deux échantillons de clients aux deux temps de la recherche (pré-test et post-test).

Afin d'éviter de fastidieuses répétitions dans la présentation de ces résultats, nous porterons attention uniquement aux variables présentant un potentiel de divergence suffisant entre les deux échantillons de clients ou entre les deux temps de la recherche. Les variables qui ne présentent pas d'écarts significatifs ne feront pas l'objet de commentaires dans cette section.

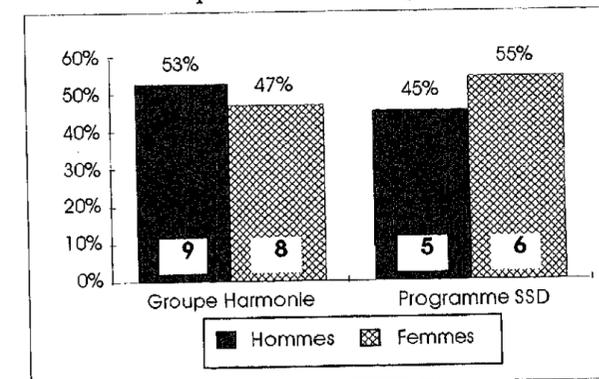
Les variables dépendantes retenues pour l'évaluation de l'impact des interventions sont les suivantes:

- **Mesure des incapacités fonctionnelles**
- **Mesure de bien-être**
- **Mesure d'attitudes lors des entrevues**
- **Mesure de fonctionnement global**
- **Mesure d'abus d'alcool et de médicaments**
- **Nombre de consommations d'alcool (bière et vin)**
- **Mesure d'affiliation sociale**

## 5.3 IMPACTS DE L'INTERVENTION

La répartition des clients des deux échantillons selon le sexe est assez similaire et permet de s'avancer avec une certaine assurance sur le terrain de l'analyse comparative: les deux groupes comportent une proportion à peu près équivalente d'hommes et de femmes, comme on le voit au Tableau 13.

TABLEAU 13  
Proportion des clients par sexe



L'âge moyen des clients du Groupe Harmonie est de 72,3 ans au moment du post-test et celui des clients du Programme SSD est alors plus élevé de deux ans, soit un âge moyen de 74,3 ans.

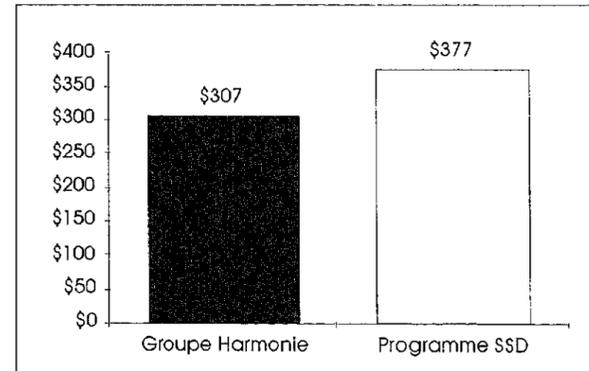
Le nombre d'années d'études est sensiblement le même dans les deux échantillons et se situe entre 8 et 9 ans de scolarité.

La répartition des clients de chaque échantillon selon les caractéristiques linguistiques est similaire: à peu près 40 % sont francophones et 60 % sont anglophones ou allophones.

En ce qui a trait au revenu avant impôts, la répartition des clients par catégorie de revenu est assez similaire: plus de 60 % des effectifs dans chaque échantillon vivent avec un revenu annuel inférieur à 10 000 \$, donc sous le seuil de pauvreté (établi à 12 000 \$ en 1989).

Par ailleurs, les clients du Programme SSD payent relativement plus cher pour leur logement que les clients du Groupe Harmonie, soit une différence de 70 \$ par mois.

TABLEAU 14  
Coût moyen du logement

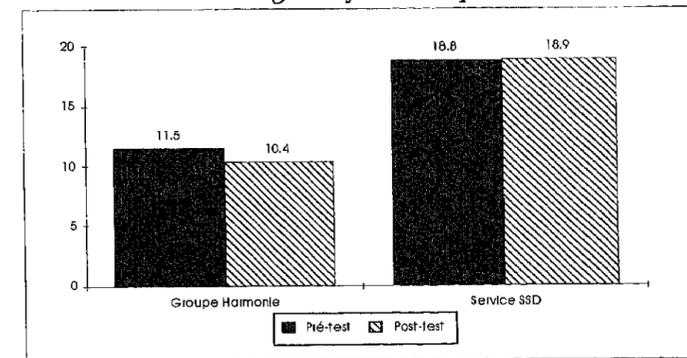


La satisfaction à l'égard du revenu ou du logement, telle qu'exprimée par les clients des deux échantillons présente une distribution à peu près identique. La satisfaction à l'égard du logement ne varie pas entre le pré-test et le post-test, mais une plus grande insatisfaction se manifeste lors du post-test, dans les deux échantillons, en ce qui a trait aux ressources monétaires.

Le nombre de déménagements au cours des dix dernières années est plus élevé chez les clients du Groupe Harmonie (en moyenne 3 déménagements) que chez les clients du Programme SSD (en moyenne 2 déménagements).

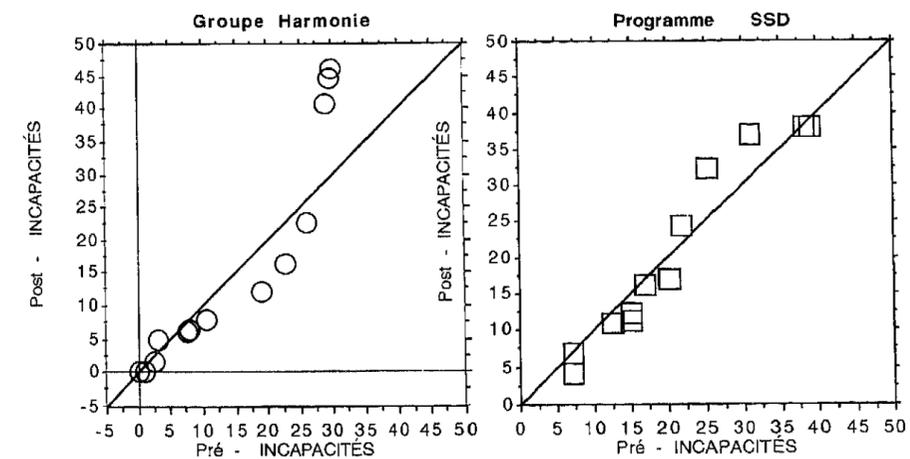
Les deux échantillons se distinguent cependant par leur degré d'autonomie fonctionnelle. Le degré moyen d'incapacité est de 45 % plus élevé chez les clients du Programme SSD que chez ceux du Groupe Harmonie, comme l'indique le Tableau 15.

TABLEAU 15  
Degré moyen d'incapacité



Un examen cas par cas de l'évolution du degré d'incapacité fonctionnelle entre le pré-test et le post-test révèle que celui-ci s'est accru de façon prononcée chez trois clients du Groupe Harmonie et qu'il a légèrement diminué chez trois autres clients de ce même échantillon. Parmi les clients du Programme SSD, le degré d'incapacité a légèrement augmenté chez trois clients ; il est resté stable chez les autres clients.

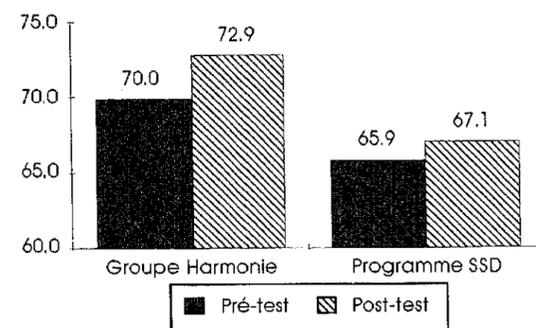
TABLEAU 16  
Évolution individualisée des incapacités



L'examen des mesures effectuées sur l'Échelle de bien-être indique que les réponses des clients du Groupe Harmonie sont plus positives au post-test qu'au pré-test, tandis que des réponses plus négatives, indiquant une détérioration de la satisfaction de vie, caractérisent les clients du Programme SSD.

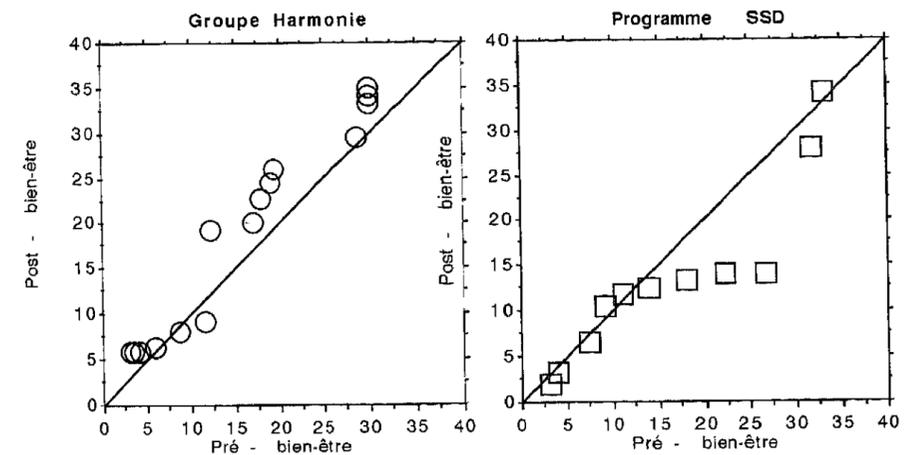
Chez les clients du Groupe Harmonie, l'image de soi et le degré d'optimisme face à l'avenir, notamment, se sont améliorées de façon sensible.

TABLEAU 17  
Impact moyen mesuré sur l'Échelle de bien-être



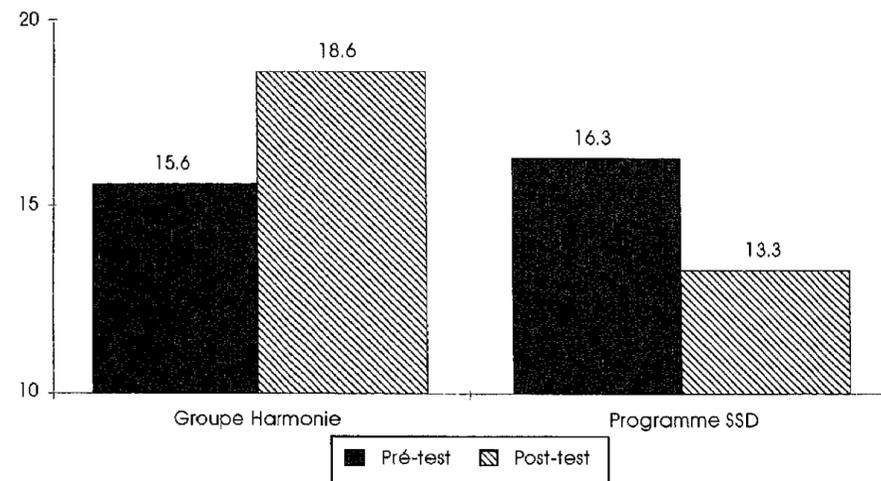
Le Tableau 18 présente l'impact individualisé des interventions auprès des clients des deux échantillons. La plupart des clients du Groupe Harmonie présentent un changement positif (degré de bien-être plus élevé) au post-test. Par contraste, on constate un déclin dans le degré de bien-être exprimé par la majorité des clients du Programme SSD.

TABLEAU 18  
Impact individualisé mesuré sur l'Échelle de bien-être



Les enquêteurs ont noté une différence dans les attitudes des clients au moment des entretiens: les clients du Groupe Harmonie leur sont apparus plus positifs dans leur attitude à l'égard de la situation d'entrevue que les clients du Programme SSD, et cet écart était encore plus grand lors du post-test.

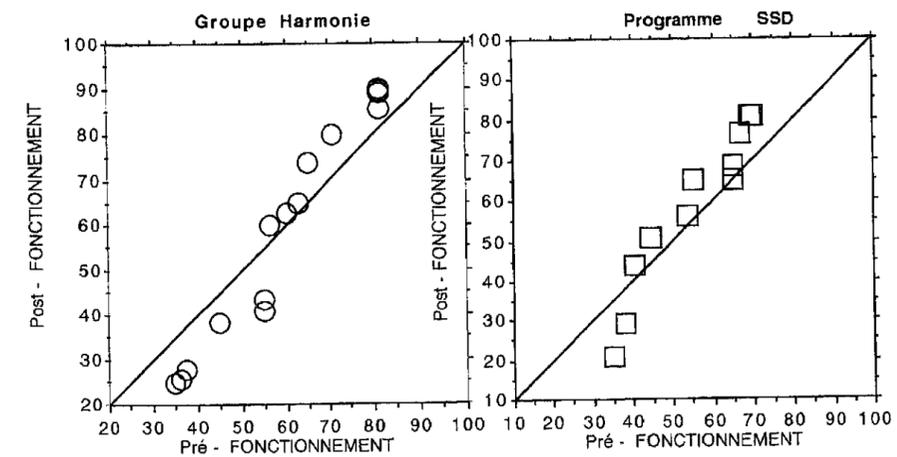
TABLEAU 19  
Indice moyen d'attitude lors de l'entrevue



Les indicateurs synthétiques sont fondés sur un jugement de l'intervenant principal de chaque client. La variation de ces indicateurs entre le pré-test et le post-test constitue une mesure du degré d'amélioration ou de détérioration dans chaque cas particulier.

Dans les deux échantillons, le niveau de fonctionnement moyen s'est légèrement amélioré au cours de la période d'intervention; cependant, l'examen cas par cas révèle qu chez certains individus il y a eu une diminution assez importante de leur niveau de fonctionnement global.

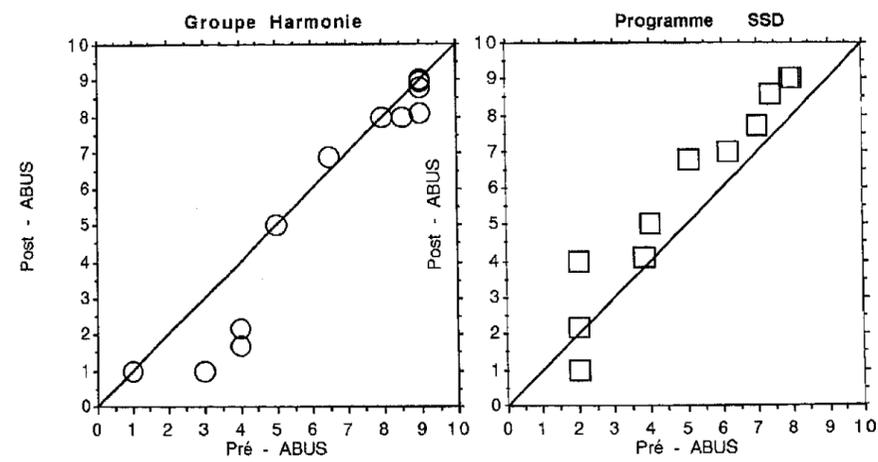
TABLEAU 20  
Indice individualisé de fonctionnement global



En ce qui a trait aux risques d'abus d'alcool et de médicaments, la majorité des clients du Groupe Harmonie maintiennent une condition stable; le tiers des clients présentent même une réduction des facteurs de risques en ce qui a trait à l'abus d'alcool ou de médicaments.

Chez les clients du Programme SSD, ce facteur de risque semble augmenter de façon générale entre le pré-test et le post-test.

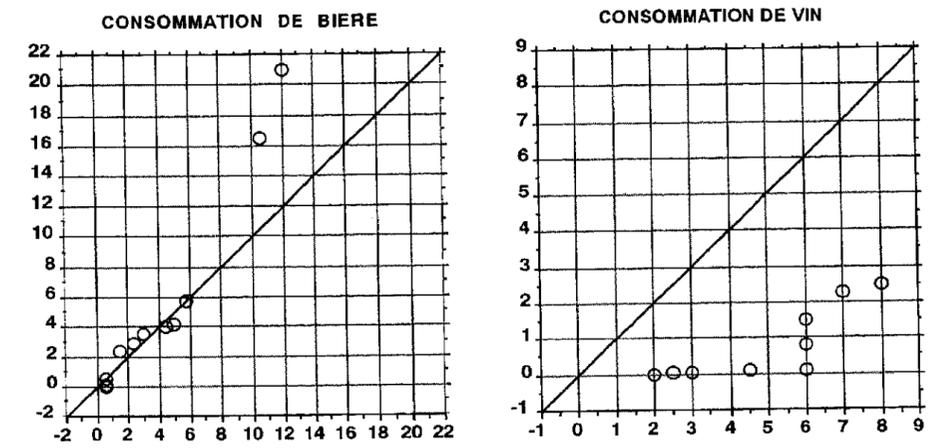
TABLEAU 21  
Indice individualisé d'abus d'alcool et de médicaments



Chez les clients du Groupe Harmonie, alors que le nombre de consommations quotidiennes de bière est demeuré stable, nous avons constaté une réduction importante du nombre de consommations quotidiennes de vin.

Étant donné le trop petit nombre de clients du Programme SSD faisant usage d'alcool, nous n'avons pas pu établir de profil de changement à ce titre.

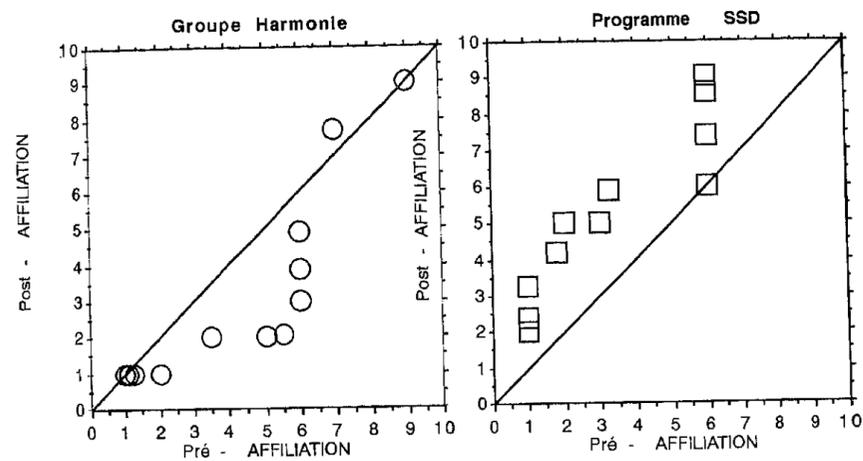
TABLEAU 22  
Nombre de consommations de bière et de vin  
(clients du Groupe Harmonie)



C'est sur l'Échelle d'affiliation sociale, que les impacts du mode d'intervention du Groupe Harmonie sont les plus positifs: on y constate une diminution importante du degré d'isolement et de désinsertion sociale dans presque tous les cas.

Par contraste, les clients du Programme SSD présentent une évolution négative: dans presque tous les cas, on constate une forte augmentation de la désaffiliation sociale

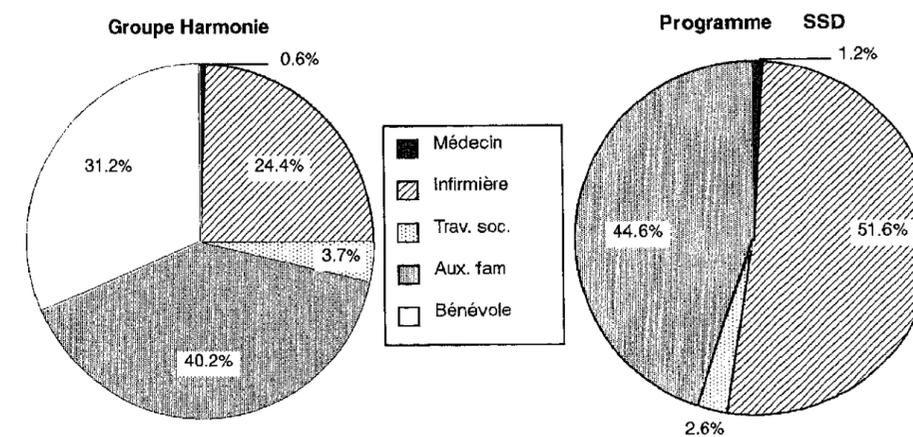
TABLEAU 23  
Indice individualisé d'affiliation sociale



C'est au niveau des recours aux ressources d'intervention que les clients du Groupe Harmonie se distinguent le plus des clients du Programme SSD. Par rapport à un nombre total de 887 services, ils ont eu recours aux bénévoles d'Harmonie plus de 275 fois durant l'année d'observation, soit une moyenne de 16 recours par clients, ce qui représente 31,2 % de toutes les interventions qui leur ont été dispensées. Les infirmières ont livré en moyenne 12 services par client durant l'année. Le recours aux infirmières représente ici un peu moins du quart des services rendus.

L'absence de ressources bénévoles rend beaucoup plus lourde la tâche des infirmières au Programme SSD: par rapport à un nombre total de 385 services, les 11 clients du Programme SSD ont eu recours bien plus souvent aux infirmières (175 fois) que les clients du Groupe Harmonie, soit en moyenne 18 services par client durant l'année d'observation. De fait, les recours aux infirmières représente plus de la moitié des services livrés à cette clientèle.

TABLEAU 24  
Proportion des recours aux services de divers intervenants



En définitive, l'impact du mode d'intervention bénévole peut être jaugé de façon qualitative en examinant les réponses fournies par les clients du Groupe Harmonie lors du post-test à la question leur demandant: «**Depuis les derniers 12 mois, qu'est-ce qui a changé dans votre situation personnelle suite à l'intervention du bénévole du groupe Harmonie ?**»

Présentés par ordre décroissant de fréquence des réponses affirmatives, les changements identifiés par les clients du Groupe Harmonie sont les suivants:

<b>Je me sens moins seul(e)</b>	88 %
<b>Je me sens mieux dans ma peau</b>	88 %
<b>Je prends soin davantage de ma personne</b>	86 %
<b>Mon moral est meilleur</b>	75 %
<b>Je vois la vie d'une façon plus agréable</b>	75 %
<b>Je rencontre davantage de gens</b>	75 %
<b>Ma santé est meilleure</b>	57 %
<b>Je prends soin davantage de mon logement</b>	57 %
<b>Je prends moins de médicaments pour les nerfs</b>	33 %
<b>Je mange mieux</b>	25 %
<b>Je bois moins d'alcool</b>	25 %
<b>Je fume moins</b>	17 %
<b>Je sors davantage à l'extérieur</b>	13 %

L'impact du mode d'intervention bénévole apparaît donc être important, en premier lieu, en ce qui a trait à l'amélioration de l'attitude à l'égard de la vie et des rapports sociaux et, en second lieu, au niveau de l'assainissement des habitudes de vie.

## CONCLUSION

## 6. CONCLUSION

Le bénévolat est une ressource qui émerge bien souvent des insuffisances d'une société incapable de répondre à des besoins spécifiques d'une population donnée. Il représente dans notre société un apport qui se chiffre par millions de dollars. Par exemple, le secteur volontaire aurait contribué à l'économie canadienne pour l'année 1979-80 pour une valeur approximative de 4,5 milliards de dollars (Blanchet, 1990).

Dans un contexte d'endettement gouvernemental et de précarité des ressources, l'État se remet en question dans son rôle de maître d'oeuvre d'un système de services de santé et de services sociaux. De plus, il s'interroge sur les nouvelles orientations à donner pour responsabiliser l'ensemble de la population dans la prise en charge et la promotion de leur santé. Cette remise en question a conduit l'État à favoriser la promotion de toute forme d'initiative engageant les individus et les groupes dans une action sociétale.

Au Québec, la remise en question a donné lieu à une importante commission d'enquête, des documents ministériels et des audiences parlementaires. Les grands enjeux sont discutés et les décisions en termes d'orientation demeurent encore malheureusement à venir. En attendant, les problèmes identifiés au niveau des services demeurent bien réels. Au cours des 20 dernières années, le secteur de la toxicomanie au Québec a connu, plus que bien d'autres, un sous-développement considérable.

C'est dans ce contexte socio-politique que le Groupe Harmonie tente d'assurer sa survie depuis les sept dernières années. Jusqu'à présent, il a répondu avec des moyens très rudimentaires aux multiples demandes d'intervention auprès de la clientèle et de formation auprès d'intervenants. Il a acquis une grande visibilité et une crédibilité à l'intérieur du réseau. Il continue cependant à porter le poids de l'isolement face à l'aide offerte à la clientèle cible.

Comme l'aura fait clairement ressortir la présente étude, cette clientèle cible montre un profil complexe, problématique, exigeant et à risque élevé de détérioration encore plus grande. De plus, la morbidité de cette clientèle est très élevée, confrontant les intervenants dans l'essence même de leurs actions et les mettant, eux-mêmes, à risque d'épuisement.

En accord avec les données de la littérature en gérontoxicomanie, le profil de la clientèle montre la spécificité des problèmes rencontrés comparativement aux clientèles plus jeunes. Ce profil soulève cependant bon nombre de questions concernant les moyens que se donne une société pour venir en aide à des gens qui espèrent quitter leur souffrance malgré leur indifférence apparente et l'impuissance qu'ils génèrent chez les intervenants.

Le caractère sordide de certains milieux de vie a montré que la souffrance atteint un paroxysme lorsque l'espoir n'est plus fondé que sur l'attente d'un au-delà, d'une libération salvatrice. L'intoxication n'est alors que l'expression de ce désir d'évacuer la souffrance. Dans sa forme la plus consciente et la plus aiguë, cette intoxication devient la manifestation d'un comportement suicidaire qui, faute de pouvoir susciter une aide, provoque cette tentative de s'évacuer soi-même.

L'analyse du mode de fonctionnement du Groupe Harmonie aura dégagé l'importance du travail accompli auprès de personnes souvent considérées par les professionnels de la santé comme marginales, incurables et peu gratifiantes. Cette analyse a identifié les caractéristiques propres à ce mode d'intervention. Elle met surtout l'accent sur les limites à l'intérieur desquelles l'action du Groupe Harmonie doit être offerte.

Le Groupe Harmonie s'est forgé une réputation de *nouvelle orientation* en matière d'interventions en toxicomanie. L'image qui en résulte peut laisser l'impression que le Groupe Harmonie est en mesure d'assumer le dépistage, l'évaluation et le suivi de la clientèle âgée aux prises avec des problèmes d'alcool et/ou de médicaments. Il n'y a qu'un pas à franchir pour croire qu'il représente un programme complet de réadaptation. Ce serait taxer considérablement des ressources bénévoles que de croire en leur capacité d'assumer seules, ou presque, un mandat si large et si lourd.

Par ailleurs, il peut être compréhensible, bien que profondément inacceptable, qu'un réseau qui s'essouffle humainement et se comprime financièrement laisse aux organismes communautaires la responsabilité première d'intervenir auprès de clientèles qui n'ont pas été reconnues comme prioritaires ou *admissibles* dans les établissements spécialisés. Il va sans dire que ces clientèles sont habituellement parmi les plus lourdes et leurs conditions justifient amplement l'implication de certains de ces établissements dans l'une ou plusieurs des étapes de l'intervention.

Pour d'autres, le Groupe Harmonie peut être perçu comme étant un organisme ayant développé un type d'intervention très spécifique, tel que le dépistage. À cet effet, la Fédération des CLSC du Québec dans son mémoire présenté au Comité ministériel de consultation sur les orientations à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes (FCLSCQ, 1988), souligne que cet organisme communautaire a développé une spécificité pour **dépister** les personnes âgées ayant des problèmes d'alcool et/ou de médicaments. Les auteurs de ce mémoire précisent: «Le dépistage des personnes âgées qui vivent seules et qui sont toxicomanes est d'abord fait à domicile par des bénévoles qui essaient de voir systématiquement toutes les personnes âgées du territoire qui vivent isolées chez elles et sortent très peu...le Groupe Harmonie utilise une stratégie de *reaching out actif* pour pouvoir dépister ces personnes.» (p.6)

Or, la réalité observée tout au long de l'étude montre que le Groupe Harmonie n'intervient dans le dépistage qu'à travers des cas qui lui sont présentés. La référence au groupe se fait donc après que des intervenants du Programme SSD aient identifié de tels problèmes. L'image projetée peut donc être très loin de la réalité. Et même si le Groupe Harmonie avait développé une telle spécialisation au niveau du dépistage, à quoi servirait ce dernier en l'absence de suivi spécialisé visant un rétablissement de la clientèle? La présente étude aura contribué à dévoiler cette réalité sous ses différents aspects pour éviter d'entretenir des perceptions, des attitudes et des comportements qui, somme toute, demeurent préjudiciables pour les bénévoles investis d'une lourde tâche ainsi que pour les clients en droit de recevoir des services plus complets et mieux adaptés.

La documentation du cheminement de la clientèle et les commentaires recueillis tout au long de la période d'observation auront montré que le bénévolat offert par le Groupe Harmonie répond à des besoins de la clientèle et des intervenants. Mais ce bénévolat n'est pas une panacée. Il serait erroné de croire que les nouvelles approches dans le domaine de l'intervention en gérontoxicomanie s'orientent principalement vers un mode d'intervention similaire à celui du Groupe Harmonie.

La littérature américaine en gérontoxicomanie nous a confirmé que ce type d'intervention communautaire doit être supporté par les services formels. Comme nous avons eu l'occasion de le mentionner précédemment, ces derniers s'orientent de plus en plus à s'utiliser d'une façon concertée afin que chacun des services puisse assumer les responsabilités relatives à son champ de compétence. L'approche préconisée par le Groupe Harmonie représente donc une alternative intéressante, valable et d'autant plus efficiente qu'elle s'offrira en étroite concertation avec les autres services du réseau et dans le respect de ses limites et de son type d'engagement social.

Une collaboration est présentement existante avec les intervenants du programme de soins et de services du CLSC Métro. Cependant, nombreux sont les intervenants qui ont exprimé le désir de voir augmenter cette collaboration afin de mieux connaître et utiliser la spécificité du Groupe Harmonie et de mieux orienter leurs propres interventions auprès de cette clientèle. Ce qui a été fait jusqu'à présent demeure encore très peu comparativement à ce qui reste à faire, particulièrement dans les secteurs de l'évaluation, de la désintoxication, du traitement institutionnel et de l'hébergement.

L'observation de la réalité nous a montré également un besoin exprimé de développer un tel mode d'intervention sur d'autres territoires de CLSC de la région métropolitaine. Mais le programme est toujours, à la base, en proie à l'effritement et à un besoin d'injecter en permanence de nouvelles ressources. Par ailleurs, il faut bien reconnaître que la

réputation et la survie du Groupe Harmonie reposent encore beaucoup sur la personne de son coordinateur et la relève qui est à se constituer présentement aurait une tâche énorme dans l'éventualité d'un départ de ce coordinateur.

Jusqu'à présent, si le Groupe Harmonie a réussi à faire autant avec si peu, c'est grâce à l'intérêt manifeste de ses membres et à leur engagement profond auprès de ceux ou celles qui ont bénéficié de leurs services. L'étude d'impact conduite sur une période de 12 mois s'est butée à la lourdeur de la clientèle et à sa grande vulnérabilité. Nous n'avons pas été en mesure de préciser d'une façon rigoureuse l'impact de l'intervention du Groupe Harmonie sur le fonctionnement de la clientèle desservie.

Comme nous avons eu l'occasion de le présenter au chapitre précédent, les indications qui se dégagent de l'analyse des résultats ont cependant montré que les personnes suivies par le Groupe Harmonie ont amélioré davantage leur fonctionnement global. Des indicateurs synthétiques et globaux ont donc pu être identifiés par la clientèle cible ainsi que par les intervenants, permettant de qualifier ces changements. Devant l'impossibilité de constituer un réel groupe contrôle, le groupe de comparaison aura tout au moins favorisé une appréciation des changements observés.

Par ailleurs, au delà de l'impact global et direct auprès de la clientèle, l'étude aura permis de saisir un tout autre impact encore moins perceptible mais tout autant apprécié, utile et rentable. Cet impact aura été celui de l'aide du Groupe Harmonie offerte aux intervenants du Programme SSD impliqués auprès de la clientèle cible. D'une part, cette aide s'est concrétisée principalement en termes de supports à l'intervention. À cet effet, les intervenants interrogés ont été unanimes à considérer la valeur des services offerts par le Groupe Harmonie et l'importance d'en assurer la survie et le développement. D'autre part, nous aurons constaté que l'aide offerte par le Groupe Harmonie a un impact sur la distribution des services à la clientèle; cet impact se manifestant par une proportion moindre de services offerts par le personnel infirmier.

D'une façon plus globale, la présente étude aura permis finalement de circonscrire les motifs justifiant un accroissement de la capacité de venir en aide à cette clientèle. Au delà des changements à apporter au niveau des services, tout un travail doit s'effectuer aux niveaux des valeurs, des attitudes et des comportements à l'égard de ce que représente pour soi et pour autrui le fait de *vieillir* et d'*avoir un problème d'alcool ou de médicaments*.

**Aucun développement de services, aucune mobilisation ou concertation de ressources pourront pallier ou se substituer à ce travail sur soi et à cette ouverture sur autrui.**

## RECOMMANDATIONS

## 7. RECOMMANDATIONS

À la lumière des éléments de contenu et de réflexion qui ont été présentés dans la description de la clientèle cible, l'analyse du fonctionnement du programme et l'étude d'impact, nous sommes en mesure de formuler un certain nombre de recommandations que nous croyons importantes à transmettre aux instances décisionnelles. Elles concernent directement le fonctionnement et la gestion du programme Harmonie. Une dernière recommandation implique cependant les responsabilités et les mécanismes d'action de différents établissements de la région en regard de ce type de clientèle.

### 7.1 LE FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME

Respectant pleinement l'action bénévole pour ce qu'elle est dans sa générosité, dans son intérêt et dans son engagement, les recommandations suivantes sont formulées spécifiquement en rapport à l'encadrement de cette action bénévole. Elles concernent certaines composantes du programme identifiées dans l'analyse et viennent compléter cette dernière.

#### 7.1.1 Le rôle du bénévole

Blanchet (1990) souligne l'importance primordiale de la définition de tâches des bénévoles. Il considère qu'en plus de sécuriser en décrivant les champs d'action réservés aux bénévoles et au personnel cette définition de tâches offre un cadre de référence pour l'évaluation de l'intervention.

Nous avons vu que le cadre de référence de l'action bénévole du Groupe Harmonie est global et que le champ des interventions peut s'avérer très large et diffus. Par ailleurs, nous avons documenté les risques encourus par les bénévoles d'amorcer une relation d'aide dans laquelle les limites de l'intervention deviennent difficiles à identifier et à respecter en l'absence de définition de tâches. Il est donc recommandé:

**R 1: Que le rôle des bénévoles au Groupe Harmonie fasse l'objet d'une description de tâches et que l'intervention s'offre dans le respect de ces tâches.**

### 7.1.2 La localisation des services bénévoles

Carbonneau (1984) observe l'importance de l'emplacement et de l'ambiance des locaux réservés aux bénévoles dans un établissement, du fait qu'ils servent de point de services, de ralliement, de rencontre et qu'ils prédisposent les bénévoles aux échanges informels nécessaires au maintien et à la stimulation des troupes.

Il est vrai que le Groupe Harmonie est un organisme autonome et qu'à cet égard il ne devrait pas, en principe, bénéficier d'un emplacement privilégié dans l'établissement. Mais dans les faits, il demeure fortement identifié au CLSC Métro et en est tributaire au niveau du support matériel et technique ainsi qu'aux niveaux de la référence et du suivi de la clientèle.

Or, dans le contexte actuel d'une démarche de relocalisation et d'une centralisation des services du CLSC Métro et en regard de l'expérience acquise de la localisation actuelle des locaux du Groupe Harmonie, il est recommandé:

**R 2: Que les éventuels locaux prêtés au Groupe Harmonie respectent le principe de la visibilité et de la facilité de communication informelle avec les principaux collaborateurs du CLSC.**

### 7.1.3 Le recrutement des bénévoles

Blanchet (1990) précise que le bénévolat social, tel que celui pratiqué par le Groupe Harmonie, donne lieu à des difficultés de recrutement et de maintien de l'engagement bénévole. Le recrutement est d'autant plus difficile que la clientèle visée est une clientèle socialement marginale, problématique et à haut risque.

À l'exception des bénévoles ayant déjà eu une expérience personnelle, familiale ou professionnelle avec les problèmes de toxicomanie, peu de gens semblent enclins spontanément à offrir une aide bénévole à des personnes à domicile qui risquent de se trouver en état d'intoxication à la moindre visite. Les difficultés vécues, jusqu'à présent, au Groupe Harmonie pour assurer le recrutement de bénévoles et les problèmes qui en ont découlé au niveau de l'instabilité du groupe et du jumelage avec la clientèle, justifient amplement la formulation de la recommandation suivante:

**R 3: Assurer un processus continu de recrutement en établissant des liens permanents de collaboration avec des organismes de recrutement de bénévoles et de diffusion d'information.**

Comme le souligne De Harven (1984), le meilleur recruteur demeure cependant un bénévole impliqué. Les bénévoles impliqués au programme Harmonie devraient donc assumer une part de cette responsabilité de recruter de nouveaux bénévoles.

L'amélioration du processus de recrutement est donc fondamentale pour la survie du programme dans son mode de fonctionnement actuel. La perspective de procéder à un développement de services rendrait encore plus nécessaire cette augmentation du bassin de bénévoles disponibles.

### 7.1.4 L'intégration des bénévoles

S'il est vrai que dans le processus thérapeutique, les premières rencontres sont déterminantes dans l'orientation que prendra la démarche, il en est de même pour le processus d'intégration à un programme bénévole. Dans un souci de favoriser la clarté et la cohérence de l'information transmise ainsi que dans une intention d'entretenir une image attrayante et crédible du groupe bénévole, Blanchet (1990) suggère l'utilisation d'une brochure d'accueil qui serait un guide pour le nouveau bénévole. Il identifie les points suivants comme utiles à inclure dans une telle brochure:

- une vue d'ensemble du service et de l'organisme;
- un résumé des buts et objectifs du programme;
- une liste des recommandations aux bénévoles dans l'exercice de leurs fonctions;
- une description des fonctions du coordinateur et des bénévoles;
- une copie du programme d'évaluation des bénévoles;
- un organigramme de l'établissement et de l'organisme bénévole;
- une description des éléments de reconnaissance et de compensation monétaire;
- une copie de la réglementation de l'organisme;
- un résumé du programme de formation.

De plus, les structures devant survivre aux individus, une telle formalisation de l'information dans l'intégration des bénévoles favoriserait une certaine autosuffisance du programme. Il est donc recommandé:

**R 4: D'élaborer une brochure d'accueil pour les nouveaux bénévoles dans l'esprit d'un attrait et d'une autosuffisance du programme ainsi que d'une cohérence et d'une clarté de l'information transmise.**

#### 7.1.5 La formation et le ressourcement des bénévoles

Jusqu'à présent, la coordination du Groupe Harmonie a su développer et entretenir un programme de formation qui sache répondre aux besoins des bénévoles, particulièrement dans une première phase d'intégration. La présente étude a montré que ce type d'activité s'est avéré une composante importante à l'ensemble du fonctionnement du programme, sachant qu'il est primordial de susciter et d'entretenir la motivation des bénévoles et de leur offrir l'opportunité d'acquérir de nouvelles connaissances en matière de toxicomanie et de gérontologie.

Il nous apparaît cependant que le programme de formation pourrait bénéficier d'améliorations substantielles afin d'assurer un meilleur ressourcement ou un rafraîchissement chez les bénévoles impliqués depuis davantage de temps. Nous croyons qu'une telle mesure alliée à une définition et un respect des tâches du bénévole contribuerait à une augmentation de la participation des bénévoles à ce type d'activité et à une diminution du taux d'abandon dans le programme. Il est donc recommandé à cet effet:

**R 5: que la formation suive le cycle de participation des bénévoles dans l'organisation.**

À cet égard, Blanchet (1990) identifie trois phases à ce cycle, soit l'initiation, le maintien ou le développement des habiletés ainsi que la phase d'opportunités ou de rafraîchissement. Les contenus, les modalités ainsi que le degré d'implication à la formation devraient donc se différencier en tenant compte de la phase dans laquelle le bénévole se trouve engagé.

#### 7.1.6 La collaboration avec les services du CLSC Métro

23 intervenants du Programme SSD ont participé à l'étude en complétant des grilles d'évaluation globale pour la clientèle cible. Les informations obtenues de ces intervenants ainsi que les observations recueillies sur l'ensemble des rapports de collaboration entretenus en cours d'année montrent des différences importantes au niveau des connaissances relatives au mandat et au fonctionnement du Groupe Harmonie et relatives également aux problèmes de toxicomanie en général.

L'observation du processus de référence nous a montré que les situations de crise sont passablement fréquentes chez la clientèle référée et qu'un travail pourrait se faire pour assumer un meilleur dépistage suite à une évaluation ou pour offrir une intervention précoce évitant la manifestation de l'état de crise. Une telle orientation dans l'intervention demande cependant des liens de collaboration encore plus étroits. Pour se faire, il est recommandé:

**R 6: Que la coordination du Groupe Harmonie offre aux intervenants du Programme SSD des séances de formation et de rafraîchissement périodiques axées sur les fonctions du Groupe Harmonie, les connaissances et les habiletés d'intervention en matière de toxicomanie.**

Il va sans dire que de permettre au Groupe Harmonie de mieux assumer son propre mandat, facilitera la tâche des intervenants du Programme SSD impliqués auprès de cette clientèle. En définitive, les mesures de dépistage et d'intervention précoce pourraient s'orienter vers une démarche de prévention de la rechute. Ce qui nous apparaîtrait humainement et économiquement très valable et rentable.

#### 7.1.7 Les stages

Le Groupe Harmonie est un lieu de stage stimulant et enrichissant pour des étudiants en formation. Jusqu'à présent, les stages ont représenté un important bassin de recrutement de bénévoles.

Cependant, le Groupe Harmonie aura vécu, au début de l'année 1989, une période d'instabilité, de désorganisation et de surcharge reliée à la présence simultanée et temporaire de nombreux stagiaires. Les conséquences de leur intégration se sont fait sentir particulièrement aux niveaux de l'encadrement à leur offrir durant la période de stage, du

type de relations entretenues avec la clientèle et de l'attente plus marquée dans le jumelage des bénévoles disponibles.

La coordination a été très sensible aux problèmes rencontrés et il est devenu évident que les stages devaient s'adapter au programme et non l'inverse. À cet effet, il est recommandé:

**R 7: Que le nombre, la durée et la nature des stages respectent l'intégrité du mode de fonctionnement du programme.**

L'expérience à ce jour montre, à notre avis, que le Groupe Harmonie pourrait recevoir au maximum deux stagiaires simultanément sans compromettre son mode de fonctionnement. Les stages devraient être échelonnés sur une période minimale de trois mois et axés sur l'action bénévole. Une telle orientation n'exclut pas cependant la possibilité de recevoir des stagiaires ayant pour objectif la simple sensibilisation au programme. Il va s'en dire que ces derniers ne devraient pas comporter un jumelage avec la clientèle desservie. Par ailleurs, il est à souhaiter que l'augmentation éventuelle du bassin de bénévoles donne lieu à une prise de responsabilité des plus anciens bénévoles quant à l'encadrement et la supervision des stagiaires. Finalement, un resserrement du cadre d'intégration des stagiaires devra impliquer l'utilisation de mesures alternatives pour recruter de nouveaux bénévoles.

### 7.1.8 Le support professionnel

À ce jour, l'intégration d'une ressource professionnelle aux fins de support à l'intervention a fait ressortir plus de questions que de réponses. La première question étant celle de la raison d'être d'un tel support. Des attentes diffuses, des tâches imprécises et des points de vue divergents ont contribué à rendre inopérant ce support professionnel.

Jusqu'à présent, le Groupe Harmonie s'est qualifié souvent d'artisanal et l'étude a montré la résonance que pouvait avoir un tel qualificatif au niveau de l'action bénévole et du support à offrir à cette action. Cependant, dans la perspective d'une consolidation du programme, nous considérons important que la coordination reçoive un support professionnel pour qu'elle puisse apporter les modifications identifiées dans les présentes recommandations et cela tout en respectant l'intégrité du programme. Il est donc recommandé:

**R 8: D'affecter une ressource professionnelle aux fins de support à la coordination et à l'intervention.**

L'allocation de cette ressource pourra s'effectuer soit dans le cadre de l'entente de services signée avec le Centre d'accueil Domrémy-Montréal ou dans le cadre des rapports de collaboration étroite que le Groupe Harmonie entretient avec le CLSC Métro. Elle devrait, au préalable, faire l'objet d'une identification des attentes et des tâches demandées et s'inscrire dans un processus d'évaluation par objectif sur la base d'un engagement contractuel.

### 7.1.9 Le développement de services

Le Groupe Harmonie a identifié certaines avenues de développement en rapport aux services offerts à la clientèle. C'est ainsi qu'un besoin a été exprimé par le Groupe Harmonie d'avoir des bénévoles mieux habilités à intervenir en situations de crise. Différentes modalités peuvent être envisagées pour répondre à ce besoin. Un programme de formation peut être offert à certains bénévoles présentement actifs au programme et désireux de s'impliquer plus spécifiquement dans ce type de situation. Un recrutement de bénévoles habilités à intervenir en situations de crise représente une deuxième possibilité. La coordination du Groupe Harmonie peut agir finalement sur les modalités de collaboration avec les intervenants du Programme SSD afin de réduire l'incidence des situations de crise, particulièrement dans le contexte de la référence. La position adoptée par les présents auteurs en rapport à ce besoin est de miser sur les trois modalités proposées sans en privilégier le développement d'un service spécifique.

Une deuxième avenue proposée par le Groupe Harmonie en termes de développement de services concerne le dépistage des problèmes de pharmacodépendance chez les personnes âgées vivant à domicile. Une telle orientation a déjà fait l'objet d'une première démarche de réflexion et d'élaboration de contenus par la coordination du Groupe Harmonie et le projet apparaît répondre à un besoin identifié par les intervenants. Par ailleurs, il s'inscrit dans les priorités identifiées par la Commission administrative en alcoolisme et autres toxicomanies du CSSSRMM.

Le développement d'un tel service nous semble devoir s'inscrire dans l'élaboration et la réalisation d'un projet structuré qui demanderait l'apport de ressources extérieures au programme. Il devrait être appuyé et inspiré des initiatives déjà réalisées dans ce domaine et devrait également comporter des mécanismes d'évaluation. Il est donc recommandé:

**R 9: Qu'un projet de dépistage des problèmes de pharmacodépendance chez les personnes âgées vivant sur le territoire du CLSC Métro soit élaboré.**

Une troisième et dernière avenue de développement de services proposée par le Groupe Harmonie concerne la reproduction de son mode d'intervention dans d'autres CLSC de la région métropolitaine. Ce développement est en gestation déjà depuis plusieurs mois et quelques CLSC ont reçu de la part du coordinateur du programme Harmonie un contenu de formation en toxicomanie. Deux d'entre eux ont même identifié, à ce jour, un noyau de bénévoles intéressés à s'engager auprès de la clientèle âgée qui présente des problèmes d'alcool et/ou de médicaments.

Cette perspective de développement est très stimulante pour l'intérêt et l'engagement qu'elle suscite en rapport à la problématique. Elle comporte cependant des risques importants concernant les orientations que prendront les nouveaux services en regard du fonctionnement actuel du Groupe Harmonie. Si ce dernier n'est que l'inspirateur et l'agent d'émulsion de ces nouveaux services, les risques seront alors considérablement amoindris.

Cependant, l'éventualité que ces services entretiendraient un lien organisationnel avec le Groupe Harmonie, impliquerait une modification dans la structure organisationnelle. Cette modification irait dans le sens de la formalisation et de la hiérarchisation des niveaux de responsabilité. Cette situation engendrerait une modification du style de gestion devant répondre à une plus grande complexité de l'organisme.

Étant à une phase déterminante de consolidation de son programme, il nous semble que le Groupe Harmonie devrait investir ses énergies à s'améliorer plutôt qu'à se reproduire. Ce qui n'exclut nullement pas qu'il puisse servir d'inspiration et même de modèle. Dans une telle perspective le présent rapport serait à notre avis fort utile pour les personnes investies dans une telle entreprise. Il est recommandé à cet effet:

**R 10: Que le Groupe Harmonie investisse en priorité ses énergies à procéder à la consolidation de son programme.**

#### 7.1.10 Le fonctionnement du conseil d'administration

La période d'observation a montré une certaine formalisation du conseil d'administration et ce dernier a assumé davantage son rôle d'encadrement au niveau des orientations du Groupe Harmonie. Des ajustements ont du être apportés de part et d'autre pour faciliter le mode de fonctionnement des rencontres du conseil. Il se dégage cependant une motivation chez les membres du conseil d'être utilisés davantage dans le processus de réflexion et d'élaboration des projets d'orientation. Les membres actuels du conseil d'administration représentent une source importante de compétence sur les plans clinique

et administratif et la coordination du Groupe Harmonie aurait, à notre avis, tout avantage à puiser encore plus à cette source. Il est donc recommandé:

**R 11: Que la coordination du Groupe Harmonie rende pleinement opérationnel son conseil d'administration.**

Cette consolidation du conseil d'administration bénéficierait d'autre part de l'intégration de personnes visibles et crédibles socialement qui pourraient assumer des fonctions stratégiques dans des tâches spécifiques ( ex.: d'éventuelles levées de fond).

#### 7.1.11 Le financement

Le financement des organismes communautaires pose très souvent un problème de subsistance et draine beaucoup d'énergie et de temps dans les demandes de subvention. Nous avons vu que le Groupe Harmonie ne fait pas exception à cette situation. Bien qu'ayant acquis au cours des deux dernières années une certaine sécurité au niveau de l'obtention d'une base budgétaire récurrente, le financement du Groupe Harmonie demeure vulnérable et insuffisant. Vulnérable parce qu'il dépend principalement d'une subvention. À cet effet, Blanchet (1990) considère que c'est un mélange approprié de quelques sources de financement qui permet d'assurer la viabilité d'un service de bénévolat.

Il est également insuffisant, d'une part, parce qu'il paye à faible salaire des ressources reconnues comme possédant une expertise. D'autre part, parce que les modalités de rémunération actuelles ne comportent pas des programmes d'avantages sociaux permettant des congés sociaux, parentaux ou de maladie ainsi qu'une contribution à un régime de retraite. Comme nous avons eu l'occasion de le souligner, l'apport économique et social du bénévolat est considérable et Farr (1983) souligne que sa contribution dépasserait de 4 à 5 fois l'ensemble de tous les coûts encourus pour faire vivre un organisme bénévole. Compte tenu de la rentabilité du bénévolat et compte tenu de la précarité financière du Groupe Harmonie, il est recommandé:

**R 12: Que la coordination du Groupe Harmonie fasse l'objet d'un ajustement à la hausse de sa base budgétaire et qu'un programme d'avantages sociaux lui soit offert.**

## 7.2 La concertation des ressources

L'analyse du fonctionnement du programme a mis passablement en évidence les insuffisances actuelles concernant l'utilisation des ressources du réseau. La clientèle cible est en droit de recevoir des services qui répondent d'une façon adaptée aux différents besoins découlant de sa condition de grande vulnérabilité.

Nous croyons qu'il est très possible d'augmenter la quantité et la qualité de ces services sans encourir nécessairement des argents supplémentaires dans le développement de nouvelles ressources. L'augmentation de l'efficacité des services à cette clientèle nous apparaît devoir passer par une mobilisation de différentes ressources allant de la famille et du voisinage au domaine des services de santé et des services sociaux. Comme il a été mentionné dans ce présent rapport, la littérature en gérontoxicomanie fait grandement ressortir l'importance d'orienter la prestation des services vers une telle mobilisation. La concertation ne doit pas demeurer un vœu pieux ou un principe abstrait, elle doit se planifier, s'organiser et subsister. Compte tenu de la responsabilité du CSSSRMM en matière de coordination régionale et de collaboration inter-établissements, il est recommandé:

**R 13: Que le Conseil de la santé et des services sociaux de la région du Montréal métropolitain élabore pour l'ensemble de son territoire un plan directeur dans le secteur de l'intervention en gérontoxicomanie**

En 1986, l'expérimentation en mini-réseau conduite auprès de la même population (Létourneau et coll. 1987) avait identifié, dans le cadre de ses propres recommandations, des avenues d'intervention qui peuvent guider l'élaboration d'un tel plan directeur. Ces avenues sont:

- la recherche épidémiologique et clinique
- les outils et les processus d'évaluation
- la formation des intervenants
- la promotion de la santé
- le dépistage
- le support communautaire
- l'implication du voisinage et de la famille
- les services de désintoxication
- le traitement interne
- les ressources d'hébergement.

Nous croyons que d'interpeller cette problématique dans une telle perspective globale répond à une réalité et représente un défi de taille à relever. Il en va de la volonté des instances décisionnelles de rendre prioritaires ou non l'élaboration et la mise en place d'un tel plan directeur.

## BIBLIOGRAPHIE

- BARBEAU, G. (1980): La sexualité de la personne âgée et les médicaments, *Santé mentale au Québec*, V,2, p.137.
- BARBEAU, R.(1990): *La drogue et les personnes âgées*, mémoire présenté au comité Bertrand, 12 pages.
- BARR, G. (1980): *Older adults and health promotion: Alcohol use and abuse*. Document de travail soumis au bureau régional de la Direction de la promotion de la santé de l'Ontario, pp. 40-46.
- BLANCHET, J. (1990): *Gestion du bénévolat*, Éd. Economica, Paris, 85 pages.
- BLONDEAU, F ET COLL. (1984): Interactions médicamenteuses potentielles chez les patients âgés soignés à domicile, *L'Union médicale du Canada*, tome 113, pp.666-670.
- BUTLER, R.N. et LEWIS, M.I. (1977): *Aging and mental health: positive psychosocial approaches*. Saint-Louis: C.V. Mosby.
- CAHALAN, D; CISIN,I.H. ET CROSSLEY, H.M.(1969): *American Drinking Practices: A national study of drinking behavior and attitudes* (monograph no 6). New-Brunswick, N.S.: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- CARBONNEAU, D. (1984): *Élaboration d'un plan de management des activités pour l'association «Les bénévoles de l'hôpital St-François d'Assise Inc.»*. Québec, Projet d'intervention présenté à l'E.N.A.P, mars, 263 pages.
- CARRUTH, B. WILLIAMS, E.P, MYSAIC, P ET BOUDREAU, L. (1975): Community care providers and the older problem drinker. *Grassroots* (july suppl.), 1-5.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE L'OUTAOUAIS (1981): *Les personnes âgées et l'alcoolisme*. Rapport déposé à la table de concertation régionale sur l'alcoolisme et les toxicomanies.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN (1983): *Éléments de réflexion sur la problématique de la consommation d'alcool et de médicaments chez les personnes âgées*, Rapport du sous-comité, Commission en alcoolisme et autres toxicomanies, Montréal.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE (1982): *Médicaments ou potions magiques*, Gouvernement du Québec, p.49.
- CORMIER, D. ET TRUDEL, J. (1986): *Pilules mirages: essai sur la qualité de vie des aînés*, Éditions de l'Association des centres d'accueil du Québec, Montréal, 127 pages.
- COUTURE, C. (1986): *La personne âgée en milieu urbain*, Mémoire de maîtrise en psychologie, Université de Montréal, 188 pages.
- DE HARVEN, G.A. (1984): Fostering the Voluntary Spirit: Motivating People to Serve. *Fund Raising Management*, vol. 15, no 1, mars, pp. 62-64.
- DUMAS, J., DUBÉ, N. ALLARD, C. DUFRESNE F ET FOURNIER J. (1982): Comportements des personnes âgées face aux médicaments, *Cahier de l'ACFAS*, no.II, 229-250.
- DUMAS, J. (1980): *Le troisième âge et les médicaments*, École de Pharmacie, Université Laval, Ste-Foy, 168 pages.
- DUPREE, L.W, BROSKOWSKI, H., ET SCHONFELD, L.:(1984): The Gerontology Alcohol Project: A Behavioral Treatment Program for Elderly Alcohol Abusers, *The Gerontologist*, vol.24, no.5, pp.510-516.
- ELSON, M.R. (1989): Addressing the special needs of older adult, *The Counselor*, march/april, p. 15.
- ENDICOTT, J., SPITZER, R.L., ET FLEISS, J.L. (1976): The Global Assessment Scale, *Archives of General Psychiatry*, 33: 766-771.

- ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC (1988): *Et la santé, ça va?*, Rapport de l'enquête SANTÉ QUÉBEC 1987, tome 1, Les Publications du Québec
- FARR, C.A. (1983): *Volunteers: Managing Volunteer Personnel in Local Government*. Washington, D.C., *International City Management Association*, 145 pages.
- FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC (1988): *Réactions des CLSC au document intitulé: Orientations ministérielles à l'égard de l'usage et l'abus des psychotropes*. Document de travail présenté au comité ministériel de consultation sur le projet d'orientation, 16 pages.
- GAGNON, G. (1984): *Problèmes d'alcool chez les personnes âgées recevant des services à domicile*, Département de Santé Communautaire Hôpital général de Montréal, 96 pages.
- GILLES, C. (1987): L'usage des médicaments psychotropes chez le patient âgé, *Rev. Méd. Brux.* 8, pp. 77-84.
- GLASSOCK, J.A. (1980): *Gerontological Alcoholism Rehabilitation: A Model Program for Inpatient treatment, recovery follow-up and community involvement*, Alcoholism Treatment & Education Center, Memorial Hospital Medical Center of Long Beach, California.
- GORDON, J.J., KIRCHOFF, K.L. ET PHILLIPS, B.K. (1980): *Alcoholism and the Elderly*. Iowa City: Elderly Program Development Center Inc.
- GOSSELIN, C. (1987): *L'insécurité chez les bénéficiaires âgés de 60 ans et plus du programme de maintien à domicile CLSC Métro.*, Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal, 75 pages.
- GUAY, J. (1985): *L'intervenant professionnel face à l'aide naturelle*, Éditions Gaëtan Morin, Montréal, 237 pages.
- HÉBERT, R. (1982): L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, *Can. Fam. Physician*, vol. 28, 754-762.
- HÉBERT, R., CARRIER, R., ET BILODEAU, A. (1988): Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), *La Revue de Gériatrie*, Tome 13, n° 4, 161-167.
- HEUSGHEN, C. ET LECHAT, P. (1973): *Les effets indésirables des médicaments*, Masson et Cie, Paris.
- HOFFMAN, N.G. ET HARRISON P.A. (1989): Characteristics of the older patient in chemical dependency treatment, *The Counselor*, p. 11.
- HOLSTEN, F. ET WOOL, H. (1980): Evaluation of the drug taker: A step to an evaluation of treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, supp. 284, 62, 29-41.
- KALTON, G. ET ANDERSON D.W. (1989): Sampling rare populations. In: *Special Research Methods for Gerontology*. Baywood Publishing, Amityville, N.Y. pp. 7-30.
- KISSEL, C. ET ROUX, S. (1989): La polymédication chez le sujet âgé. *L'Actualité médicale*, vol. 10, n° 14, p. 23-26.
- KOENIG, H.G., GEORGE, L.K. ET SIEGLER, J.C. (1988): The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults, *The Gerontologist*, vol. 28, n° 3, 303-310.
- KOLA L.A. ET KOSBERG, J.I. (1981): Model to assess community services for the elderly alcoholic, *Public Health Reports*, 96, 458-463.
- LÉTOURNEAU, G., VERMETTE, G. ET BARBEAU, R. (1987): Gérotoxicomanie: une expérience d'intervention en mini-réseau, *Psychotropes*, vol. IV, n° 1, pp. 69-91.
- MATTE, J. (1984): Psychotropes et femmes âgées, *Les Cahiers des Journées de Formation Annuelle du Sanatorium Bégin*, n° 3, 63-70.
- MCLELLAN, T.H.A., LUBORSKY, L. ET AL. (1980). Predicting response to alcohol and drug abuse treatment. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.

- MINISTÈRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989): *Vieillir... en toute liberté*, Rapport du Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, Gouvernement du Québec, 131 pages.
- MISHARA, B. L. (1990): *Drogues et vieillissement*, Conférence présentée dans le cadre du Colloque Santé mentale et vieillissement, Clinique de psychogériatrie de l'Hôpital du sacré-cœur de Montréal, Montréal, 9 mars.
- MISHARA, B.L., ET KASTENBAUM, R. (1980): *Alcohol and old age*. New York: Grune & Stratton., 220 pages.
- MISHARA, B.L. ET MCKIM W.A. (1989): *Drogues et vieillissement*, Éditions Gaëtan Morin, Chicoutimi, 150 pages.
- MISHARA, B.L. ET RIEDEL, R.G. (1984): *Le vieillissement*, Paris, Presses universitaires de France, 268 p.
- NEUGARTEN, B.L., HAVIGHURST, R.J. ET TOBIN, S.S. (1961): The measurement of life satisfaction, *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1980): *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*, Organisation Mondiale de la Santé, Geneva.
- OSGOOD, C., SUCL, G.J. ET PH. TANNEBAUM (1957): The Measurement of Meaning, Urbana, *The University of Illinois Press*, pp. 53-61.
- PAQUET, G. (1989): *Santé et inégalités sociales: Un problème de distance culturelle*, Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 131 pages.
- PAYETTE, M. ET VAILLANCOURT, F. (1983): *Le portrait des bénévoles québécois*. Université de Montréal, Centre de recherche en développement économique, 182 pages.
- PÉRODEAU, G. (1989): *Adaptation au stress et utilisation de psychotropes par les personnes âgées*, Communication faite lors du 57<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, Montréal, 19 mai, 13 pages.
- PETERSEN, D.M. (1987): *Drug Use and Misuse in Old Age*, Chambers, C.D. et coll.: *The Elderly: Victims and deviants*, Ohio University Press, Athens, pp. 24-55.
- PLANTE, M.A. (1989): La consommation des psychotropes chez les personnes âgées de la région des Laurentides, *DSC de l'Hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme*, 82 pages.
- RAFFOUL, P.R. COOPER, J.K., ET LOVED, W. (1981): Drug misuse in older people., *Gerontologist*, 21, 146-150.
- RATHBONE-MCCUAN E. ET HASHIMI, J. (1982): *Isolated elders: Health and social interventions*. Rockville, MD: Aspen Systems Corp..
- RATHBONE-MCCUAN, E., SCHIFF S. M. ET RESCH J. E. (1987): *The aging alcoholic: A summary of the Michigan Experiment as a model of outreach and intervention*. in Gari Lesnoff-Caravaglia: *Handbook of Applied Gerontology*, Human Sciences Press Inc. New York, pp. 297-309.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (1987): *Statistiques annuelles*. Gouvernement du Québec
- ROSIN, A.J., ET GLATT, M.M. (1971): Alcohol excess in the elderly. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 53-59.
- ROWAN, R. (1983): L'alcoolisme chez les personnes âgées, *Le devoir*, 20 janvier, p. 5.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988): Enquête Promotion Santé Canada: *Rapport technique*, Santé et Bien être social Canada, Ottawa, 247 pages.
- SAUNDERS, S. (1988): *COPA: A community approach for the elderly alcoholic*. Présentation lors de la Conférence nationale sur l'usage des drogues (CANUD'88) Montréal, 26-29 octobre.

- SCHUCKIT, M.M., ET MILLER, P.L. (1976): Alcoholism in elderly men: A survey of a general medical ward. *Annals of the New-York Academy of Sciences*, 273, 558-571.
- SCHUCKIT, M.A., ATKINSON, J.J., MILLER, P.L. ET BERMAN, S. (1980): A three year follow-up of elderly alcoholics. *Journal of clinical Psychiatry*, 41,12: 412-416.
- STATISTIQUES QUÉBEC (1986): *Les personnes âgées au Québec*, Bureau de la statistique du Québec, Les publications du Québec, 255 pages.
- TUCKER, J.A, GAVORNIK, M.G., RUDD, E.J., ET HARRIS, C.V. (1989): Predicting the drinking behavior of older adults from questionnaire measures of alcohol consumption, *Addictive Behaviors*, vol. 14, pp. 655-658.
- VANDEPUTTE, C. WM.(1989): Special Detox Needs of the Elderly, *The Counselor*, p. 19.
- VERMETTE, G. (1990): Vieillir, avoir un problème d'alcool et en sortir ...vivant. Document inédit.
- VERMETTE, G.(1988): L'abus d'alcool chez les personnes âgées: une réponse à leurs conditions de vie? dans *L'usage des drogues et la toxicomanie*, Éditions Gaëtan Morin, Chicoutimi, pp 221-238.
- VERMETTE, G. (1984): L'aide: en demander et en recevoir, dans *Toxicomanies et troisième âge*, *Les cahiers des journées de Formation Annuelle du Sanatorium Bégin*, n° 3, 89-99.
- WALKER, K.N.; A. MCBRIDE ET M.L. VACHON (1977): Social Support Network and the Crisis of Bereavement, *Social Sciences and Medicine*, vol. 11, p. 35-42.
- WILLIAMS, M.(1984): Therapeutic Community Effective for Treatment of the Elderly Alcoholic, *Alcohol Health and Research World*, spring. p.41-42.
- ZAY, N.(1981): Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale, *Les Presses de l'Université Laval*, Québec, p.73.
- ZIMBERG, S.(1987): *Alcohol Abuse Among the Elderly*, in Carstensen, L.L. & Edelstein, B.A.: *Handbook of Clinical Gerontology*. Pergamon Press, New York, pp. 57-65.

## ANNEXE 1

### QUESTIONNAIRE À LA CLIENTÈLE



**Section 3**  
*Cette section concerne votre degré de bien-être.*

14. De la vie que vous menez, diriez-vous, en général, que vous êtes...  
 1. très satisfait(e)    2. satisfait(e)    3. peu satisfait(e)    4. pas satisfait(e)
15. Est-ce que vous vous considérez comme une personne...  
 1. très stressée    2. stressée    3. peu stressée    4. pas stressée
16. Quelle est votre position face aux énoncés suivants:
- |  | d'accord                 | + ou -<br>d'accord       | en<br>désaccord          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Je me sens souvent démun(e) face aux problèmes de la vie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En vieillissant, les choses vont mieux que je m'y attendais   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je suis au moins aussi heureux(se) que lorsque j'étais plus jeune                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours de ma vie, j'ai eu généralement plus de chance que la plupart des gens que je connais        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Je traverse présentement la période la plus triste de ma vie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Je vis actuellement les meilleures années de ma vie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Les choses que je fais sont aussi intéressantes qu'elles l'ont toujours été                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Je me sens vieux (vieille) et fatigué(e)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ma vie pourrait être plus heureuse qu'elle l'est maintenant   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Quand je regarde ma vie passée, je suis plutôt satisfait(e)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Presque tout ce que je fais est ennuyant et monotone   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Si je pouvais recommencer ma vie, je la referais de la même façon                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Par rapport aux autres personnes de mon âge, je trouve que je parais bien                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. J'ai pensé à certaines choses que je ferai dans un mois, dans un an                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Quand je regarde ma vie passée je trouve que je n'ai pas obtenu la plupart des choses que je voulais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Comparé(e) aux autres, je me sens trop souvent déprimé(e)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. J'ai obtenu a peu près tout ce que j'attendais de la vie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Malgré ce que les gens disent le sort de l'homme moyen ne s'améliore pas, il empire                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Je pense que l'avenir me réserve des choses intéressantes  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Section 4**  
*Cette section concerne les liens que vous entretenez avec les gens autour de vous.*

17. Avez-vous des enfants ?  
 1. oui Combien? \_\_\_\_\_ 2. non
18. Combien de fois les voyez-vous ?  
 1. à tous les jours  
 2. au moins 1 fois par semaine  
 3. au moins 1 fois par mois  
 4. moins d'une fois par mois  
 5. jamais  
 9. ne sait pas
19. Combien de fois leur parlez-vous au téléphone?  
 1. à tous les jours  
 2. au moins 1 fois par semaine  
 3. au moins 1 fois par mois  
 4. moins d'une fois par mois  
 5. jamais  
 9. ne sait pas
20. Avez-vous des soeurs, des frères ou d'autres proches parents avec qui vous êtes encore en contact ?  
 1. oui Combien? \_\_\_\_\_ 2. non
21. Combien de fois les voyez-vous?  
 1. à tous les jours  
 2. au moins 1 fois par semaine  
 3. au moins 1 fois par mois  
 4. moins d'une fois par mois  
 5. jamais  
 9. ne sait pas
22. Combien de fois leur parlez-vous au téléphone?  
 1. à tous les jours  
 2. au moins 1 fois par semaine  
 3. au moins 1 fois par mois  
 4. moins d'une fois par mois  
 5. jamais  
 9. ne sait pas
23. Avez-vous des amis(ies)?  
 1. oui Combien? \_\_\_\_\_ 2. non
24. Combien de fois les voyez-vous?  
 1. à tous les jours  
 2. au moins 1 fois par semaine  
 3. au moins 1 fois par mois  
 4. moins d'une fois par mois  
 5. jamais  
 9. ne sait pas
25. Combien de fois leur parlez-vous au téléphone?  
 1. à tous les jours  
 2. au moins 1 fois par semaine  
 3. au moins 1 fois par mois  
 4. moins d'une fois par mois  
 5. jamais  
 9. ne sait pas
26. Est-ce qu'il vous arrive de vous sentir seul(e)?  
 1. très souvent    2. souvent    3. peu souvent    4. jamais

27. Y a-t-il une personne ou des personnes qui occupent une grande place dans votre vie et dont vous vous sentez très proche?  
1. oui 2. non

28. Qui est (sont) cette (ces) personne(s)?  
1. conjoint  
2. fille  
3. fils  
4. frère ou sœur  
5. ami(e)  
6. représentant d'un service d'aide  
7. autre (Précisez) \_\_\_\_\_

29. En cas d'urgence est-ce que vous pourriez obtenir de l'aide rapidement de la part :

	oui	non	nsp
a) de quelqu'un qui habite avec vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) de votre (vos) enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) de votre (vos) frère(s) ou sœur(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) d'autre(s) membre(s) de la parenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) d'un de vos voisins ou amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) de quelqu'un d'autre (spécifiez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Section 5

*Cette section concerne les habitudes de vie*

*(Rempli en interviewant le bénéficiaire, sur la base des derniers 3 mois)*

30. Mangez-vous  
1. peu 2. moyennement 3. beaucoup

31. Quelle évaluation faites-vous de la qualité de votre alimentation?  
mauvaise 1 2 3 4 5 excellente

32. Recevez-vous de l'aide pour la préparation des repas?  
1. oui Spécifiez: \_\_\_\_\_  
2. non

33. A quelle fréquence mangez-vous à l'extérieur de votre logement?  
1. à chaque jour  
2. quelques fois par semaine  
3. 1 fois par semaine  
4. quelques fois par mois  
5. moins qu'une fois par mois

34. A en juger votre niveau d'activité vous êtes?  
très passif(ve) 1 2 3 4 5 très actif(ve)

35. Quelle est la fréquence à laquelle vous sortez à l'extérieur?  
1. à chaque jour  
2. quelques fois par semaine  
3. 1 fois par semaine  
4. quelques fois par mois  
5. moins qu'une fois par mois

36. Quelles sont vos deux (2) activités préférées ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. Quelle est l'heure habituelle...  
a) à votre coucher \_\_\_\_ h b) à votre lever \_\_\_\_ h

38. Avez-vous l'habitude de vous coucher durant la journée  
1. oui Combien de temps ? \_\_\_\_ h 2. non

39. Est-ce que vous prenez des moyens pour vous aider à dormir?  
1. aucun 2. médicament(s) 3. autre: \_\_\_\_\_

40. Depuis combien de temps prenez-vous des médicaments pour vous aider à dormir?  
\_\_\_\_\_

41. Comment percevez-vous la qualité de votre sommeil?  
mauvaise 1 2 3 4 5 excellente

42. Fumez-vous?  
1. oui Motif(s) \_\_\_\_\_  
2. non

Avez-vous déjà fumé?  
1. oui 2. non

a) Pourquoi avez-vous arrêté de fumer ? \_\_\_\_\_

b) Depuis quand avez-vous cessé de fumer ? \_\_\_\_\_

43. Qu'est-ce que vous fumez? (si vous ne fumez pas, passer à la question 47)

	quantité par jour	marque
la cigarette	_____	_____
le cigare	_____	_____
la pipe	_____	_____

44. Selon vous, vous fumez  
1. peu 2. moyennement 3. beaucoup

45. Est-ce que vous aimeriez cesser ou diminuer de fumer ?  
1. oui Pourquoi? \_\_\_\_\_ 2. non

46. Qu'est-ce que vous pourriez faire pour diminuer (ou cesser) de fumer ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

47. Est-ce que vous consommez
- |                   | oui                      | non                      | Pourquoi ? |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|------------|
| 1. de la bière    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| 2. du vin         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| 3. des spiritueux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |
| 4. autre alcool   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____      |

48. Si vous ne consommez aucun de ces produits, en avez-vous déjà consommé dans le passé?
1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_
- a) Depuis quand avez-vous laissé ? \_\_\_\_\_
- b) Pourquoi avez-vous cessé ? \_\_\_\_\_

49. Quelle est la quantité moyenne que vous consommez par jour ?  
(si ne consommez pas passer à 52)
- |                        |       |        |
|------------------------|-------|--------|
| 1. bouteille de bière  | _____ | 12 oz  |
| 2. verre de vins       | _____ | 5 oz   |
| 3. verre de spiritueux | _____ | 1.5 oz |
| 4. autre               | _____ | oz     |

50. Est-ce que vous aimeriez cesser ou diminuer de consommer ces produits?
1. oui Pourquoi? \_\_\_\_\_
2. non \_\_\_\_\_

51. Qu'est-ce que vous pourriez faire pour diminuer (ou cesser) de boire ?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

52. Est-ce que vous prenez des médicaments?
1. oui \_\_\_\_\_ 2. non (passer à la question 62)

53. Pourrais-je voir les bouteilles de vos médicaments actuels ?  
(SI LA PERSONNE EN DEMANDE LA RAISON, EXPLIQUEZ QU'IL LUI SERA PLUS FACILE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS EN AYANT LES MÉDICAMENTS SOUS LES YEUX, PLUTÔT QUE DE LE FAIRE DE MÉMOIRE. SI LA PERSONNE REFUSE, NE PAS INSISTER POUR QU'ELLE LES MONTRE. DE PLUS DEMANDEZ:

Est-ce tous les médicaments que vous prenez?)

### Partie A LES MÉDICAMENTS PRESCRITS

**Médicament # 1**  
Nom du médicament: \_\_\_\_\_  
DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_  
Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?  
Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_  
Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 2**  
Nom du médicament: \_\_\_\_\_  
DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_  
Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?  
Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_  
Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 3**  
Nom du médicament: \_\_\_\_\_  
DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_  
Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?  
Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_  
Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 4**  
Nom du médicament: \_\_\_\_\_  
DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_  
Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?  
Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_  
Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 5**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 6**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 7**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Partie B  
LES MÉDICAMENTS NON-PRESCRITS**

**Médicament # 1 (np)**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 2 (np)**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 3 (np)**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 4 (np)**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 5 (np)**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 6 (np)**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Médicament # 7 (np)**

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

DOSAGE: \_\_\_\_\_

A quoi sert-il? \_\_\_\_\_

Combien de pilules prenez vous par jour, par semaine ou par mois?

Jour: \_\_\_\_\_ ou Semaine: \_\_\_\_\_ ou Mois: \_\_\_\_\_

Depuis quand en prenez-vous? \_\_\_\_\_

**Section 6**  
*Cette section porte sur votre logement*

54. Etes-vous ? 1. propriétaire 2. locataire
55. Dans quel type d'habitation vivez-vous ?  
1. maison privée  
2. HLM  
3. immeuble à appartements  
4. coopérative à habitations  
5. maison de chambres  
6. autre (spécifiez) \_\_\_\_\_
56. Depuis combien de temps demeurez-vous à votre présente adresse ?  
1. moins d'un an  
2. de 1 à 3 ans  
3. de 4 à 5 ans  
4. de 6 à 15 ans  
5. de 16 à 25 ans  
6. plus de 25 ans
57. Actuellement est-ce que vous vivez...  
1. seul(e)  
2. avec votre conjoint(e)  
3. avec un ou plusieurs de vos enfant(s)  
4. avec une autre personne (précisez) \_\_\_\_\_
58. Quel est le revenu annuel de votre ménage (avant impôts) ?  
1. 0- 4 999  
2. 5 000- 9 999  
3. 10 000- 14 999  
4. 15 000- 19 999  
5. 20 000- 24 999  
6. 25 000- 29 999  
7. 30 000 et plus  
8. ne sait pas
59. Quel est le coût mensuel de votre loyer ?  
(incluant le chauffage, l'électricité et les taxes) \_\_\_\_\_
60. Votre revenu actuel vous permet-il de vivre...  
1. très confortablement 2. confortablement 3. difficilement 4. très difficilement
61. Etes-vous satisfait(e) de votre logement actuel ?  
1. pas du tout satisfait(e) 2. peu satisfait(e) 3. satisfait(e) 4. très satisfait(e)
62. Envisagez-vous un déménagement dans un avenir prochain ? 1. oui 2. non  
Pour quelle raison: \_\_\_\_\_
63. Combien de fois avez-vous déménagé depuis dix ans:  
1. aucune 2. 1 fois 3. 2 fois 4. 3 fois 5. 4 fois et plus

**Section 7**  
*Cette section porte sur les services reçus*

65. Combien de fois avez-vous reçu, au cours des derniers mois, les services à domicile des intervenant(e)s suivant :
- |                              | à tous les jours         | qqs fois / semaine       | 1 fois / semaine         | 1 ou 2 fois / mois       | moins de 1 fois / mois   |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. médecin                   | <input type="checkbox"/> |
| 2. infirmière                | <input type="checkbox"/> |
| 3. travail. social           | <input type="checkbox"/> |
| 4. auxiliaire familiale      | <input type="checkbox"/> |
| 5. aide domestique           | <input type="checkbox"/> |
| 6. bénévole Harmonie         | <input type="checkbox"/> |
| 7. autre bénévole (précisez) | <input type="checkbox"/> |
66. Quel est votre degré de satisfaction des services à domicile reçus de ces intervenant(e)s ?
- |                              | pas satisfait            | peu satisfait            | assez satisfait          | très satisfait           |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. médecin                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. infirmière                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. travail. social           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. auxiliaire familiale      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. aide domestique           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. bénévole Harmonie         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. autre bénévole (précisez) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
67. Quel est votre appréciation de la fréquence des services reçus de ces intervenant(e)s ?
- |                              | trop souvent             | assez souvent            | pas assez souvent        |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. médecin                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. infirmière                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. travail. social           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. auxiliaire familiale      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. aide domestique           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. bénévole Harmonie         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. autre bénévole (précisez) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

68. Au cours des derniers 12 mois les intervenant(e)s du CLSC Métro vous ont procuré...

	méde- cin	infr- mière.	trav. . social	auxil. fam.	aide fam.	bénév. Harmonie	bénév. autre
de l'information							
du support moral							
des médicaments							
une détente							
une sécurité							
de l'affection							
une aide domestique							
un accompagnement							
contact avec ressources							
des conseils utiles							
des soins médicaux							
l'épicerie							
la préparation des repas							
autre (spécifiez)							

69. En fonction de l'aide que vous avez reçu jusqu'à présent qu'est-ce qui distingue l'intervention bénévole de l'intervention d'autres types d'intervenants ?

---



---



---

70. Depuis les derniers 12 mois, qu'est-ce qui a changé dans votre situation personnelle suite à l'intervention du bénévole du groupe Harmonie ?

	sans objet	pas du tout	un peu	moyen- nement	beau- coup
Je mange mieux	<input type="checkbox"/>				
Je sors davantage à l'extérieur	<input type="checkbox"/>				
Mon moral est meilleur	<input type="checkbox"/>				
Je me sens moins seul(e)	<input type="checkbox"/>				
Je prends soins davantage de ma personne	<input type="checkbox"/>				
Je fume moins	<input type="checkbox"/>				
Je prends moins de médicaments pour les nerfs	<input type="checkbox"/>				
Je bois moins d'alcool	<input type="checkbox"/>				
Je rencontre davantage de gens	<input type="checkbox"/>				
Ma santé est meilleure	<input type="checkbox"/>				
Je prends soin davantage de mon logement	<input type="checkbox"/>				
Je me sens mieux dans ma peau	<input type="checkbox"/>				
Je vois la vie d'une façon plus agréable	<input type="checkbox"/>				

71. Auriez-vous des commentaires ou des suggestion pouvant contribuer à l'amélioration des services à domicile qui vous sont rendus ?

---



---



---



---

### Section 8

Cette section est complétée par l'interviewer

72. Lors de l'entrevue, la personne âgée était?...

non collaborante	<input type="checkbox"/>	très collaborante						
indifférente	<input type="checkbox"/>	enthousiaste						
détendue	<input type="checkbox"/>	anxieuse						
méfiante	<input type="checkbox"/>	confiante						
bavarde	<input type="checkbox"/>	peu loquace						
confuse	<input type="checkbox"/>	lucide						
rationnelle	<input type="checkbox"/>	irrationnelle						
heureuse	<input type="checkbox"/>	malheureuse						
distracte	<input type="checkbox"/>	attentive						
intoxiquée	<input type="checkbox"/>	non intoxiquée						
propre	<input type="checkbox"/>	malpropre						
agressive	<input type="checkbox"/>	calme						
intéressée	<input type="checkbox"/>	désintéressée						

**C.L.S.C. Métro**  
**Étude sur la santé et les habitudes de vie**

Échantillonnage: 1. C.L.S.C. 2. C.L.S.C. et Harmonie

No. d'identification: \_\_\_\_\_ No. de dossier au C.L.S.C.: \_\_\_\_\_

Nom du bénéficiaire: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

No de téléphone: \_\_\_\_\_

Pré-test date: \_\_\_\_\_ durée: \_\_\_\_\_

**Réponse:**

1. A tout répondu
2. A répondu en partie
3. A refusé de participer
4. Pas de réponse
5. Maladie
6. A déménagé

Post-test date: \_\_\_\_\_ durée: \_\_\_\_\_

**Réponse:**

1. A tout répondu
2. A répondu en partie
3. A refusé de participer
4. Pas de réponse
5. Maladie
6. A déménagé

**ANNEXE 2**

**MESURES D'ÉVALUATION GLOBALE**  
**(QUESTIONNAIRE AUX INTERVENANTS)**



## GRILLE D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Nom: \_\_\_\_\_

Dossier: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ E: \_\_\_\_\_

INCAPACITÉS	RESSOURCES 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam. 5. infirmière 6. bénévole	HANDICAP	STABILITÉ*
<b>A. ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE</b>			
<b>1. SE NOURRIR</b>			
<b>0</b> Se nourrit seul <b>-1</b> Se nourrit seul mais requiert de la stimulation ou de la surveillance OU on doit couper ou hacher sa nourriture au préalable <b>-2</b> A besoin d'une aide partielle pour se nourrir OU qu'on lui présente les plats un à un <b>-3</b> Doit être nourri entièrement par une autre personne <input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui _____ <input type="checkbox"/> non _____ Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	- + •
<b>2. SE LAVER</b>			
<b>0</b> Se lave seul <b>-1</b> Se lave seul mais doit être stimulé OU nécessite une surveillance pour le faire OU qu'on lui prépare le nécessaire OU a besoin d'aide pour un bain complet hebdomadaire seulement <b>-2</b> A besoin d'aide pour se laver (toilette quotidienne) mais participe activement <b>-3</b> Nécessite d'être lavé par une autre personne car ne participe pas activement à sa toilette	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui _____ <input type="checkbox"/> non _____ Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	- + •
<b>3. S'HABILLER</b>			
<b>0</b> S'habille seul <b>-1</b> S'habille seul mais doit être stimulé OU a besoin de surveillance pour le faire OU on doit lui sortir son linge et lui présenter OU on doit apporter certaines touches finales (boutons) <b>-2</b> Nécessite de l'aide pour s'habiller <b>-3</b> Doit être habillé par une autre personne	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui _____ <input type="checkbox"/> non _____ Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	- + •
<b>4. ENTRETIEN DE SA PERSONNE (se brosser les dents, se peigner, se faire la barbe)</b>			
<b>0</b> Entretien sa personne seul <b>-1</b> A besoin de stimulation ou nécessite de la surveillance pour entretenir sa personne <b>-2</b> A besoin d'aide pour entretenir sa personne <b>-3</b> Ne participe pas à l'entretien de sa personne	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui _____ <input type="checkbox"/> non _____ Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	- + •

INCAPACITÉS	RESSOURCES				HANDICAP	STABILITÉ*
	1. famille 2. voisin	3. employé 4. aux. fam.	5. infirmière 6. bénévole			
<b>5. CONTINENCE VÉSICALE</b>						
0 Miction normale						
-1 Incontinence occasionnelle OU en gouttes à gouttes OU sonde à demeure dont il peut s'occuper seul OU une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				0 -1 -2 -3	- + +
-2 Incontinence urinaire fréquente OU nécessite une aide quotidienne pour sa sonde à demeure	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
-3 Incontinence urinaire totale et habituelle OU porte une couche <input type="checkbox"/> condom urinaire, <input type="checkbox"/> sonde à demeure, <input type="checkbox"/> couche						
<b>6. CONTINENCE ANALE</b>						
0 Défécation normale						
-1 Incontinence fécale occasionnelle OU stomie dont il peut s'occuper seul OU nécessite un lavement évacuant périodique	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				0 -1 -2 -3	- + +
-2 Incontinence fécale fréquente OU nécessite de l'aide quotidienne pour sa stomie	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
-3 Incontinence fécale totale et habituelle OU porte une couche <input type="checkbox"/> stomie, <input type="checkbox"/> couche						
<b>7. UTILISER LES TOILETTES</b>						
0 Utilise seul les toilettes (incluant s'essuyer et s'habiller)						
-1 Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes ou utilise seul une chaise d'aisance, un urinal ou une bassine	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				0 -1 -2 -3	- + +
-2 A besoin d'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes ou utiliser la chaise d'aisance, l'urinal ou la bassine	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
-3 N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la bassine ou l'urinal <input type="checkbox"/> bassine, <input type="checkbox"/> chaise d'aisance, <input type="checkbox"/> urinal						
<b>B. MOBILITÉ</b>						
<b>1. TRANSFERTS</b> du lit vers le fauteuil ou le fauteuil roulant et vice versa						
0 Se lève et se couche seul						
-1 Se lève et se couche seul mais doit être stimulé OU surveillé OU guidé dans ses mouvements	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				0 -1 -2 -3	- + +
-2 A besoin d'aide pour se lever et se coucher	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
-3 Grabataire (doit être levé et couché en bloc)						

INCAPACITÉS	RESSOURCES				HANDICAP	STABILITÉ*
	1. famille 2. voisin	3. employé 4. aux. fam.	5. infirmière 6. bénévole			
<b>2. MARCHER À L'INTÉRIEUR</b>						
0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse)						
-1 Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances OU démarche non sécuritaire OU utilise une marchette	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				0 -1 -2 -3	- + +
-2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
-3 Ne marche pas <input type="checkbox"/> canne simple, <input type="checkbox"/> tripode, <input type="checkbox"/> quadripode, <input type="checkbox"/> marchette						
<b>3. MARCHER À L'EXTÉRIEUR</b>						
0 Circule seul (avec ou sans canne, prothèse, orthèse)						
-1 Circule seul mais nécessite une surveillance OU utilise une marchette	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				0 -1 -2 -3	- + +
-2 A besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
-3 Ne marche pas						
<b>4. INSTALLER PROTHÈSE OU ORTHÈSE</b>						
0 Ne porte pas de prothèse ou orthèse						
-1 Installe seul sa prothèse ou orthèse	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				0 -1 -2 -3	- + +
-2 A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou orthèse	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
-3 La prothèse ou orthèse doit être installée par une autre personne Type d'orthèse ou prothèse .....						
<b>5. SE DÉPLACER EN FAUTEUIL ROULANT (F.R.)</b>						
0 N'a pas besoin de F.R. pour se déplacer						
-1 Se déplace seul en F.R.	Le logement où habite le bénéficiaire permet: l'accès en F.R. la circulation en F.R. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non				0	- +
-2 Nécessite qu'une personne pousse le F.R.	Le bénéficiaire a l'aide nécessaire pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				-1 -2 -3	+ +
-3 Ne peut utiliser un F.R. (doit être transporté en civière)	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> F.R. simple <input type="checkbox"/> F.R. à conduite unilatérale <input type="checkbox"/> F.R. électrique						

INCAPACITÉS	RESSOURCES				HANDICAP	STABILITÉ*
	1. famille 2. voisin	3. employé 4. aux. fam.	5. infirmière 6. bénévole			
<b>6. UTILISER LES ESCALIERS</b>						
<b>0</b> Monte et descend les escaliers seul <b>-1</b> Monte et descend les escaliers mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille OU monte et descend les escaliers de façon non sécuritaire <b>-2</b> Monte ou descend les escaliers avec l'aide d'une autre personne <b>-3</b> Incapable d'utiliser les escaliers	Le logement où habite le bénéficiaire: <input type="checkbox"/> ne possède pas d'escalier <input type="checkbox"/> possède un escalier qu'il doit emprunter Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>0</b> <b>-1</b> <b>-2</b> <b>-3</b>	- + +
<b>C. COMMUNICATIONS</b>						
<b>1. VOIR</b>						
<b>0</b> Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs <b>-1</b> Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes <b>-2</b> Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes <b>-3</b> Aveugle <input type="checkbox"/> Verres correcteurs	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>0</b> <b>-1</b> <b>-2</b> <b>-3</b>	- + +
<b>2. ENTENDRE</b>						
<b>0</b> Entend convenablement avec ou sans appareil auditif <b>-1</b> Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort OU nécessite qu'on lui installe son appareil auditif <b>-2</b> N'entend que les cris ou que certains mots OU lit sur les lèvres OU comprend par gestes <b>-3</b> Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer <input type="checkbox"/> Appareil auditif	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>0</b> <b>-1</b> <b>-2</b> <b>-3</b>	- + +
<b>3. PARLER</b>						
<b>0</b> Parle normalement <b>-1</b> A un défaut de langage mais réussit à exprimer sa pensée <b>-2</b> A un défaut grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires OU répondre à des questions simples (oui, non) <b>-3</b> Incapable de communiquer	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>0</b> <b>-1</b> <b>-2</b> <b>-3</b>	- + +

INCAPACITÉS	RESSOURCES				HANDICAP	STABILITÉ*
	1. famille 2. voisin	3. employé 4. aux. fam.	5. infirmière 6. bénévole			
<b>D. FONCTIONS MENTALES</b>						
<b>1. MÉMOIRE</b>						
<b>0</b> Mémoire normale <b>-1</b> Oublie des faits récents (nom de personne, rendez-vous...) mais se souvient des faits importants <b>-2</b> Oublie régulièrement des choses de la vie courante (fermer cuisinière, avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs...) <b>-3</b> Amnésie quasi totale	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>0</b> <b>-1</b> <b>-2</b> <b>-3</b>	- + +
<b>2. ORIENTATION</b>						
<b>0</b> Bien orienté dans le temps et l'espace <b>-1</b> Est quelquefois désorienté dans le temps et l'espace <b>-2</b> Est orienté seulement dans la petite durée (temps de la journée), le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières <b>-3</b> Désorientation complète	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>0</b> <b>-1</b> <b>-2</b> <b>-3</b>	- + +
<b>3. COMPRÉHENSION</b>						
<b>0</b> Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande <b>-1</b> Est lent à saisir des explications ou des demandes <b>-2</b> Ne comprend que partiellement même après des explications répétées <b>-3</b> Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>0</b> <b>-1</b> <b>-2</b> <b>-3</b>	- + +
<b>4. JUGEMENT</b>						
<b>0</b> Évalue les situations et prend des décisions sensées <b>-1</b> Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées <b>-2</b> Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si on lui suggère fortement notre opinion <b>-3</b> N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>0</b> <b>-1</b> <b>-2</b> <b>-3</b>	- + +

INCAPACITÉS	RESSOURCES			HANDICAP	STABILITÉ*
	1. famille 2. voisin	3. employé 4. aux. fam.	5. infirmière 6. bénévole		
<b>5. COMPORTEMENT</b>					
0 Adéquat	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité			0	-
-1 Troubles de comportement mineurs (jérémiades, labilité émotionnelle, entêtement) qui nécessitent une surveillance occasionnelle OU un rappel à l'ordre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			-1	+
-2 Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, dérange les autres)	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2	+
-3 Dangereux, nécessite des contentions OU essaie de blesser les autres ou de se blesser OU tente de se sauver				-3	+
<b>E. TÂCHES DOMESTIQUES (CAPACITÉS INSTRUMENTALES)</b>					
<b>1. ENTRETIEN LA MAISON</b>					
0 Entretien seul la maison	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité			0	-
-1 Entretien la maison mais requiert surveillance ou stimulation pour maintenir un niveau de propreté convenable OU nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels (laver le plancher, doubles fenêtres...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			-1	+
-2 A besoin d'aide pour entretenir la maison	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2	+
-3 N'entretien pas la maison				-3	+
<b>2. PRÉPARER LES REPAS</b>					
0 Prépare seul ses repas	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité			0	-
-1 Prépare des repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			-1	+
-2 Ne prépare que des repas légers OU réchauffe des repas déjà préparés	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2	+
-3 Ne prépare pas ses repas				-3	+
<b>3. FAIRE LES COURSES</b>					
0 Planifie et fait seul ses courses	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité			0	-
-1 Fait seul certaines courses mais nécessite qu'on lui livre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			-1	+
-2 Besoin d'aide pour planifier et/ou faire les courses (achats, changer le chèque...)	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2	+
-3 Ne fait pas les courses				-3	+

INCAPACITÉS	RESSOURCES			HANDICAP	STABILITÉ*
	1. famille 2. voisin	3. employé 4. aux. fam.	5. infirmière 6. bénévole		
<b>4. FAIRE LA LESSIVE</b>					
0 Fait toute sa lessive seul	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité			0	-
-1 Fait sa lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			-1	+
-2 A besoin d'aide pour faire la lessive	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2	+
-3 Ne fait pas la lessive				-3	+
<b>5. UTILISER LE TÉLÉPHONE</b>					
0 Se sert seul du téléphone (incluant recherche d'un numéro dans le bottin)	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité			0	-
-1 Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou des numéros en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			-1	+
-2 Communique au téléphone mais ne compose pas de numéro ou ne décroche pas le récepteur	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2	+
-3 Ne se sert pas du téléphone				-3	+
<b>6. UTILISER LES MOYENS DE TRANSPORT</b>					
0 Utilise seul un moyen de transport (automobile, taxi, autobus...)	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité			0	-
-1 Doit être accompagné pour utiliser un moyen de transport	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			-1	+
-2 N'utilise que l'automobile ou un véhicule adapté à la condition d'être accompagné et aidé pour monter et descendre	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2	+
-3 Doit être transporté en ambulance				-3	+
<b>7. PRENDRE SES MÉDICAMENTS</b>					
0 Prend seul ses médicaments de façon adéquate OU ne prend pas de médicament	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité			0	-
-1 A besoin de surveillance pour s'assurer qu'il prend convenablement ses médicaments	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			-1	+
-2 Prend ses médicaments s'ils ont été préparés d'avance	Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			-2	+
-3 On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun				-3	+

INCAPACITÉS	RESSOURCES 1. famille 2. voisin 3. employé 4. aux. fam. 5. infirmière 6. bénévole	HANDICAP	STABILITÉ*
<b>GÉRER SON BUDGET</b> 0 S'occupe seul et sans difficulté de ses finances 1 A besoin de surveillance pour effectuer certaines transactions 2 A besoin d'aide pour gérer son budget quotidien mais utilise l'argent de poche qu'on lui remet à bon escient 3 Ne s'occupe pas de ses finances	Actuellement, le bénéficiaire a les ressources (aide et/ou surveillance) pour combler cette incapacité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Description: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 -1 -2 -3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\* STABILITÉ dans les semaines qui viennent, il est prévisible que ces ressources:  diminuent,  augmentent,  restent stables ou ne s'applique pas.

Signature de l'évaluateur: \_\_\_\_\_

### L'ÉCHELLE D'ABUS DE DROGUES

Source: *Holsten, F. & H. Wool. (1980) Evaluation of the drug taker: a step to an evaluation of treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica, supp. 284, 62, p. 29-41.*

No d'identification: \_\_\_\_\_

<b>Champ du «normal»</b>	1. Abstinence	Pas d'usage de drogues par principe ou par choix
	2. Modération	Des drogues socialement acceptées sont utilisées de façon modérée, en situation où cela est accepté.
	3. Utilisation forte mais contrôlée	L'utilisation dépasse la moyenne ordinaire soit en quantité soit par le type de drogue, en consommant des drogues ordinaires ou illégales. La personne garde cependant le plein contrôle et il n'y a pas de conséquence négative.
<b>Champ de la «maladie»</b>	4. Usage problème	L'usage de drogues est soit motivé par un trouble ou crée un trouble d'adaptation à la vie. Le jugement critique sur l'usage est néanmoins intact.
	5. Intoxication sans crise	Intoxiqué à chaque fois que cela est possible, mais sans prendre d'action extrême pour s'en procurer. Peut s'abstenir sans grande difficulté, si nécessaire.
	6. Contrôle diminue	Comme ci-dessus, mais périodes concrètes et définies où la personne n'a pas réussi dans ses essais à arrêter.
<b>Champ de la «maladie»</b>	7. Dépendance commence	Usage se concentrant autour d'une drogue et signes de dépendance. L'alternance entre drogues et périodes de contrôle est néanmoins présente.
	8. Dépendance claire	L'usage d'une drogue domine souvent l'existence. Les réactions de dépendance sont présentes. Des plans et des espoirs d'arrêter l'abus de drogue sont néanmoins périodiquement présents.
	9. Abus chronique	A "abandonné". La seule motivation notable est d'être sûr de se procurer de la drogue. Il n'y a aucune idée sérieuse de changer

### ÉCHELLE D'AFFILIATION

Tiré de: *F. Holsten & H. Wool. (1980). Evaluation of the drug taker: A step to an evaluation of treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica, supp. 284, 62, p. 29-41. (traduite par Sylvie Martel)*

Identification no: \_\_\_\_\_

<b>Sujet normal</b>	1. Excellent/satisfaisant	Intégré dans sa propre famille de façon émotionnellement acceptable. Relations satisfaisantes en dehors de la famille.
	2. Courant	Comme plus haut, mais pas nécessairement satisfaisant sur le plan émotionnel. Présence de conflits et difficultés.
	3. Difficultés	Liens réels avec sa propre famille et ses amis, toutefois sérieuses difficultés ou distance relativement à un de ces groupes.
<b>Symptômes</b>	4. Problématique	Sérieux conflits ou rapprochement émotionnel insatisfaisant avec les amis ou la famille. Signes de relations et d'identification avec toxicomanes et personnes asociales.
	5. Non-clarifié	Un pied dans chaque camp. Liens solide difficiles à déterminer en raison des conflits, de l'isolement et de l'influence des milieux toxicomanes.
	6. A la limite	Les relations et l'appartenance sont dominées par les cercles toxicomanes asociaux ou l'isolement et l'écart. Néanmoins, le sujet vit toujours à la maison ou est en relation avec sa propre famille ou autres personnes proches.
<b>Maladies</b>	7. Déviance croissante	Relation avec la famille dominée par des conflits; contact et appartenance canalisés vers les groupes toxicomanes/asociaux. Néanmoins «il y a un non-toxicomane qui compte pour moi» Au moins une personne de l'extérieur est importante sur le plan émotionnel.
	8. Déviance sociale nette	Appartenance totale aux milieux toxicomanes ou statut de solitaire. Présence d'une certaine motivation vers le changement; contact et coopération avec le personnel traitant et les policiers encore possibles.
	9. Déviance apparamment fixe	Assimilé aux milieux toxicomanes, y ayant une part active, ou complètement solitaire. Aucun signe de motivation ou d'espoir de changement.

### ÉCHELLE DE FONCTIONNEMENT GLOBAL

Source: *Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. (1976). (traduite par Jocelyne Filion) The Global Assessment Scale, Archives of General Psychiatry, 33: 766-771.*

No d'identification: \_\_\_\_\_

<b>91-100:</b>	Fonctionnement supérieur dans plusieurs domaines d'activités: la personne ne semble jamais débordée par les problèmes de la vie quotidienne. Sa présence est recherchée par les autres à cause de sa chaleur et de son intégrité. Pas de symptômes.
<b>81-90:</b>	Bon fonctionnement dans tous les domaines, intérêts multiples, socialement efficace et généralement satisfaite de sa vie. La personne peut être occasionnellement débordée par des symptômes éphémères et des préoccupations reliées à la vie quotidienne.
<b>71-80:</b>	Pas plus qu'un léger affaiblissement dans le fonctionnement: la personne est parfois débordée par des problèmes ou des préoccupations reliés à la vie quotidienne. Des symptômes minimes peuvent être présents ou non.
<b>61-70:</b>	Quelques symptômes légers (i.e. humeur dépressive et insomnie légère) ou certaines difficultés dans plusieurs sphères de fonctionnement, mais fonctionnement généralement plutôt adéquat. Le sujet entretient des relations privilégiées avec quelques personnes significatives et la plupart des gens ne le considéreraient pas "malade".
<b>51-60:</b>	Symptômes modérés ou fonctionnement général avec certaines difficultés (i.e. peu d'amis et affect plat, humeur dépressive et inquiétude pathologique, humeur euphorique et discours précipité, comportements anti-sociaux modérément sévères)
<b>41-50:</b>	N'importe quelle symptomatologie sévère ou affaiblissement du fonctionnement que la plupart des cliniciens considéreraient comme nécessitant une attention particulière et/ou un traitement (i.e. préoccupation ou geste suicidaire, rites obsessionnels sévères, fréquentes crises d'anxiété, sérieux comportements anti-sociaux, alcoolisme compulsif, état hypomaniaque).
<b>31-40:</b>	Dysfonctionnement majeur dans plusieurs domaines, comme le travail, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (i.e. personne déprimée qui évite ses amis, néglige sa famille, incapable d'entretenir la maison) ou un certain affaiblissement de la capacité à tester la réalité ou à communiquer (i.e. propos parfois incohérents, illogiques ou non pertinents, ou tentative de suicide isolée).
<b>21-30:</b>	Incapacité de fonctionner dans presque tous les domaines (i.e. reste au lit toute la journée) ou le comportement est considérablement influencé par des hallucinations ou affaiblissement sérieux de la capacité de communiquer (i.e. discours parfois incohérent ou délirant) ou de porter des jugements critiques (i.e. agissements inappropriés.).
<b>11-20:</b>	Nécessite une certaine supervision afin de ne pas se blesser ou blesser les autres ou pour maintenir une hygiène personnelle minimale (gestes suicidaires répétés, fréquentes excitations maniaques parfois violentes), ou important affaiblissement de la capacité de communiquer (i.e. discours très incohérent ou mutisme).
<b>1-10:</b>	Nécessite une supervision constante pendant plusieurs jours afin d'éviter qu'il/elle ne se blesse ou blesse les autres (requiert une unité de soins intensifs avec observation spéciale du personnel). Ne fait aucun effort pour maintenir une hygiène personnelle minimale ou gestes suicidaires sérieux avec réelle intention de mourir.

**ANNEXE 3**

**LETTRES D'INVITATION**

**LETTRE DE CONSENTEMENT**



Programme de soins et services à domicile  
1819 boul. René Lévesque ouest, Bureau 310, Montréal (Québec) H3H 2P5 Tél.: 932-2616

Montréal, le 29 octobre 1988

Chère Madame, cher Monsieur,

Le C.L.S.C. entreprend actuellement une étude auprès de sa clientèle âgée de 60 ans et plus. Cette étude vise à préciser l'impact de services offerts sur le fonctionnement global de personnes âgées vivant à domicile.

Vous faites partie d'un groupe de 70 personnes qui ont été choisies pour participer à cette étude. Au cours du mois de novembre une personne envoyée par le C.L.S.C. passera chez vous pour vous demander de répondre à un questionnaire. Cette personne sera Mme. Pauline Lachance ou Mme. Suzette Clément et aura en mains une copie de cette lettre comme preuve d'identification. Elle vous contactera très prochainement afin de fixer un rendez-vous. Les questions qu'elle vous posera porteront sur votre santé, vos habitudes de vie, vos liens avec l'entourage ainsi que sur les services que vous recevez de différents intervenants. Dans un an, il vous sera demandé de répondre une deuxième fois à un questionnaire. Nous vous recontacterons à ce moment afin de vérifier votre disponibilité et votre intention d'offrir à nouveau votre collaboration.

Les résultats de cette étude nous seront très utiles pour améliorer nos services. Votre collaboration est importante pour la réussite de cette étude et nous serions très heureux que vous preniez de votre temps pour y participer.

Soyez assuré(e) que toutes les informations que vous communiquerez à la personne qui vous visitera demeureront confidentielles. Si vous avez des questions au sujet de notre étude, n'hésitez pas à communiquer avec Guy Vermette au numéro de téléphone du C.L.S.C. Métro: 932-2616.

En vous remerciant pour votre précieuse collaboration.

*Céline Bureau*

Céline Bureau, coordonnatrice  
Programme de soins et de services  
à domicile, CLSC Métro

*Guy Vermette*

Guy Vermette,  
Chercheur responsable de l'étude



**CLSC  
MÉTRO**

Programme de soins et services à domicile  
1819 boul. René Lévesque ouest, Bureau 310, Montréal (Québec) H3H 2P5 Tél.: 932-2616

, le 20 octobre 1989

Chère madame,

L'automne dernier, madame **Pauline Lachance** vous a rencontrée pour vous poser un certain nombre de questions dans le cadre d'une étude actuellement conduite au **CLSC Métro**.

Telle qu'entendue lors de la première visite une deuxième et dernière rencontre était planifiée au cours de l'automne 1989. Madame **Lachance** vous contactera donc dans les prochains jours afin de fixer un rendez-vous. Elle vous posera à nouveau des questions sur votre santé, vos habitudes de vie, vos liens avec l'entourage ainsi que sur les services que vous recevez de différents intervenants du **CLSC Métro**.

Soyez assurée que toutes les informations que vous lui communiquerez demeureront confidentielles.

En vous remerciant pour votre précieuse collaboration.

*Céline Bureau*

Céline Bureau, coordonnatrice  
Programme de soins et de services  
à domicile, **CLSC Métro**

Guy Vermette, chercheur  
responsable de l'étude

**CLSC Métro**

**Collaboration aux fins de recherche**

Une équipe de recherche conduit actuellement une étude visant à préciser l'impact de services offerts sur le fonctionnement global des personnes âgées vivant à domicile.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir certaines informations qui pourraient aider à améliorer les services aux personnes âgées ainsi que la qualité de vie de celles-ci.

Dans le cadre de cette étude, j'accepte de rencontrer un membre de l'équipe de recherche à l'occasion de deux (2) entrevues.

J'ai reçu l'assurance que le contenu de ces entrevues demeurera **confidentiel** et ne figurera pas à mon dossier du C.L.S.C.. Je pourrai en tout temps mettre fin, sans préjudice, à cette collaboration si je le juge nécessaire.

bénéficiaire: \_\_\_\_\_

témoin: \_\_\_\_\_

---

## ANNEXE 4

### FORMULAIRES UTILISÉS PAR LE GROUPE HARMONIE

QUESTIONNAIRE POUR LE RECRUTEMENT DE BÉNÉVOLES

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU BÉNÉVOLE

RAPPORT D'INTERVENTION (LOG BOOK)

RELEVÉ MENSUEL D'INTERVENTION

QUESTIONNAIRE POUR LE RECRUTEMENT DES BENEVOLES

1. NOM: \_\_\_\_\_
2. ADRESSE: \_\_\_\_\_
3. TELEPHONE - RES: \_\_\_\_\_ BUREAU: \_\_\_\_\_
4. LANGUES PARLÉES: \_\_\_\_\_
5. AGE: \_\_\_\_\_
6. OCCUPATION: (ETUDIANT OU AU TRAVAIL) \_\_\_\_\_
7. LOISIRS, TALENTS: \_\_\_\_\_
8. ÉTAT DE SANTÉ: \_\_\_\_\_
9. AVEZ-VOUS DE L'EXPÉRIENCE EN TANT QUE BÉNÉVOLE? S'IL VOUS PLAÎT, EXPLIQUEZ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. AVEZ-VOUS DE L'EXPÉRIENCE AVEC LES PERSONNES AGÉES OU HANDICAPÉES? S'IL VOUS PLAÎT EXPLIQUEZ?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. QUELLE RAISON VOUS MOTIVE A FAIRE DU BÉNÉVOLAT? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. AVEZ-VOUS DES RÉTICENCES A TRAVAILLER AVEC DES PERSONNES TOXICOMANES ET/OU HANDICAPÉES? \_\_\_\_\_
13. QUI VOUS A RÉFÉRÉ AU CLSC I.E. JOURNAUX, POSTER, AMIS, ETC? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. QUALIFICATION - EXPÉRIENCE PERTINENTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS DE SURCONSOMMATION ALCOOL - DROGUE - PRESCRIT OU NON? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. AVEZ-VOUS DÉJÀ SUIVI UNE CURE DE DÉSINTOXICATION .....SI OUI, \_\_\_\_\_  
QUAND? \_\_\_\_\_

21. DISPONIBILITÉ

JOUR: \_\_\_\_\_ SOIR: \_\_\_\_\_ FIN DE SEMAINE: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

INTERVIEW PAR: \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ENGAGEMENT DU BENEVOLE ET/OU STAGIAIRE

JE SOUSSIGNÉ \_\_\_\_\_

TRAVAILLEUR-EUSE BÉNÉVOLE ET/OU STAGIAIRE POUR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, M'ENGAGE À RESPECTER LES NORMES ET  
RÈGLEMENTS DE CETTE INSTITUTION ET À TENIR CONFIDENTIELLES  
LES INFORMATIONS QUE J'AURAI À TRAITER AU COURS DE L'EXER-  
CISE DE MES FONCTIONS, CONFORMÉMENT AUX INSTRUCTIONS REÇUES  
DU RESPONSABLE.

A MONTRÉAL \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_ 198 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE - BÉNÉVOLE  
- STAGIAIRE





