

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR JULIE BOURBEAU

L'AUTONOMIE PSYCHOLOGIQUE, LES CAPACITÉS FONCTIONNELLES ET
LES RESSOURCES PERSONNELLES D'UNE CLIENTÈLE FÉMININE EN
HÔPITAL DE JOUR

NOVEMBRE 1993

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre premier - Le contexte théorique	4
1. L'autonomie psychologique	5
1.1. Introduction	6
1.2. Définition	6
1.3. Les théories	10
1.4. Les recherches	16
1.5. Les concepts associés	27
2. Le bilan fonctionnel des personnes âgées	36
2.1. L'autonomie fonctionnelle	36
2.2. La capacité fonctionnelle	44
2.3. Les ressources personnelles	50
3. Hypothèses de recherche	58
Chapitre II - La méthodologie	62
Chapitre III - Présentation des résultats et discussion	69
1. Présentation des résultats.....	70
2. Discussion	80
Conclusion	88
Appendice A - Épreuves expérimentales	92
Références	102

Sommaire

Dans les hôpitaux de jours, le psychologue semble posséder peu d'information sur les variables psychologiques les plus susceptibles d'amener les personnes âgées à améliorer leurs capacités fonctionnelles et leurs ressources personnelles. Alors sur quelles variables le psychologue doit-il cibler ses interventions pour favoriser une telle amélioration? Est-ce que l'autonomie psychologique pourrait être une de ces variables? L'autonomie psychologique est la volonté de contrôle de l'individu sur ses décisions et ses actions. Soixante-cinq femmes âgées fréquentant un hôpital de jour ont répondu à quatre questionnaires: l'Examen de Folstein sur l'état mental (M.M.S.) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), un questionnaire de renseignements généraux, le Questionnaire d'autonomie psychologique (Dubé & Lamy, 1990) et le plan d'intervention interdisciplinaire de Pelletier (1988). Les résultats montrent qu'il existe une relation positive entre l'autonomie psychologique et les ressources personnelles et non entre l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles; de plus, l'âge n'est pas relié à l'autonomie psychologique.

Introduction

On préconise une approche bio-psycho-sociale dans les milieux hospitaliers pour personnes âgées, mais on connaît relativement peu le côté psychologique et même que, dans bien des milieux, dans les faits, on en tient très peu compte. Par ailleurs, selon une étude faite par l'équipe multidisciplinaire de l'hôpital de jour de l'Hôpital Général de Québec (Veilleux, Fournier, Gervais, Matteau & Brodeur, 1990), la clientèle de ce type d'unité présente une problématique psychogériatrique dans 53% des cas; ce qui démontre que l'aspect psychologique ne doit pas être négligé.

Plus précisément, dans les hôpitaux de jour, très souvent il n'y a pas de psychologue dans l'équipe multidisciplinaire. Lorsqu'il y en a un, ce dernier possède peu d'information sur les variables psychologiques les plus susceptibles d'amener les bénéficiaires à améliorer leurs capacités fonctionnelles et leurs ressources personnelles. Or, dans bien des milieux, ces deux derniers éléments servent de base à l'évaluation de la portée des interventions auprès du bénéficiaire (Pelletier, 1988). Alors, sur quelles variables le psychologue doit-il cibler ses interventions pour favoriser une telle amélioration? Est-ce que l'autonomie psychologique pourrait être une de ces variables?

L'autonomie psychologique semble une variable intéressante dans l'étude de la santé mentale à un âge avancé (Dubé, Lalande, Gaudet & Dionne, 1991; Dubé, Alain, Lapierre & Lalande, 1992). Elle est en relation avec l'estime de soi (Dubé et al., 1991, 1992). Cette dernière est une des nombreuses composantes des ressources personnelles, telles qu'évaluées dans les hôpitaux de jour (Pelletier, 1988). Mais qu'en est-il des autres composantes?

L'autonomie psychologique pourrait-elle être en relation avec l'ensemble des capacités fonctionnelles et des ressources personnelles, deux variables évaluées dans le bilan fonctionnel, et si oui, avec quelles dimensions de ces variables?

Il serait donc important d'étudier la relation entre l'autonomie psychologique et ces variables, pour ainsi tenter de rendre les interventions à l'égard des aînés beaucoup plus bénéfiques; surtout qu'il n'y a pas d'étude portant sur ce type de clientèle en rapport avec l'autonomie psychologique.

La présente étude se divise en trois grands chapitres. Le premier chapitre consiste à présenter la synthèse de la documentation sur les principales variables, soit l'autonomie psychologique et le bilan fonctionnel (dans lequel sont intégrées les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles) et les hypothèses de recherche. Le deuxième chapitre présente la méthodologie utilisée pour atteindre l'objectif de cette étude. Le troisième chapitre rapporte les résultats obtenus suite aux différents traitements statistiques, et pour clore, tente d'interpréter et de discuter les résultats observés.

Chapitre premier

Le contexte théorique

Lorsqu'on parle d'autonomie chez les personnes âgées, on a surtout tendance à faire référence à l'aspect physique de la personne; ainsi, l'aspect psychologique est trop souvent mis de côté. Pourtant, le fait que la personne puisse contrôler son environnement et avoir des choix dans la vie est tout aussi nécessaire et fondamental pour une bonne qualité de vie et pour un meilleur bien-être physiologique et émotionnel (Clark, 1991; Daniewicz, Mercier, Powers & Flynn, 1991; Fitch & Slivinske, 1988; Hennessy, 1989; Housley, 1992; Huyck, 1991; Kautzer, 1988: voir Chowdhary, 1991; Langer, 1983; Reid & Zeigler, 1977; Rodin, 1986a; Slivinske & Fitch, 1987). C'est pourquoi l'autonomie psychologique est abordée en premier lieu, pour bien comprendre en quoi elle consiste et pour mieux la différencier de l'autonomie fonctionnelle qui sera abordée un peu plus loin.

Les théoriciens et les cliniciens ont publié de nombreux écrits sur l'autonomie psychologique, mais leur dire n'ont pas été appuyés par des recherches empiriques. Il est nécessaire d'apporter toute la richesse de ces écrits, sinon la synthèse de la documentation sur l'autonomie s'avérerait trop partielle.

1. L'autonomie psychologique

Cette première partie du chapitre présente d'abord une courte introduction de l'autonomie psychologique. En second lieu, plusieurs définitions de ce terme sont présentées. Ensuite, les écrits des théoriciens et des chercheurs sont abordés. Pour terminer, deux concepts associés à l'autonomie psychologique sont présentés, soit l'estime de soi et la motivation.

1.1. Introduction

Une personne âgée pourrait être profondément handicapée, complètement dépendante des autres pour la satisfaction de ses besoins fondamentaux, et pourtant elle pourrait conserver son autonomie psychologique (Laforest, 1989). La détérioration physique et l'état de dépendance qui en résulte ne sont pas en soi une perte d'autonomie psychologique (Laforest, 1989). Pour Veysset et Deremble (1989), le fait de maintenir une personne âgée à domicile, de chercher à préserver ses capacités fonctionnelles, est un premier stade de l'autonomie; mais, le plus important est «de lui laisser décider ce qu'elle peut décider par elle-même, (...) de l'amener à exister par elle-même; la véritable autonomie réside dans la capacité d'organiser soi-même sa vie» (p.29).

La reconnaissance de la valeur de l'autonomie demande que: les personnes âgées soient respectées en tant qu'individus, que l'on considère leurs capacités à poursuivre leurs objectifs de vie et que le contrôle sur leur vie soit amélioré. Le respect est essentiel pour que l'individu soit libre d'évoluer vers sa propre définition d'une vie satisfaisante dont le contenu est délimité par les expériences et les préférences individuelles (Clark, 1988).

1.2. Définition

Plusieurs théoriciens ont tenté de définir l'autonomie psychologique. Cicirelli (1992), Clark (1988), Cohen (1988), Collopy (1986, 1988), Collopy, Dubler et Zuckerman (1990), Délisle (1989), Deci et Ryan (1987), Dworkin (1988), High (1988) définissent l'autonomie comme étant un ensemble de notions incluant la détermination de soi, l'indépendance, la liberté de choix et d'action et la possibilité de décider de ses propres règles et de ses propres principes. Pour Munnichs (1976), lorsqu'on donne un sens psychologique à l'autonomie, on

réfère au maintien de l'intégrité de soi qui est basé sur un contrôle de soi et une estime de soi bien développés. Ce n'est pas un synonyme de qualité de vie (Clark, 1988).

De façon plus générale, pour Collopy (1986, 1988; Collopy et al., 1990), l'autonomie signifie que l'individu possède le contrôle sur ses décisions et ses activités. Il suggère aussi qu'il existe deux types d'autonomie: l'autonomie décisionnelle et l'autonomie exécutionnelle. La première consiste en la capacité et la liberté de prendre des décisions sans contrainte ou restriction externe; alors que la deuxième se caractérise par la capacité et la liberté d'agir pour mettre à exécution ses choix personnels. Selon lui, l'autonomie devrait inclure ces deux types d'autonomie; mais ce n'est pas toujours le cas. Lorsque l'autonomie est principalement définie en terme d'exécution, une personne âgée plus vulnérable et ayant moins de capacités physiques sera reléguée au statut de "non-autonome". Ceci explique pourquoi il est alors nécessaire de tenir compte des deux types d'autonomie; une perte de la performance physique ne signale pas ou ne justifie pas automatiquement une perte de la capacité de prendre des décisions. Collopy (1986, 1988), Collopy et al. (1990) et Miller (1985: voir Clark, 1988) mentionnent aussi qu'il est important de porter attention à l'aspect authentique de l'autonomie. La personne doit agir et faire des choix selon son propre caractère, tout en suivant les valeurs qu'elle véhicule dans le présent et ce qu'elle a été dans le passé; autrement dit, une action doit être consistante avec le passé comportemental de la personne.

Miller (1985: voir Clark, 1988) signale une autre façon de subdiviser l'autonomie; il affirme que l'autonomie peut être comprise en partie par les concepts d'autonomie d'action et d'autonomie en tant que capacité. L'autonomie d'action attire l'attention sur le fait qu'une action est volontaire et intentionnelle, tout en étant authentique. Quant à l'autonomie en tant

que capacité, elle se résume en la capacité d'agir selon son propre jugement et son pouvoir personnel; elle comporte aussi l'habileté et les ressources que la personne doit posséder pour atteindre ses objectifs. Ce concept est très près du sens que l'on donne au respect de soi.

Breda-Jehl (1989), la Commission ministérielle de terminologie auprès du Secrétaire d'État chargé des personnes âgées (C.M.T.A.S.E.C.P.A.) (1984), Jameton (1988) et Ploton (1990) apportent une autre dimension à l'autonomie, celle de la responsabilité. Pour eux, une personne autonome psychologiquement, c'est une personne qui a le droit et la capacité de choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes, tout en étant responsable des choix qu'elle fait et des risques qu'elle prend.

Breda-Jehl (1989) ajoute à ceci la notion de volonté d'autonomie; cette notion représente ce que la personne désire effectivement utiliser de ses ressources, et peut aussi influencer les concepts "d'expression d'autonomie" (constatation de ce que fait réellement la personne) et de "potentiel d'autonomie" (l'étude des déficiences des différentes fonctions de l'organisme).

D'autres auteurs (Keawkungual, 1991; Sixsmith, 1986) préfèrent parler d'indépendance au lieu d'autonomie. Sixsmith (1986) la définit comme étant l'habileté à vivre sans être relié à une aide externe, tout en étant capable de prendre soin de soi, de s'auto-diriger (liberté de la personne à choisir ce qu'elle veut), et de ne pas se sentir obligé. Ce dernier fait donc référence aux deux aspects de l'autonomie, soit fonctionnel et psychologique.

Jusqu'à maintenant, l'autonomie psychologique pourrait se définir à partir de notions fréquemment citées dans les écrits des théoriciens. Ainsi, l'autonomie psychologique recouvre

des termes tels qu'indépendance, liberté de choix et d'actions, prise de décisions, auto-détermination et responsabilité, tout en tenant compte de l'authenticité et de la volonté de la personne (Breda-Jehl, 1989; Cicirelli, 1992; Clark, 1988; Cohen, 1988; Collopy, 1986, 1988; Collopy et al., 1990; Laforest, 1989; Ploton, 1990; Sixsmith, 1986; Veysset & Deremble, 1989).

Les chercheurs qui ont tenté de définir l'autonomie psychologique vont dans le même sens que les théoriciens. Silverstone (1987: voir Horowitz, Silverstone & Reinhardt, 1991) définit l'autonomie psychologique de façon très sommaire. Pour lui, l'autonomie psychologique se résume à l'exercice de l'auto-détermination de la personne, dans le sens où elle doit être capable d'orienter son comportement vers ses propres buts; par contre cette façon d'agir peut être potentiellement menacée ou inhibée par une variété de circonstances réelles ou symboliques, internes ou externes à la personne. Pratt, Jones, Shin et Walker (1989) ajoutent à cela que les personnes âgées ont la liberté et la compétence pour prendre des décisions. Mais, cette compétence varie selon le type de décisions à prendre (Caplan, 1985: voir Pratt et al., 1989).

À partir de leur synthèse de la documentation de l'autonomie psychologique, Dubé et al. (1991) et Dubé et al. (1992) ont défini ce terme de façon précise, tout en tenant compte des dimensions qui ont été abordées jusqu'à maintenant. Pour eux, l'autonomie psychologique signifie:

le maintien de la volonté d'exercer soi-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir, en tenant compte des trois facteurs: 1) la dynamique de l'individu, c'est-à-dire sa perception de soi, son ressenti intérieur et sa motivation; 2)

ses capacités, c'est-à-dire ses capacités physiques, cognitives, et sociales; 3) son intégration sociale (responsabilité) (Dubé et al., 1991, p.12).

Cette définition fait référence à deux dimensions, soit le contrôle décisionnel (pouvoir de décider) et le contrôle comportemental (pouvoir d'agir). Ces dernières s'appliquent aux trois facteurs énumérés ci-haut, qui méritent d'être expliqués plus en détail. On entend par dynamique de la personne que «l'autonomie est ancrée dans la perception que l'individu a de lui-même (aspect cognitif), ou dans son ressenti intérieur (aspect émotif) et d'où provient sa motivation (volonté) pour utiliser ou non ses capacités» (Dubé et al., 1991, p.13). Pour ce qui est des capacités physiques, cognitives et sociales, les capacités physiques font référence à ce que la personne est capable de faire dans la vie de tous les jours; les capacités cognitives impliquent «la disponibilité du potentiel intellectuel de l'individu» (Dubé et al., 1991, p.13), et les capacités sociales nous indiquent que la personne est capable d'entrer en relation avec son entourage. Quant à l'intégration sociale, elle signifie que «l'individu est conscient de sa responsabilité sociale, c'est-à-dire qu'il est conscient des limites inhérentes au contexte social et à l'environnement, qu'il en tient compte et les respecte» (Dubé et al., 1991, p.13). Il faut préciser que le présent travail référera à cette définition, lorsqu'il sera question d'autonomie psychologique.

1.3. Les théories

Cette section présente une vue d'ensemble des écrits des différents théoriciens et cliniciens qui se sont arrêtés à l'aspect psychologique de l'autonomie. Les facteurs influençant la perte ou le maintien de l'autonomie psychologique sont abordés, ainsi que les notions de dépendance et de contrôle, puisqu'en parlant d'autonomie ces deux notions sont fréquemment intégrées dans la définition.

1.3.1. Les facteurs qui influencent l'autonomie psychologique

Selon Laforest (1989), les trois facteurs les plus susceptibles de contribuer à la diminution de l'autonomie psychologique des personnes âgées sont la détérioration physique, l'insuffisance des ressources et la pression de l'environnement. Lorsqu'une personne accorde une grande importance à son image corporelle, aussitôt qu'une détérioration physique survient, cela lui renvoie une image négative d'elle-même; ceci peut diminuer son niveau d'estime de soi et son niveau d'efficacité d'agir. Elle en vient à croire qu'elle est incapable de diriger elle-même sa vie, pour finir par laisser son pouvoir de décision à son entourage. Elle en arrive donc à perdre son autonomie et ce, en conséquence directe de la perception qu'elle a d'elle-même (Laforest, 1989; Langer, 1983). La meilleure façon d'aider les personnes âgées à conserver leur autonomie psychologique est de les aider à rester en bonne santé et à conserver une excellente forme physique.

Mais, même si une personne âgée est en bonne santé, l'exercice de son autonomie peut être limité ou compromis si elle ne dispose pas des ressources essentielles à la satisfaction de ses besoins les plus élémentaires. Ces ressources peuvent être regroupées en trois catégories principales (Laforest, 1989). Premièrement, il y a les ressources d'hébergement, c'est-à-dire avoir tout ce qu'il faut pour combler ses besoins physiques et sécuritaires; ensuite, il y a les ressources concernant les soins de santé; et troisièmement, les ressources financières.

Malheureusement, un phénomène se produit trop souvent chez les personnes âgées. À cause d'un manque de ressources, elles ont tendance à centrer leur attention autour du second niveau des besoins fondamentaux de Maslow (1970), celui de la sécurité. «Ainsi, elles

se sentent vulnérables et deviennent insécures. Avec le temps, leur moral diminue, puis on observe l'abandon progressif de leur autonomie psychologique» (Laforest, 1989, p.124).

En plus de ces deux premiers facteurs, la pression de l'environnement qui pousse les intervenants et la famille à agir à la place de la personne âgée est l'un des facteurs qui contribuent le plus souvent à la perte d'autonomie psychologique. C'est à travers les deux facteurs précédents qu'agira habituellement ce troisième facteur. Le paternalisme et la surprotection sont des exemples frappants de la façon dont l'entourage, souvent à son insu, peut être à l'origine de la perte d'autonomie psychologique de la personne âgée (Cicirelli, 1992; Collopy, 1986; Collopy et al., 1990; Dworkin, 1988; Hogstel & Gaul, 1991; Laforest, 1989).

1.3.2. La dépendance

Lorsqu'on parle d'autonomie, on parle aussi de dépendance. Il est approprié d'en tenir compte, plusieurs auteurs y font d'ailleurs référence. Selon Clark (1988), Collopy (1988), Eisenson (1991), Morin (1982) et Munnichs (1976), vivre de façon autonome ne signifie pas être libre de contacts, de liens et de relations avec les autres. Tous les êtres humains vivent en communauté où l'interdépendance est requise pour la santé et le bien-être de l'individu. Ainsi, une personne vraiment autonome devrait reconnaître et répondre aux déterminations externes, précisément en choisissant librement et en les acceptant (Collopy, 1988).

Certains auteurs (Clark, 1991; Colvez & Gardent, 1990; Morin, 1982; Van Den Heuvel, 1976; Veysset & Deremble, 1989) donnent un sens d'interdépendance, de solidarité et

de lien au terme "dépendance"; pour eux, chaque individu est dépendant des autres en ce qui concerne son affectivité, ses occupations, ses relations sociales, sa suffisance économique, sans que cela représente une anomalie. Une personne ne peut être considérée autonome sans qu'elle ait un certain nombre de dépendance envers son environnement, tout en étant capable de gérer ces dépendances selon ses propres règles. Une telle interdépendance entre les individus permet à chacun d'être autonome, tout en permettant l'existence d'une société. Vieillir, ce n'est pas devenir dépendant, mais cela implique que lorsque les différentes relations que la personne âgée entretient avec les personnes et les objets disparaissent les unes après les autres, et ce, à des moments où elle est plus vulnérable et où elle a le plus besoin des autres; alors, son réseau de relations s'appauvrissant, il lui devient de plus en plus difficile de gérer seule ces relations aux personnes et aux objets (Veysset & Deremble, 1989).

D'autres théoriciens ont une conception différente de la dépendance, voire même opposée. Des termes tels que soumission, asservissement et esclavage auront leur place. Pour eux, une personne dépendante sera incapable d'assumer par elle-même ses choix et ses responsabilités, de vivre seule et à l'extrême de rester seule (C.M.T.A.S.E.C.P.A., 1984; Guy, 1981; Ploton, 1990; Veysset & Deremble, 1989;). Malheureusement, l'interprétation du terme dépendance dans le sens de soumission et d'asservissement, a tendance à prévaloir chez la majorité des gens.

Les multiples pertes de relations de la personne peuvent devenir problématiques au moment de la vieillesse et compromettre alors son autonomie. À chaque perte (retraite, veuvage, maladie,...), le système relationnel qui fait vivre la personne est remis en question et il lui appartient de le réorganiser pour maintenir son équilibre (Veysset & Deremble, 1989).

La crise provoquée par la perte amène la personne âgée à chercher à retrouver un équilibre autonomie-dépendance et ce, notamment par un travail de réorganisation. Celui-ci peut prendre deux formes: 1. la substitution: la personne âgée va établir de nouveaux liens avec des personnes ou des objets qui viendront remplacer ceux qui ont disparu. Cela implique que le processus de deuil face à la perte ait été complété. 2. la symbolisation: le deuil se fait en acceptant la perte, en ne la remplaçant pas par autre chose. La personne âgée réorganise sa vie en intégrant cette perte. C'est l'échec de cette réorganisation qui brise l'équilibre des dépendances de la personne âgée et qui ouvre la porte à l'anxiété, à la mort (Veysset & Deremble, 1989).

Veysset et Deremble (1989) ajoutent que les auteurs de notre époque qui s'intéressent à la dépendance «soulignent trop ce que le vieux ne peut plus faire et provoquent une aide qui consiste à faire à sa place ce qu'il ne peut plus faire; cette aide nie l'existence de l'autonomie chez la personne âgée, elle la dépossède d'une part croissante d'elle-même» (p.29).

1.3.3. Le contrôle

Pour définir l'autonomie psychologique, les théoriciens ont souvent recours à la notion de contrôle. Hutchison, Carstensen et Silberman (1983) définissent le contrôle comme étant une habileté pour quelqu'un de manipuler divers aspects de son environnement. Pour Laforest (1989), il s'agit de «la perception qu'une personne a d'elle-même comme étant douée ou dépourvue de pouvoir» (p.112). Averill (1973) approfondit ce concept en distinguant trois types de contrôle. D'abord, il y a le contrôle comportemental, se définissant comme la disponibilité de choix pour influencer ou modifier un élément objectif d'une situation. Le

second type, le contrôle cognitif, réfère à la manière dont une personne peut interpréter un événement de façon à lui donner l'impression qu'elle a le contrôle. Pour ce même type de contrôle, Langer (1975) parle plutôt d'illusion de contrôle. Le troisième type de contrôle est le contrôle décisionnel; la personne sentira qu'elle a le contrôle lorsqu'elle aura la possibilité de choisir parmi plusieurs situations. La notion de prédiction est une variante du contrôle décisionnel; l'individu qui peut choisir ce qu'il va lui arriver, ou qui peut prédire un événement, se reconnaît un plus grand contrôle (Schulz, 1976).

La notion de contrôle sert aussi à évaluer si une personne situe à l'intérieur ou à l'extérieur d'elle-même le contrôle des événements de sa vie (Brochu & De Champlain, 1988; Kuypers, 1972; Laforest, 1989; Lefcourt, 1966; Reich & Zautra, 1990; Rotter, 1966; voir Housley, 1992); ainsi, on parlera de contrôle interne ou externe. On dit d'une personne âgée qu'elle a un lieu de contrôle interne lorsqu'elle perçoit qu'elle peut avoir un contrôle réel sur les événements de sa vie et qu'elle s'attribue la responsabilité de ses succès et de ses échecs (Brochu & De Champlain, 1988; Laforest, 1989; Ruel, 1987). Par contre, dans le cas contraire on dira d'elle qu'elle a un lieu de contrôle externe.

Même dans un état de grande dépendance physique, une personne âgée peut rester autonome du point de vue psychologique si elle maintient ou renforce un lieu de contrôle interne. Lorsqu'une perte d'autonomie psychologique se manifeste chez la personne âgée, cela signifie qu'il y a eu un changement en ce qui concerne son lieu de contrôle: d'interne qu'il était, il est devenu externe. Cela peut se manifester de deux façons: soit à la suite d'une détérioration de son identité personnelle, soit à la suite d'une trop grande prise de pouvoir de son environnement immédiat (Laforest, 1989).

Chez les personnes âgées, la notion de contrôle devient encore plus importante, étant donné le grand nombre de pertes qu'elles sont appelées à vivre. Celles résidant dans un centre hospitalier voient plusieurs décisions être prises sans qu'elles en aient le contrôle. En d'autres mots, cela signifie que leur compétence à maintenir un contrôle personnel peut être largement amoindri (Hutchison et al., 1983).

1.4. Les recherches

Cette section présente la synthèse des travaux de chercheurs qui s'intéressent à l'autonomie psychologique et à la notion de contrôle, notion qui peut être intégrée à l'autonomie psychologique. Les variables prédictives, les facteurs de l'autonomie psychologique et la relation entre l'autonomie psychologique et l'autonomie fonctionnelle sont d'abord présentés. En quatrième lieu, deux dimensions tout aussi importantes pour l'aîné sont abordées, soit l'autonomie et la sécurité, et pour terminer, la notion de contrôle est discutée plus en détail.

1.4.1. Les variables prédictives

D'après les recherches de Dubé et al. en 1991 et 1992, il existe certaines variables prédictives de l'autonomie psychologique. Les meilleurs déterminants sont un niveau d'espoir élevé en la réalisation de projets, une bonne estime de soi, la présence d'un confident, le lieu de résidence et le sexe de l'individu. Par ailleurs, lorsque les sexes sont comparés, des différences se manifestent: pour les femmes, une bonne estime de soi, un nombre élevé de personne dans le réseau social, la présence d'un confident et des valeurs actualisantes sont prédictives d'un niveau d'autonomie psychologique plus élevé; alors que pour les hommes, les valeurs actualisantes et la présence d'un confident sont essentielles.

1.4.2. Les facteurs qui influencent l'autonomie psychologique

Selon certaines études, la majorité des personnes âgées et leurs aidants croient qu'en général, les personnes âgées ont la liberté de choisir et de prendre des décisions par elles-mêmes (Horowitz et al., 1991; Pratt et al., 1989). Les personnes âgées et leurs aidants semblent d'accord sur le fait que les barrières qui empêchent l'autonomie chez les âgés sont surtout les limitations imposées par les détériorations mentales et physiques. Ainsi, les facteurs intrinsèques sont perçus comme étant les premières contraintes à la liberté des âgés à rencontrer leurs buts personnels (Hickey & Stilwell, 1992; Horowitz et al., 1991).

Par ailleurs, le fait qu'une personne âgée perde son autonomie fonctionnelle peut l'amener à entrer en conflit avec son aidant. Hooyman et Lustbader (1986: voir Horowitz et al., 1991) affirment qu'il est possible que l'aidant, en s'impliquant trop dans une telle situation, ne réalise pas à quel point il contrôle la vie de l'âgé. Ainsi, ce dernier n'étant pas satisfait de son nouveau rôle, celui de dépendant, se sentira inutile surtout parce que l'aidant ne lui laisse plus la chance de prendre l'initiative dans les domaines le concernant (Horowitz et al., 1991). Cette situation est propice à une diminution de la performance aux tâches aussi bien que d'une diminution du sentiment de contrôle (Rodin, 1986a).

Cette façon de réagir se vérifie aussi auprès d'une clientèle institutionnalisée. Avec une trop grande assistance du personnel, les résidents ont alors peu d'occasions pour mettre en pratique leurs capacités à prendre soin d'eux-mêmes; ce qui les amène à croire qu'ils sont incapables de le faire sans l'aide d'une autre personne (Timko & Moos, 1990).

Lorsque les institutions s'organisent en fonction des choix et des options de la population qu'elles desservent et que le personnel intervient auprès des résidents dans le but d'augmenter leur contrôle, le bien-être psychologique est augmenté (Daniewicz et al., 1991; Langer & Rodin, 1976). Une fois que les intervenants ont compris l'importance de laisser choisir les personnes âgées pour ainsi améliorer leur contrôle personnel, ils les encouragent à prendre leurs décisions de façon autonome, et ce dans la vie de tous les jours (Daniewicz et al., 1991).

L'autonomie psychologique est importante chez une clientèle institutionnalisée; le fait de donner aux résidents plus de choix personnel dans leurs routines quotidiennes et plus de contrôle sur les règles et les politiques de l'établissement, augmente leur sentiment d'avoir de l'influence sur la mise en place de leurs activités sociales, dont ensuite ils peuvent bénéficier (Rodin, Timko & Harris, 1985: voir Timko & Moos, 1990). D'ailleurs, pour améliorer l'autonomie psychologique de ces personnes âgées, une chose simple comme leur laisser dire un mot dans la sélection de vêtements, peut les aider à sentir qu'elles ont le contrôle sur leur environnement, tout en contribuant à leur bien-être psychologique (Chowdhary, 1991; Daniewicz et al., 1991).

Selon les résultats obtenus par Jang (1992), pour que les âgés institutionnalisés puissent exécuter les activités qu'ils préfèrent, le personnel doit accorder un degré d'importance similaire à ces mêmes activités; en d'autres termes si le personnel n'aime pas certaines activités, même si ce sont celles que les âgés préfèrent, elles ne seront pas exécutées. De plus, lorsque le personnel attache une plus grande importance à certaines activités, il ne

perçoit pas le manque ou l'absence de choix qu'éprouvent les résidents face aux choix de ces activités.

Donc, en résumant les principaux facteurs qui peuvent influencer l'autonomie psychologique, il en ressort qu'une perte de santé physique et mentale devient une contrainte à l'autonomie, qu'un certain paternalisme de la part de l'aidant peut provoquer un sentiment de dépendance chez la personne âgée, et que les aidants doivent reconnaître la liberté de choisir de la personne âgée pour qu'elle conserve son autonomie, et ce, surtout dans un milieu institutionnel.

1.4.3. Relation entre l'autonomie psychologique et l'autonomie fonctionnelle

Dubé et ses collaborateurs (1991, 1992) ont fait deux études qui observent la relation entre l'autonomie psychologique et l'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées. Pour en connaître davantage sur l'autonomie psychologique, il est fondamental de rapporter leurs résultats. En ce qui concerne la première étude (Dubé et al., 1991), 97 sujets ont été choisis; ces derniers se divisent en trois groupes: des personnes âgées fréquentant le centre de jour, des personnes âgées vivant en centre d'accueil et d'autres en pavillon. Dans cet échantillon, il est à remarquer que les sujets en centre de jour sont en perte d'autonomie fonctionnelle et requièrent des soins physiques. Les résultats obtenus démontrent qu'il n'existe aucune relation entre l'autonomie psychologique et l'autonomie fonctionnelle, c'est-à-dire l'indépendance comportementale, et ce autant chez les gens en centre de jour qu'en institution. Quant à la deuxième étude (Dubé et al., 1992), 239 sujets ont été recrutés. Ils vivent à domicile ou en institution (centre d'accueil, centre hospitalier de soins prolongés et pavillon). Les auteurs ont à l'inverse observé une relation significative entre l'autonomie psychologique et l'autonomie

fonctionnelle chez l'ensemble de leurs sujets; mais, lorsqu'ils tenaient compte du lieu de résidence, ils ont démontré que les sujets en institution étaient responsables de cette relation, et non ceux à domicile pour qui ces deux variables semblaient complètement indépendantes. Les résultats de ces deux études amènent les auteurs à conclure «qu'en plus de l'indépendance comportementale, il existe au moins un autre volet à l'autonomie et c'est l'autonomie psychologique» (Dubé et al., 1992, p.59).

1.4.4. L'autonomie et la sécurité

Choisir entre l'autonomie et la sécurité pour une personne âgée est souvent un dilemme auquel elle doit faire face, surtout parce qu'elle a besoin autant de l'un que de l'autre. Hogstel et Gaul (1991) et Parmelee et Lawton (1990: voir Walh, 1991) se sont récemment intéressés à cette problématique. La sécurité est un des besoins de base de l'âge rencontré à travers l'environnement social; un environnement social sûr est particulièrement important pour l'âge fragile (Walh, 1991). L'autonomie représente aussi un besoin de base chez l'humain, c'est-à-dire que ce besoin lui permet de fonctionner de façon efficace et avec compétence, comme le mentionne White (1959). Walh (1991) suggèrent que les personnes âgées ont des valeurs et des buts orientés vers l'autonomie, et ce autant pour celles vivant à domicile que celles vivant en institution, tandis que le personnel soignant a des buts orientés vers des fins d'aide et non d'autonomie. De plus, il rapporte que le personnel soignant en institution décrit plus fréquemment son comportement comme étant un support et une sécurité, que le fait un soignant à domicile.

1.4.5. Le contrôle

Dans cette section, la notion de contrôle telle que vue par les chercheurs est abordée, puisque cette notion fait partie intégrante de l'autonomie psychologique. Le premier point présenté est l'effet positif du contrôle, et ensuite certains facteurs qui y sont reliés, tels la santé, le stress, l'âge et les différences selon le sexe.

Plusieurs études démontrent que la perception de contrôle sur l'environnement est un très bon prédicteur du bien-être (Chowdhary, 1991; Daniewicz et al, 1991; Hennessy, 1989; Housley, 1992; Huyck, 1991; Hyer, Matteson & Siegler, 1982: voir Fitch & Slivinske, 1988; Langer, 1983; Langer & Rodin, 1976; Mercer & Kane, 1979: voir Fitch & Slivinske, 1988; Reich & Zautra, 1990; Reid & Zeigler, 1977; Rodin, 1986a; Rowe & Kahn, 1987: voir Clark, 1991; Schulz, 1976). Une perte de contrôle mène à une détérioration du bien-être physique et psychologique chez la population âgée en générale (Fitch & Slivinske, 1988; Slivinske & Fitch, 1987).

Par ailleurs, l'augmentation de possibilités d'avoir le contrôle et un plus grand sentiment d'efficacité personnelle peuvent avoir un effet positif sur la satisfaction de la vie, l'estime de soi et la santé physique des personnes âgées (George & Bearon, 1980: voir Teitelman & Priddy, 1988; Rodin, 1986a), et ce autant pour celles vivant dans leur domicile que celles vivant en institution. Fry (1989) ajoute que, sur le plan émotif, les personnes âgées qui perçoivent une perte de contrôle sont des candidats potentiels à la dépression et à la résignation, et que ce potentiel augmente avec l'âge.

Langer et Rodin (1976) ont fait une étude longitudinale qui démontre qu'en augmentant le sentiment de contrôle chez des résidents d'un centre d'accueil, cela peut avoir un effet positif sur eux. Pour ce faire, ils ont manipulé l'environnement des résidents d'un centre d'accueil de telle sorte que ces derniers voyaient leurs responsabilités, et par le fait même leur contrôle, augmentés. Ainsi, ils les ont amenés à croire qu'ils pouvaient contrôler certaines dimensions de leur environnement. Les résultats démontrent que les sujets du groupe expérimental sont plus intéressés à leur environnement, plus énergiques et ont plus d'initiative que ceux du groupe contrôle. Les membres du personnel ont vu apparaître un changement positif au niveau de la sociabilité, du taux d'activité et du degré d'indépendance chez ces sujets. De plus, 18 mois plus tard, Rodin et Langer (1977) ont remarqué que les effets positifs se manifestaient toujours, et que plusieurs sujets avaient continué d'augmenter leur contrôle; même que le taux de mortalité du groupe contrôle était significativement supérieur. Schulz (1976) a aussi fait une étude semblable où il obtient des résultats qui vont dans le même sens; lorsqu'on donne plus de contrôle sur les événements, cela a un effet positif sur le bien-être des personnes âgées.

Plusieurs études sur la population âgée font remarquer l'importance des amis et des confidents comme ressources d'adaptation (Chappell, 1983; Cohen, Teresi & Holmes, 1985; Turner, 1983; voir Daniewicz et al., 1991). Huyck (1991) souligne que le sentiment de contrôle de la personne est enraciné dans les expériences interpersonnelles. Pour lui, l'environnement intime de la personne peut influencer son sentiment de contrôle. Chaque personne fait partie d'un système psychosocial où les autres influencent sa façon de penser et d'agir, en modifiant la perception qu'elle se fait d'elle-même.

Selon Rodin (1986a, 1986b), les gens ayant une perception de contrôle élevée peuvent avoir une meilleure santé, parce qu'ils sont plus enclins à faire des actions pour améliorer leur santé. Réciproquement, les individus ayant un faible niveau de contrôle semblent peu s'engager dans des comportements promouvant la santé. Cette relation peut devenir plus forte chez les personnes âgées lorsque le déclin physique est souvent vu comme une partie irrévocable du processus de vieillissement (Rodin, 1986a, 1986b).

Une estime de soi élevée et un lieu de contrôle interne sont des variables significativement reliées à une meilleure santé physique (Duffy & McDonald, 1990; Brown & Granick, 1983) et à un meilleur fonctionnement au niveau psycho-social et cognitif (Brown & Granick, 1983). La santé est donc associée aux sentiments de contrôle; les femmes ayant plus de problèmes de santé entraînant des limitations dans leurs capacités, ressentent moins de contrôle sur leur vie (Daniewicz et al., 1991). De plus, la douleur chronique mène à une perception de contrôle diminuée et à une augmentation des sentiments de résignation, lesquels peuvent causer de la dépression (Williamson & Schulz, 1992).

Kuhl (1986) rapportent qu'éprouver de la difficulté à prédire ce qui va se produire dans son environnement et la perte de contrôle qui en résulte, peut accélérer le processus du vieillissement. D'ailleurs, Arling, Harkins et Capitman (1986) mentionnent que le déclin des capacités fonctionnelles des personnes âgées peut influencer leur sentiment de contrôle de façon négative.

Langer et Rodin (1976) ont démontré qu'une réduction du contrôle sur un événement aversif augmente l'état physiologique de panique et d'anxiété de la personne. Une perception

de contrôle, même si ce contrôle est illusoire, réduit le stress face à cet élément désagréable. Donc, le fait que les personnes âgées aient l'impression qu'elles ne peuvent exercer autant de choix ou de contrôle dans des situations stressantes n'est pas nécessairement vrai. Toutefois, lorsque les personnes âgées vivent un stress hors de leur contrôle, elles sont plus défavorablement affectées (Arling et al., 1986; Rodin, 1986a, 1986b).

Selon Walh (1991), les personnes âgées attribuent plus souvent leurs compétences à une cause interne. Ce phénomène reste le même quel que soit le type de résidence. Par contre, les personnes âgées vivant à domicile ont un meilleur sentiment de contrôle que celles vivant en centre d'hébergement. D'après White et Janson (1986), ceci peut s'expliquer par le fait que le milieu institutionnel interagit de façon très négative avec l'autonomie de la personne âgée. Ce type d'environnement priverait la personne des choix qu'elle peut faire et réduirait ainsi sa perception de contrôle. Pour Reschovsky et Newman (1990), le fait de ne pas vivre dans sa propre demeure et/ou d'avoir un faible revenu, en plus d'associer ces facteurs à une absence de ressource, contribuent à diminuer le contrôle des personnes âgées.

Différentes études ont obtenu des résultats contradictoires concernant la relation entre la notion de contrôle et l'âge. Pour Daniewicz et al. (1991), le sentiment de contrôle est négativement corrélé avec l'âge, c'est-à-dire plus la personne est âgée, moins elle aura l'impression d'avoir le contrôle sur sa vie. Quant à Morganti, Nehrke et Hulicka (1990), plus la personne vieillit (dans les 3 groupes d'âge 60-69, 70-79, 80 et plus), moins elle a l'impression d'avoir un contrôle personnel. Par contre, lorsque l'on contrôle la santé, des pertes sensibles, motrices et sociales sont vécues tout au long du vieillissement et se reflètent dans une baisse de la perception de contrôle dans les activités de la vie quotidienne. Ceci

signifie qu'il n'y a pas un lien direct entre l'âge et la perte de contrôle personnel perçu. On doit tenir compte de la santé de la personne âgée (Morganti et al., 1990). Pour Huyck (1991) et Rodin (1986a), même s'il y a une relation entre le vieillissement et l'augmentation de situations influençant le sentiment d'auto-détermination des gens, les données ne prouvent pas clairement que le contrôle perçu diminue en fonction de l'âge chronologique. Selon Rodin (1986a, 1986b), les études rapportent qu'il y a une plus grande variabilité dans la perception et le désir de contrôle avec l'avancement en âge, supposément causée par l'accumulation d'expériences différentes au cours de la vie.

D'après Morganti et al. (1990), il y a certaines différences qui se manifestent entre les hommes et les femmes. Les différences obtenues suggèrent que les hommes âgés sont plus sensibles aux pertes de contrôle personnel parce qu'ils ont moins de capacité d'adaptation que les femmes pour restructurer leur vie de façon à maximiser leur contrôle personnel. La différence provient de la perception de la disponibilité des activités significatives ou des activités qui leur permettent d'améliorer leur contrôle. Plus précisément, les hommes abandonnent plus tôt des activités masculines, à cause de leur fragilité et/ou de la perte de leur rôle social, alors que les femmes peuvent poursuivre des activités moins exigeantes physiquement, mais qui permettent de maintenir leur estime de soi.

En synthétisant les écrits des théoriciens et des chercheurs sur l'autonomie psychologique, on remarque qu'ils s'entendent tous pour définir l'autonomie psychologique en termes de prise de décision, de notion de contrôle, de liberté et d'indépendance. Concernant les variables prédictives, ce sont un niveau d'espoir élevé en la réalisation des projets, une estime de soi élevée, la présence d'un confident, le lieu de résidence et le sexe qui prédisent

une meilleure autonomie psychologique. Quant aux facteurs reliés à l'autonomie psychologique, les théoriciens et les chercheurs s'accordent sur ce point: la détérioration physique et mentale, l'insuffisance des ressources et un certain paternalisme de la part de l'environnement peuvent influencer négativement l'autonomie psychologique; alors que l'importance de reconnaître la liberté de choisir chez la personne âgée peut favoriser une meilleure autonomie psychologique. De plus, Dubé et al. (1991, 1992) ont démontré qu'il n'y a pas de relation entre l'autonomie psychologique et l'autonomie fonctionnelle surtout chez les gens à domicile, ce qui signifie que ce n'est pas parce qu'une personne âgée perd son autonomie fonctionnelle qu'elle perd automatiquement la volonté d'exercer soi-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir. Et pour conclure, on remarque aussi que la présence d'un sentiment de contrôle chez la personne âgée est fondamentale, parce qu'elle prédit un bien-être physique et psychologique, elle est reliée à une meilleure satisfaction de vivre, à une estime de soi élevée, à une meilleure santé physique et à une diminution de stress.

1.5. Les concepts associés

Dans cette partie, l'estime de soi et la motivation sont abordées, étant donné que ces deux concepts jouent un rôle déterminant dans la volonté de la personne âgée de maintenir son autonomie psychologique et fonctionnelle.

1.5.1. L'estime de soi

La raison pour laquelle une certaine attention est portée à l'estime de soi est principalement parce qu'elle est une variable prédictrice de l'autonomie psychologique. En premier lieu, une brève définition de l'estime de soi est présentée, et ensuite l'estime de soi et la personne âgée sont abordée de façon plus détaillée.

1.5.1.1. Définition

Les jugements explicites que portent les autres sur soi et la perception qu'a l'individu des jugements des autres sur lui-même, interviennent dans la formation du concept de soi (Ruel, 1987). Se représenter à soi-même devient ainsi une sorte de jugement que l'on porte sur soi, plus subjectif qu'objectif, c'est une image mentale concrète que l'on a de soi, et qui qualifie l'estime de soi. L'individu se perçoit différemment selon les diverses zones d'activités dans lesquelles il s'implique. L'estime de soi est «la composante évaluative associée au concept de soi, définie par l'ensemble des croyances et sentiments qu'une personne entretient sur elle-même à un moment donné» (Taft, 1985: voir Dubé et al., 1991, p.116). L'estime de soi réfère donc à la qualité affective associée au concept de soi, c'est-à-dire le degré d'affection, d'amour de l'individu envers lui-même, compte tenu de ses divers champs d'exercice et de relation avec les autres (Ruel, 1987). L'Écuyer (1988) ajoute que l'estime de soi est constituée de trois dimensions: la valeur de soi et ses deux catégories propres, la compétence et la valeur personnelle. La valeur de soi correspond à un jugement sur soi en tant que personne ou par rapport à ses réalisations à partir d'un système de valeurs personnel ou venant de l'extérieur. La compétence comprend tout énoncé qui traduit chez la personne l'impression d'efficacité réelle, et la valeur personnelle réfère au jugement sur soi en tant que personne, jugement tantôt positif, tantôt négatif. D'après Franks et Marolla (1976: voir Dubé et al., 1991), l'estime de soi se développe à partir de deux processus: 1) l'estime de soi externe, c'est-à-dire qu'elle prend son origine dans les reflets d'appréciation des autres qui sont significatifs pour soi; 2) l'estime de soi interne, qui réfère au sentiment individuel de compétence et d'efficacité, dérivé de l'expérience personnelle.

1.5.1.2. Estime de soi et personne âgée

L'estime de soi est un indicateur important du bien-être psychologique pour les personnes âgées. En vieillissant, elles sont de plus en plus à risque pour que des événements et des conditions associées à une estime de soi faible se manifestent, si l'on réfère à une diminution des capacités et de la santé; ce changement des capacités accroît le stress en s'effectuant sur une longue période de temps (Daniewicz et al., 1991). Selon l'étude faite par L'Écuyer en 1988, il existe trois phases d'évolution de l'estime de soi chez les personnes âgées, mais différentes selon les sexes. Pour les hommes, la première phase est celle de limitation de l'estime de soi entre 60 et 70 ans; ils démontrent une faiblesse marquée sur le plan de la perception de leurs compétences et de leur valeur personnelle en tant que personne. La deuxième phase en est une de reprise et d'élargissement de l'estime de soi entre 75 et 80 ans; c'est à cette période qu'ils en viennent à percevoir plus positivement leurs compétences et leur valeur personnelle. La dernière phase est plus positive, car ils sont portés à se centrer sur leur propre personne et ce, de 85 ans et plus; c'est là que l'estime de soi se restreint de plus en plus à des éléments plus vagues de leur personne à mesure que le sentiment de compétence diminue en importance. Tandis que pour les femmes, l'évolution prend une autre allure, à savoir deux phases fortes (60 ans et 75 ans), chaque fois immédiatement accompagnées de diminutions, et une phase de reprise à la fin du cycle. La première phase est celle de valorisation générale de soi (60ans) au doute (70 ans). La deuxième consiste en la satisfaction générale de soi et des rôles joués (75 ans) vers de nouvelles remises en question (80-85 ans). Et la troisième démontre une revalorisation de soi dans un cadre expérientiel plus factuel et restreint (90-95-100 ans).

De plus, les personnes ayant une estime de soi diminuée pensent qu'elles sont plus vulnérables aux problèmes d'ordre psychologique (Krause & Alexander, 1990). Par ailleurs, Daniewicz et son équipe (1991) ont fait une étude sur l'estime de soi de 377 religieuses âgées. Leurs résultats démontrent que les plus âgées démontrent une estime de soi plus faible que les plus jeunes. Celles ayant de plus grandes incapacités ont une estime de soi plus faible que celles ayant peu d'incapacités. Hunter, Linn et Harris (1981-82) ont obtenu des résultats allant dans le même sens; elles ont fait une étude dont le but était d'examiner les caractéristiques de la personnalité associées avec une estime de soi faible ou élevée chez 250 personnes âgées. Elles ont rapporté que des variables telles que l'âge, le revenu, le niveau d'éducation et le lieu de résidence ne différencient pas les personnes âgées ayant une estime de soi faible ou élevée. Cependant, le groupe ayant une estime de soi faible a une plus pauvre perception de sa santé, plus de douleur sur une base quotidienne et de plus grandes incapacités. De plus, ce même groupe révèle un score plus élevé aux échelles de dépression, d'anxiété et de somatisation, et un lieu de contrôle externe.

Il y a certaines variables prédictrices d'une estime de soi élevée. D'abord, le nombre d'amis et de confidents semble important; en effet, selon Daniewicz et al. (1991), les femmes qui indiquent un plus grand nombre d'amis intimes ont une estime de soi plus élevée que celles qui rapportent n'avoir que très peu de confidents. De plus, d'après Chowdhary (1991), Daniewicz et al. (1991) et O'Bryant (1991), le sentiment d'être en contrôle sur sa vie détermine le niveau d'estime de soi; les femmes qui sentent qu'elles ont plus de contrôle sur leur propre vie ont une estime de soi plus élevée que celles qui croient avoir moins de contrôle; la fierté venant avec le fait de prendre des décisions et de faire ses choses soi-même est une

source majeure d'estime de soi dans une société où l'on valorise autant l'indépendance. De plus, Daniewicz et al. (1991) ajoutent que l'âge et l'incapacité ont un effet indirect sur l'estime de soi à travers le contrôle; en d'autres termes, le fait que certaines femmes âgées aient un niveau d'estime de soi plus faible n'est pas dû à l'âge avancé comme tel, mais plutôt parce que le vieil âge est associé à une réduction du sentiment de contrôle sur la vie. Les femmes qui indiquent un haut niveau de contrôle sur leur vie démontrent une estime de soi élevée même à un âge avancé. Aussi, le fait d'éprouver une diminution des capacités mène la personne âgée à ressentir moins de contrôle sur sa vie, et ainsi avoir une estime de soi plus faible. Par ailleurs, Loomis et Thomas (1991) ont fait une synthèse de plusieurs études qui rapportent que le statut de santé et les attitudes à l'égard de l'âge sont des déterminants importants de l'estime de soi et de la satisfaction de la vie. D'autre part, les stéréotypes négatifs véhiculés par la société face au vieillissement, transmettent une perception de soi négative chez la personne âgée, ce qui peut diminuer son estime de soi et ce qui peut l'amener à croire qu'elle ne peut exercer son contrôle sur son environnement (Langer, 1983). Selon Butler (1975: voir Cohen, 1988), l'âgisme, comme tous les préjugés, influence l'image de soi et les comportements de ses victimes. Ainsi, les personnes âgées tendent à adopter une définition négative d'elles-mêmes et à maintenir les stéréotypes dirigés contre elles, et ce en encourageant les croyances de la société.

1.5.2. La motivation

Comme il a été mentionné dans la définition de l'autonomie psychologique, la motivation est importante pour maintenir l'autonomie de la personne âgée. Il serait donc intéressant qu'une certaine attention y soit portée.

1.5.2.1. Définition

Dans son vécu quotidien, l'individu a la capacité de vouloir quelque chose, et ce de façon consciente et intentionnelle. Ainsi, le besoin d'être, le désir de devenir émerge en lui. L'émergence d'un tel besoin n'est en soi que la manifestation d'une relation entre l'individu et une situation ou un objet. Pour que l'individu s'engage dans cette relation, il doit avoir l'intention de transformer ce besoin en objet-but. Le dynamisme propulseur de ce mouvement est la motivation (Ruel, 1987).

La motivation a d'abord été décrite comme une notion qui s'inscrivait particulièrement dans les théories behavioriste et psychanalytique. D'une part, Hull (1943, 1951, 1952: voir Ruel, 1987) a développé le concept de motivation extrinsèque, c'est-à-dire que la motivation est provoquée par le renforcement du comportement (récompense, succès, approbation sociale,...). D'autre part, «la psychanalyse proposait une conception réactive (satisfaction du besoin) d'une motivation en constante opération, en vue de maintenir l'équilibre psychobiologique de l'être» (Ruel, 1987; p.241). Plus récemment, Deci et Ryan (1985: voir, Vallerand, 1990) parlent de la motivation comme étant un concept qui réfère aux forces sous-jacentes à l'émission des comportements et qui semble responsable du bien-être psychologique et physique des gens. Selon Deci et Ryan (1985: voir Vallerand & O'Connor, 1989), il existe quatre types de motivation, soit la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque autodéterminée, la motivation extrinsèque non-autodéterminée et l'amotivation. La motivation intrinsèque réfère au fait de faire une activité pour soi-même et le plaisir qui est retiré de la participation à l'activité; le comportement vise à amener certaines conséquences internes renforçantes, ces conséquences étant des sentiments de compétence et

d'autodétermination sur son environnement (Cox, Miller & Mull, 1987; Deci & Ryan, 1985: voir Vallerand & O'Connor, 1989). Par contre, la motivation extrinsèque réfère au fait de faire une activité pour des fins externes à cette dernière, comme pour recevoir des récompenses ou éviter des punitions. La motivation extrinsèque peut être autodéterminée ou non-autodéterminée. La motivation extrinsèque est autodéterminée lorsqu'elle implique un choix et une autodétermination même si l'activité n'est pas faite par plaisir mais pour des fins instrumentales; par exemple, choisir soi-même d'aller voir le médecin. La motivation extrinsèque est non-autodéterminée lorsqu'il y a absence de choix et d'autodétermination et que la personne a peu de contrôle sur son environnement; par exemple, être forcé par quelqu'un d'aller voir le médecin. Et l'amotivation réfère au fait qu'une personne n'a aucune motivation à faire une activité; il y a alors absence de motivation intrinsèque et extrinsèque; par exemple, aller voir le médecin sans trop savoir ce que cela donne.

Par ailleurs, Ruel (1987) propose une autre conception de la motivation, où le conscient et le cognitif jouent un rôle important dans l'agir quotidien de l'individu, c'est-à-dire dans l'ici et le maintenant. Cette conception présente la motivation sous trois dimensions, soit la motivation modifiable, pro-active et consciente.

La motivation modifiable réfère au dynamisme psychologique qui opère selon les dimensions et les caractéristiques de l'individu, et qui s'adapte aux circonstances que ce dernier vit à un moment donné (Ruel, 1987). Cette notion individualise les sources motivationnelles de l'agir humain; elle suggère des stratégies propres pour amener, orienter et maintenir l'engagement de l'individu dans la réalisation d'un objectif, tout comme elle permet

de comprendre l'intention et la décision d'une personne de tendre vers un but préalablement identifié.

La motivation pro-active s'explique par le fait que l'être humain n'est pas qu'un être qui réagit pour réduire une tension organique ou psychologique dans le but de combler un besoin, il est aussi un être pro-actif. Sa raison d'être, de vivre, est plus orientée vers le futur qu'elle n'est tournée vers le passé. Ses motifs d'agir peuvent prendre racine dans des perspectives d'avenir, dans des élans de réalisation de soi (Ruel, 1987).

La motivation consciente fait partie intégrante de la motivation modifiable et pro-active; elle mène à la notion d'intentionnalité de l'acte motivationnel. «Qui dit intention dit conscience de l'agir; ainsi, l'agir motivé doit être perçu et conçu comme un acte initié et dirigé par des motifs conscients» (Lewin, 1935, 1936: voir Ruel, 1987; p.244).

Mais, pour que l'individu décide de s'engager dans un comportement ou de réaliser le but suscité par un besoin, il doit avoir une représentation mentale favorable de lui-même. C'est cette image de soi qui est à l'origine de l'engagement de l'agir motivationnel, c'est-à-dire de l'entrée en relation de l'individu avec l'environnement (Ruel, 1987).

Par ailleurs, il semble que la motivation soit influencée par le contexte immédiat dans lequel évolue la personne; de sorte que plus le contexte offre des opportunités d'autonomie et plus la personne sera motivée de façon autonome (Vallerand, 1990).

1.5.2.2. Motivation et personne âgée

Vallerand (1990) a fait une étude sur la motivation des personnes âgées en centre d'accueil. Selon les politiques en vigueur dans ces milieux, ces derniers peuvent avoir des impacts différents sur la motivation des personnes âgées. Il y a deux types de contextes que l'on peut retrouver dans les centres d'accueil, et qui peuvent mener à des conséquences distinctes sur la motivation de la personne âgée: 1) Le contexte contrôlant: ce type de contexte implique l'absence de choix et d'autodétermination pour la personne. Celle-ci vient à se sentir forcée d'agir de façon bien spécifique de façon à satisfaire aux demandes ou pressions des personnes en position de pouvoir. La motivation de l'aîné doit être suscitée par l'extérieur, c'est-à-dire les personnes en position de pouvoir doivent amener la personne âgée à émettre les comportements désirés. 2) Le contexte informationnel: celui-ci implique la présence de choix et d'autodétermination pour la personne âgée. Cette dernière sent qu'elle peut vraiment décider des choses qu'elle veut faire à l'intérieur d'un cadre défini et réaliste. Elle ne sent pas de pression de la part des autres d'avoir à agir de façon précise et attendue, mais elle sent plutôt que les personnes en position de pouvoir sont là pour lui procurer un soutien dans sa vie quotidienne. La motivation de la personne âgée vient d'elle-même et les personnes en position de pouvoir n'ont pas à forcer celle-ci à émettre les comportements désirés; c'est la personne âgée qui se prend en main. Donc, dans un contexte semblable, on favorise la prise de décision et l'autonomie psychologique de la personne âgée. Perlmutter et Monty (1977) et Vallerand et O'Connor (1989) mentionnent d'ailleurs qu'une perception de contrôle élevée augmente le niveau de motivation de la personne âgée.

Dans cette étude, Vallerand (1990) a d'abord constaté que le contexte du centre d'accueil a un effet indirect sur la motivation. Deci et Ryan (1985: voir Vallerand, 1990) explique ce phénomène par le fait que le contexte est médiatisé par la perception d'autodétermination que la personne se fait de son environnement: plus un centre offre de l'autodétermination aux résidents, plus ces derniers se sentent libres d'émettre les actions de leur choix. Ces perceptions de liberté et de choix en retour produisent des hausses dans la motivation autodéterminée des personnes âgées. D'autre part, on a remarqué que la motivation et le contexte du centre d'accueil ont un effet interactionnel sur la santé mentale et physique de la personne âgée. Ainsi, ceci signifie que la congruence entre les besoins de la personne et les caractéristiques de l'environnement détermine l'ajustement de la personne (Vallerand, 1990; Ruel, 1987). De plus, Vallerand (1990) rapporte que les gens qui ont un profil motivationnel démontrant une plus grande autodétermination, sont à la recherche d'autonomie; un environnement informationnel leur convient donc mieux. À l'opposé, les personnes peu autodéterminées recherchent un cadre sécurisant; un environnement contrôlant offrant structure et sécurité leur convient donc mieux. Ces résultats indiquent finalement qu'il est possible d'avoir une meilleure santé physique et mentale selon l'environnement dans lequel on vit, adapté à nos besoins et à nos attentes.

Une étude comme celle de Vallerand (1990) nous permet donc de comprendre que si le contexte du milieu de vie a un effet indirect sur la motivation de la personne âgée, et bien la motivation a aussi un effet sur le désir d'être autonome psychologiquement.

2. Le bilan fonctionnel des personnes âgées

Dans plusieurs hôpitaux de jour, on utilise un bilan fonctionnel pour évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées et pour ensuite établir leur plan d'intervention. Le terme "bilan fonctionnel" est donc un synonyme d'autonomie fonctionnelle; la distinction se situe au niveau de l'évaluation puisqu'on utilise ce terme pour signaler qu'on évalue l'autonomie fonctionnelle (Leclerc, Lefrançois & Poulin, 1992). Pelletier (1988) présente le bilan fonctionnel comme étant composé de deux dimensions fondamentales, soit les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles des personnes âgées. Dans cette deuxième partie du chapitre, l'autonomie fonctionnelle est abordée de façon plus générale; en deuxième et troisième lieu, une plus grande attention est portée sur les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles.

2.1. L'autonomie fonctionnelle

Pour discuter de l'autonomie fonctionnelle, cinq grands points sont abordés. Tout d'abord, ce concept est défini selon les théoriciens et les chercheurs qui s'y sont intéressés. Ensuite, des notions associées à l'autonomie fonctionnelle sont présentées, telle en premier lieu la déficience, l'incapacité et le handicap, et en deuxième lieu la performance et l'aptitude. Troisièmement, les conditions qu'une personne âgée doit posséder pour qu'elle soit considérée indépendante et à l'inverse les conditions qui peuvent la pousser à agir de façon dépendante sont apportées. Par la suite, la notion d'âge est abordée; c'est là qu'est démontré le fait que ce n'est pas parce qu'une personne a atteint un âge avancé qu'elle perd son autonomie fonctionnelle. Et pour terminer, quelques critiques faites par certains auteurs à l'égard de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle sont apportées.

2.1.1. Définition

Des théoriciens tels que Breda-Jehl (1989), le C.M.T.A.S.E.C.P.A. (1984), Colvez et Gardent (1990) et Laforest (1989) définissent l'autonomie fonctionnelle en terme de capacité de la personne à effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne nécessaires à la sécurité et à la satisfaction des besoins physiques fondamentaux, tout en s'adaptant à son environnement. Laforest (1989) et Ploton (1990) ajoutent à cela que si la personne âgée est en perte d'autonomie, l'aide dont elle aura besoin lui permettra de suppléer à une capacité qu'elle devrait normalement avoir; puisque sans cette aide, elle ne pourrait satisfaire plusieurs de ses besoins les plus élémentaires.

Quant aux chercheurs, ils ne se différencient pas des théoriciens lorsqu'il s'agit de définir l'autonomie fonctionnelle. Pour Ellenberger (1987: voir Dubé et al., 1991, 1992), Lebeau, Sicotte, Tilquin et Tremblay (1980), Montplaisir (1981), Viney, Benjamin et Preston (1988), l'autonomie fonctionnelle est un synonyme de l'indépendance comportementale. Mais, cette notion est définie différemment selon les auteurs. Pour Ellenberger (1987: voir Dubé et al., 1991) et Viney et al. (1988), l'indépendance comportementale correspond «aux capacités fonctionnelles de la personne âgée et à leur adéquacité en regard des diverses activités de la vie quotidienne; une perte d'autonomie se traduirait par des activités de la vie quotidienne non-accomplies» (Dubé et al., 1991, p.8). Tandis que pour Lebeau et al. (1980), c'est le pouvoir d'agir ou de ne pas agir; la personne a le pouvoir de choisir l'orientation de sa conduite selon ses propres règles et celles établies socialement. Pour ces derniers, le maintien de cette indépendance est déterminé par le degré d'adaptation des capacités fonctionnelles de la personne aux exigences des diverses activités qu'elle doit accomplir. Quant à Leclerc

(1987), il définit l'autonomie par la capacité de disposer de soi et d'agir par soi-même dans les diverses circonstances de la vie; du point de vue physique, cela suppose que l'on possède les moyens de satisfaire ses besoins et de vaquer à ses occupations habituelles sans dépendre de l'aide des autres. Ainsi, la personne âgée est évaluée selon ses capacités et ses limites, en tenant compte de son état de santé physique et de sa façon de se comporter, tout en considérant son environnement physique, affectif et social (Hébert, Carrier & Bilodeau, 1984, 1988). Pour Duffy et McDonald (1990), la santé correspond à l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée. Ces derniers rapportent que les personnes âgées se perçoivent en santé lorsqu'elles ont les capacités pour effectuer leurs activités de la vie quotidienne, les aidant à maintenir un style de vie indépendant. Quant à Leclerc et ses collaborateurs (1992), ils définissent l'autonomie fonctionnelle comme étant la mesure de la fonctionnalité psychosociale de l'individu; elle est le résultat d'une interaction positive entre les capacités de l'individu et les ressources de l'environnement. Cette interaction demande à l'individu une volonté et une capacité d'adaptation. Lorsque les capacités de l'âge diminuent, il doit pouvoir développer des stratégies de compensation pour éviter que ces pertes deviennent un handicap pour lui. Sédeuilh (1991: voir Leclerc et al., 1992) énumère quelques facteurs dont dépend la réussite de cette interaction: 1) l'existence et l'acceptabilité de comportements de rechange; 2) une flexibilité personnelle qui permet d'accepter d'autres comportements possibles; 3) la souplesse psychologique d'adaptation; 4) l'adaptabilité et la compassion du milieu dans lequel vit l'individu. Il faut préciser que le présent travail référera à la dernière définition rapportée, celle de Leclerc et ses collaborateurs (1992), lorsqu'il sera question d'autonomie fonctionnelle.

2.1.2. Notions associées

2.1.2.1. Différence entre déficience, incapacité et handicap

Depuis un certain nombre d'années, certains régimes politiques des pays industrialisés fournissent aux vieillards qui le désirent la possibilité de continuer à vivre chez eux malgré la dégradation de leur état de santé (Colvez et Gardent, 1990). En offrant des services à domicile aux personnes âgées, cela exige qu'on puisse identifier et dénombrer les personnes qui sont dans le besoin et, parce que leurs capacités physiques se détériorent, risquent d'entrer en institution. Les notions de déficience, d'incapacité et de handicap développés par Wood (1988: voir Bouffard & Bastin, 1990; Breda-Jehl, 1989; Colvez & Gardent, 1990; Hébert et al., 1984, 1988; Leclerc et al., 1992) sont fondamentales dans une telle démarche. C'est pourquoi il est important de les différencier, puisqu'elles sont fréquemment confondues lorsqu'on parle de perte d'autonomie. Le terme déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction anatomique, physiologique ou psychologique. L'incapacité est la conséquence fonctionnelle du déficit organique; elle limite les activités dans la vie quotidienne. Le handicap est le désavantage amené par l'incapacité et la déficience; il présente des degrés différents suivant l'environnement social, matériel ou humain, avec la même incapacité et la même déficience. Par exemple, une personne âgée ayant perdu l'usage de ses jambes sera sérieusement handicapée et non-autonome si elle n'a pas de fauteuil roulant, si elle habite dans un édifice sans ascenseur et vit hors d'un grand centre urbain où il y a peu de services communautaires. Au contraire, cette même personne sera autonome, malgré sa déficience, si elle possède un fauteuil roulant, vit dans un édifice ayant des entrées adéquates et a accès à des services communautaires (Bouffard & Bastin, 1990).

La notion d'incapacité constitue un élément clé à savoir si certains services sont requis, car cette notion est à la fois un indicateur de santé approprié aux personnes âgées et une mesure directement reliée au besoin d'aide dans la vie quotidienne (Colvez & Gardent, 1990). Ainsi, le fait de ne pouvoir accomplir sans aide certaines tâches essentielles au maintien de la vie dans son domicile reflète un état d'incapacité pour les aspects reliés aux soins personnels (qu'on nomme aussi activités de la vie quotidienne), à la mobilité et aux tâches domestiques (activités de la vie domestique).

2.1.2.2. Performance et aptitude

Il est nécessaire de distinguer les notions de performance et d'aptitude, parce qu'elles sont fondamentales dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée. Évaluer une activité en terme de performance consiste à considérer ce que fait réellement la personne dans son cadre de vie habituel (par exemple, "faites-vous la cuisine?"). Alors qu'on parle d'aptitude lorsqu'il s'agit du potentiel de la personne, qu'il soit utilisé ou non, et ce en faisant abstraction de ses motivations, ses désirs ou de sa volonté en fonction de l'action considérée (par exemple, "pouvez-vous faire la cuisine?") (Bouget & Tartarin, 1990; Colvez & Gardent, 1990). En pratique, on fera référence à la notion de performance lorsqu'on évaluera les capacités fonctionnelles de la personne âgée dans la vie de tous les jours, et à la notion d'aptitude en ce qui concerne ses ressources personnelles et environnementales.

2.1.3. Les conditions de l'indépendance et de la dépendance

La société québécoise a tendance à mettre l'emphase sur le fait que l'indépendance signifie une bonne qualité de vie. D'ailleurs, les personnes âgées elles-mêmes ont tendance à juger leur qualité de vie par leurs niveaux de fonctionnement et leur capacité à rester

indépendantes, plutôt que par les maladies diagnostiquées par leurs médecins (Guralnik, Branch, Cummings & Curb, 1989). Selon O'Bryant (1991), il existe certains prérequis que la personne doit détenir avant qu'on puisse la considérer comme étant indépendante. Atchley (1987: voir O'Bryant, 1991) en nomme quelques-uns pouvant être nécessaires dans le cas d'une personne âgée: se maintenir à la maison, être capable de mobilité, ne pas avoir de détériorations cognitives, et avoir au moins un niveau de santé modéré. Ces prérequis s'avèrent d'autant plus importants puisque la plupart des professionnels les utilisent pour évaluer l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. O'Bryant (1991) complète en disant que l'individu doit atteindre un seuil d'auto-suffisance socialement défini pour être accepté en tant qu'adulte indépendant. Si cette auto-suffisance descend sous le seuil, l'individu est alors désigné à un rôle de dépendant. Baltes (1988) a d'ailleurs établi quatre conditions qui peuvent amener les âgés à produire des comportements dépendants: 1) La dépendance est le produit des détériorations physiques. 2) La dépendance est le produit de la résignation acquise. 3) La dépendance est le produit d'une sous-estimation des ressources personnelles de l'âgé, faite par lui-même ou par l'environnement. 4) Dû à une augmentation de la vulnérabilité biologique avec l'âge, la personne âgée est forcée de prendre des décisions en ce qui concerne les activités qu'elle doit abandonner, pour pouvoir conserver une bonne performance dans les autres activités. Ainsi, en voulant demeurer active et indépendante dans certains domaines, cette dernière abandonne l'indépendance dans d'autres domaines; autrement dit, elle devient sélectivement dépendante. Pour Baltes (1988), ce dilemme entre l'indépendance et la dépendance semble être inévitable avec l'avancement de l'âge, particulièrement quand une simple limitation dans les faits et gestes de la personne âgée ne peut survenir sans affecter son bien-être physique et psychologique. Quand l'évitement d'une telle limitation est impossible,

une adaptation réussie au troisième âge reflètera une vive lutte entre la dépendance et l'indépendance.

2.1.4. L'autonomie fonctionnelle et l'âge

Certains auteurs croient que le vieillissement s'accompagne d'une baisse constante du degré d'autonomie fonctionnelle, surtout après 75 ans, et d'une diminution des capacités physiques, psycho-motrices, psychologiques et affectives (Crabtree & Caron-Parker, 1991; Spector, Katz, Murphy & Fulton, 1987; Viens, Lebeau & Gendreau, 1989). Crabtree et Caron-Parker (1991) rapportent les dires de Scanlon (1988), où ce dernier mentionne que 13% des américains âgés entre 65 et 69 ans ont besoin de soins à long terme, alors que 55% des américains âgés de 85 ans et plus requièrent une forme d'assistance. Dubé et ses collaborateurs (1991, 1992) ont synthétisé plusieurs écrits qui abordaient l'autonomie fonctionnelle. Ils rapportent que la personne âgée n'en vient pas à perdre automatiquement ses capacités fonctionnelles seulement parce qu'elle a atteint un âge précis. Ces pertes vont plutôt se manifester de façon progressive; mais certains chercheurs vont dire que 75 ou 80 ans est considéré comme un âge critique. Mais, quel que soit l'âge, les hommes sont en général moins autonomes que les femmes. Cependant, Leclerc et al. (1992) suggèrent qu'après 82 ans on assisterait à l'effet inverse. Dubé et al. (1991, 1992) ajoutent que les gens du quatrième âge sont moins autonomes fonctionnellement que ceux du troisième âge en ce qui concerne le fonctionnement routinier, mais ils conservent leur capacité de prendre des décisions.

2.1.5. Critiques de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle

Certains auteurs critiquent la façon d'évaluer l'autonomie fonctionnelle. Grumbach (1988) et Ploton (1990) proposent de substituer les grilles d'autonomie à des modèles particuliers. Pour Grumbach (1988), il est question du modèle "Geronte", où l'on fait le constat des activités effectuées seul, sans aide humaine, en se basant sur six dimensions de la personne (mentale, sensorielle, corporelle, locomotrice, domestique et sociale), représentant une silhouette humaine. Pour elle, un tel modèle aide à la recherche des causes: il permet de s'interroger sur les raisons de la perte d'autonomie; on remonte la filière alors que la plupart des systèmes sont déductifs; il aide aussi à déterminer les thérapies, les soins, les actions sociales nécessaires.

Quant à Ploton (1990), il considère qu'on devrait plutôt utiliser un "périmètre de capacité de choix". Cette grille ne repose que sur des exemples de choix à deux alternatives simples, dans des domaines allant de l'abstrait comme l'emploi du temps, au concret comme la température de l'eau du bain. En pratique, une telle grille permet de fournir une série d'histogrammes relatifs à l'évolution des capacités du patient; on n'établit pas de score. Selon lui, il est préférable de développer des techniques stimulant l'intérêt du patient, son désir, sa confiance en lui et le sens de sa valeur, et non pas des mécanismes révélant la soumission de la personne.

La validité d'une évaluation fonctionnelle de la personne âgée peut être compromise lorsqu'elle est exécutée par la personne elle-même, et ce surtout si on ne donne pas une définition précise de l'activité évaluée ou des catégories de réponses possibles. C'est alors que les réponses de la personne peuvent devenir considérablement différentes de celles données

par la famille ou par les évaluateurs professionnels. De plus, lorsqu'il n'y a pas de fil conducteur pour évaluer le niveau de difficulté, cela peut devenir plus difficile pour les sujets de dire s'ils ont un peu, moyen ou beaucoup de difficulté, pour l'une ou l'autre des activités (Guralnik et al., 1989).

Maintenant que l'autonomie fonctionnelle a été abordée, l'attention sera plus spécifiquement consacrée aux deux dimensions principales, soit les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles.

2.2. La capacité fonctionnelle

La capacité fonctionnelle est à prime abord une composante aidant à définir le concept d'autonomie fonctionnelle (Hébert, 1987; Lebeau et al., 1980), et aussi une dimension servant à évaluer ce concept, c'est-à-dire une dimension du bilan fonctionnel (Pelletier, 1988).

Pour évaluer les capacités fonctionnelles des personnes âgées, on utilise généralement les trois échelles suivantes: les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités de la vie domestique (AVD) et la mobilité (Colvez & Gardent, 1990; Fillenbaum, 1987; Hébert et al., 1984, 1988; Katz, 1983; Katz & Stroud, 1989; Pelletier, 1988; Spector et al., 1987). Ce sont donc ces trois échelles qui sont l'objet de cette section.

2.2.1. Les activités de la vie quotidienne

Les activités de la vie quotidienne impliquent une performance requise pour prendre soin de soi et pour avoir une vie indépendante à travers les tâches de base de la vie de tous les jours (Colvez & Gardent, 1990; Fillenbaum, 1987; Spector et al., 1987). Ce concept a d'abord été développé par Katz et ses collaborateurs (1963: voir Hébert et al., 1988; Katz,

1983; Katz & Stroud, 1989), avec l'index des activités de la vie quotidienne ("Index of ADL"), dans le but de pouvoir mesurer l'état fonctionnel de la personne, et ce de façon plus objective. De plus, cette façon d'évaluer constitue un repère au cours de l'évolution des affections, car elle est sensible aux changements liés à la maladie ou à la vieillesse (Colvez & Gardent, 1990).

Weiner, Hanley, Clark et Van Nostrand (1990) ont fait une synthèse de plusieurs études où l'on démontre qu'une faible performance aux activités de la vie quotidienne est un prédicteur significatif d'une admission prochaine en centre d'hébergement, de l'utilisation de services payants à la maison (paid home care), de l'utilisation des services hospitaliers (Guralnik et al., 1989; Weiner et al., 1990), d'un changement dans le lieu de résidence, d'une plus grande utilisation des services médicaux, d'une baisse des comportements reliés à la santé, d'une plus grande couverture d'assurance et de la mortalité (Guralnik et al., 1989; Weiner et al., 1990). Et si l'on regarde dans le sens opposé, pour Ostwald, Snowdon, Rysavy, Keenan et Kane (1989) et Williams et al. (1981: voir Ostwald et al., 1989), une bonne performance aux activités de la vie quotidienne peut être prédite par la dextérité manuelle. Cette variable est une mesure objective de l'habileté de l'individu à gérer les activités de la vie quotidienne nécessaires pour vivre de façon indépendante. Ostwald et al. (1989) ajoutent qu'une pauvre dextérité manuelle, un âge avancé et une détérioration de l'état mental sont reliés aux soins à long terme.

Il faut ajouter qu'il peut devenir difficile d'évaluer le fonctionnement physique avec exactitude chez les personnes âgées ayant des déficits cognitifs. Même dans les activités de la vie quotidienne, il y a une grande composante cognitive qui ne peut être complètement

séparée des capacités fonctionnelles de l'individu. Le répondant ne doit pas avoir des capacités cognitives que pour performer dans ces activités, mais aussi pour être capable de répondre à l'évaluateur et démontrer qu'il est capable de performer (Guralnik et al., 1989).

De plus, Weiner et al. (1990) rapportent les résultats d'une étude faite par cinq organismes américains, qui ont rencontré chacun en moyenne 25 000 personnes âgées vivant à domicile, et où l'on estimait le pourcentage des limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne dans cette population, c'est-à-dire la proportion de tous les âgés à recevoir de l'aide pour au moins une limitation dans une tâche des AVQ. Ainsi, les cinq organismes déclarent qu'entre 5,0 et 8,1% des personnes âgées non-institutionnalisées requièrent de l'aide pour les AVQ. De plus, en observant de façon plus précise chaque tâche, les résultats démontrent qu'entre 0,7 et 2,5% des personnes âgées ont besoin d'aide pour manger, qu'entre 4,6 et 6,9% ont besoin d'aide pour l'hygiène, entre 2,9 et 4,4% ont besoin d'aide pour s'habiller, et entre 2,4 et 3,4% ont besoin d'aide pour l'utilisation des toilettes. Par contre, en observant à l'inverse le pourcentage des personnes âgées sans limitation aux AVQ, il y a entre 92 et 95% de cette clientèle qui ne reçoit pas d'aide dans aucun des items mentionnés. D'autre part, dans une étude faite par Elston, Koch et Weissert (1991), on mentionne qu'en 1984 environ 2 millions (7,3%) des personnes âgées vivant à domicile aux États-Unis, souffraient d'au moins une limitation au niveau des activités de la vie quotidienne.

Pour terminer cette sous-section, il est important de préciser qu'une perte d'autonomie fonctionnelle a tendance à laisser croire que la personne est tout simplement devenue dépendante. Ainsi, les termes "dépendance" et "dépendance physique pour les

activités de la vie quotidienne" ont tendance à être confondus par la majorité des gens. Colvez et Gardent (1990) nous expliquent ceci:

La notion de dépendance ne saurait être réduite aux seuls besoins physiques élémentaires, car cela reviendrait à faire de l'autonomie le contraire de la dépendance et à considérer que toute personne dépendante ne peut être autonome. Or, de même que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, l'autonomie n'est pas seulement l'absence de dépendance physique.(...) La dépendance sera donc considérée comme le transfert vers un tiers d'actes nécessaires pour assurer les tâches élémentaires de la vie courante (p.48).

2.2.2. Les activités de la vie domestique

Les activités de la vie quotidienne ne mesurant pas toutes les activités nécessaires pour vivre de façon indépendante en communauté, une échelle d'activités de la vie domestique (AVD) a été développées par Lawton et Brody (1969: voir Weiner et al., 1990). Cette échelle a été bâtie dans le but de compléter les travaux de Katz (1963: voir Hébert et al., 1988) et d'évaluer des activités plus complexes que celles que l'on retrouve dans les activités de la vie quotidienne (Fillenbaum, 1985). Dans cette échelle, on évalue certaines tâches que l'individu doit être en mesure de réaliser pour rester à domicile dans le contexte des pays occidentaux industrialisés (Colvez & Gardent, 1990). En fait, elles consistent en des activités nécessaires pour vivre de façon indépendante et pour s'adapter à notre environnement (Spector et al., 1987).

En 1984, 4,2 millions (16,4%) des personnes âgées vivant à domicile aux États-Unis, éprouvaient au moins une limitation au niveau des activités de la vie domestique (Elston et al., 1991). Viens, Lebeau et Gendreau (1989) ont fait une synthèse de plusieurs études

rapportant des données québécoises. Ainsi, on estime qu'en dépit de problèmes temporaires ou permanents de santé physique et mentale, la plupart des aînés (entre 65 et 70%) demeurent autonomes de façon fonctionnelle. De ce nombre, 39% des personnes âgées, dont la majorité (80%) comprend des personnes âgées de moins de 75 ans, n'ont besoin d'aucun service de maintien de l'autonomie fonctionnelle. À ceci s'ajoute un autre 30 % d'individus âgés qui ne requièrent que des services liés aux activités de la vie domestique (courses, repas, entretien de la maison,...).

Par ailleurs, certaines études (Boisvert & Martel, 1986; Leclerc et al., 1992) démontrent que la perte d'autonomie des personnes âgées se fait surtout sentir au plan des activités de la vie domestique, et ce surtout chez les hommes; tandis que les femmes, quant à elles, sont plus affectées que les hommes par les problèmes de mobilité (Boisvert & Martel, 1986). Plus précisément, en comparant la performance aux items des activités de la vie domestique chez les hommes et les femmes, Fillenbaum (1985) observe qu'une proportion semblable d'hommes et de femmes sont capables d'utiliser le téléphone, de prendre leurs médicaments et de faire leur budget. Mais, un plus grand pourcentage d'hommes que de femmes sont capables de faire les courses et l'entretien de la maison sans aide, et plus de femmes préparent les repas de façon adéquate. Selon lui, ces différences peuvent être reliées à l'âge, puisque les femmes étaient plus âgées que les hommes, et elles étaient plus propice à certaine détérioration physique.

De plus, Leclerc et ses collaborateurs (1992) rapportent que les activités de la vie domestique et la mobilité sont les deux dimensions les plus fortement interreliées de façon positive entre elles, comparativement à d'autres dimensions (activités de la vie quotidienne,

fonctions cognitives, communication). D'autre part, Spector et al. (1987) précisent qu'il y a une relation entre les activités de la vie domestique et les activités de la vie quotidienne, mais elle dépend du lieu de résidence; les résultats démontrent que les personnes âgées vivant en communauté sont plus enclines à être dépendantes dans certains items des activités de la vie domestique que dans ceux des activités de la vie quotidienne, alors que les personnes âgées vivant en institution sont autant dépendantes dans les activités de la vie domestique que dans les activités de la vie quotidienne. Par ailleurs, il semble qu'une altération des capacités nécessaires pour exécuter les activités de la vie domestique représente une détérioration moins sévère que si elle était au niveau des activités de la vie quotidienne (Spector et al., 1987). Par contre, Elston et al. (1991) obtiennent des résultats différents. Ils ont démontré que l'âge, le sexe, la race et la pauvreté sont des variables prédictives de la dépendance aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique, parmi une clientèle vivant à domicile.

2.2.3. La mobilité

Dans l'évaluation des capacités fonctionnelles des personnes âgées, il est aussi important d'évaluer leur mobilité (Arcand, 1987; Granger & McNamara, 1984; Hébert, 1987; Hébert et al., 1984, 1988; Pelletier, 1988). Plus précisément, lorsqu'on parle de mobilité, on réfère à la capacité de la personne âgée de se déplacer dans son milieu de vie par ses propres moyens (marche, fauteuil roulant,...), et ce sans l'aide d'une autre personne (Pelletier, 1988). De plus, la mobilité dépend au départ du fonctionnement adéquat des muscles, des os et du système nerveux; ainsi, toute perturbation de la structure et du fonctionnement de ces organes peut affecter directement la mobilité individuelle et, par ricochet, les comportements

reliés à l'activité et au repos (Roy, 1986). Pour l'aîné, la mobilité est une des dimensions les plus importantes, parce qu'elle lui permet d'être autonome dans ses faits et gestes.

2.3. Les ressources personnelles

Dans un bilan fonctionnel, il n'y a pas que les capacités fonctionnelles qui sont importantes à évaluer, mais il y a aussi les ressources personnelles des personnes âgées (Hébert, 1987; Pelletier, 1988). Les ressources personnelles sont donc une dimension du bilan fonctionnel et une composante de l'autonomie fonctionnelle (Hébert, 1987; Lebeau et al., 1980). Lorsqu'on veut connaître les ressources de la personne âgée, on doit tenir compte de sa santé physique, de l'intégrité de ses fonctions cognitives et de ses ressources psychosociales. Par ailleurs, une des raisons expliquant pourquoi les ressources personnelles sont si importantes dans le maintien de l'autonomie est lorsque ces dernières diminuent, l'autonomie de la personne âgée est en péril et risque de se détériorer (Hébert, 1987). Pour Pelletier (1988), il est important que l'information recueillie dans l'évaluation des ressources ne soit pas traitée de façon séparée, mais complémentaire aux capacités fonctionnelles. C'est pourquoi, lorsqu'on évalue les ressources de la personne âgée, on déterminera également si les ressources personnelles manquantes l'empêchent de bien fonctionner dans la vie de tous les jours. Dans cette partie, les trois dimensions nommées précédemment sont discutées, soit la santé, les fonctions cognitives et les ressources psychosociales.

2.3.1. La santé

La santé est multidimensionnelle; elle implique la forme physique et mentale, la capacité de performer dans les activités de la vie quotidienne, au niveau social et économique, et les ressources environnementales nécessaires pour maintenir un style de vie indépendant

(Duffy & McDonald, 1990). Selon Statistique Canada (1992), plus des deux tiers des personnes âgées de 65 à 69 ans se perçoivent en bonne ou en excellente santé; mais de telles perceptions diminuent avec l'âge, 57% des personnes âgées de 80 ans et plus se déclarent en bonne ou en excellente santé. Les maladies et les incapacités qui atteignent plus particulièrement les personnes âgées, sont souvent le résultat des conditions et des habitudes de vie qui ont prévalu avant l'âge de 65 ans (Baltes, 1988; M.A.S., 1985: voir Viens, Lebeau & Gendreau, 1989), ce qui rend l'évaluation du manque d'indépendance plus subjective (Breda-Jehl, 1989).

Le niveau de santé perçue par la personne âgée est un prédicteur de plusieurs variables: soit l'autonomie fonctionnelle (Dubé et al., 1991, 1992; Rakowski & Cryan, 1990; Seeman & Seeman, 1983; Speake, Cowart & Pellet, 1989), la mortalité (Speake et al., 1989), l'estime de soi et la satisfaction de vivre (Loomis & Thomas, 1991; Rodin & Langer, 1980).

Il y a aussi certaines variables qui peuvent être de bons prédicteurs de la santé. La notion de contrôle (Chowdhary, 1991; Daniewicz et al., 1991; Langer, 1983; Rodin, 1986a, 1986b; Seeman & Seeman, 1983) et les attitudes à l'égard des personnes âgées en sont quelques-unes. Ainsi, des attitudes négatives à leur égard peuvent contribuer à une plus grande possibilité d'avoir des maladies physiques pour ce groupe d'âge (Milligan, Prescott, Powell & Furchtgott, 1989). Toutefois, Austin (1985) démontre que des étudiants ont des attitudes plus négatives face aux personnes ayant différents types de maladies sérieuses (A.V.C., cancer, épilepsie,...) que face aux personnes âgées en général. Donc, les attitudes négatives vis-à-vis les âgés ne sont pas généralisées.

Selon Rakowski et Cryan (1990), une plus grande détérioration des capacités fonctionnelles est associée à une plus grande inquiétude due à la santé, à une plus grande impression d'avoir des activités limitées par rapport aux gens du même âge, et à une plus faible évaluation de sa propre santé. Par ailleurs, on remarque dans cette même étude un fait qui revient dans les trois groupes d'âge (55-64, 65-79, 80 et plus): un haut niveau de détérioration physique est associé à une évaluation moins favorable de la santé. Rodin (1986a) ajoute qu'une bonne satisfaction de vivre, une estime de soi élevée et une bonne santé physique chez les personnes âgées peuvent influencer leur résistance au stress, leurs réponses physiologiques et leurs comportements liés à la santé.

Lorsque la santé de la personne âgée se détériore, cela implique évidemment que certaines maladies se sont manifestées; ces dernières peuvent donc entraîner de la douleur physique. Certains chercheurs se sont intéressés à la douleur physique, parce qu'elle peut nuire au bien-être physique et psychologique de la personne âgée. Ainsi, Williamson et Schulz (1992) ont démontré qu'un haut niveau de symptômes de dépression est relié à la douleur, à la maladie physique et à la détérioration de l'autonomie fonctionnelle. De plus, l'incapacité fonctionnelle semble jouer un rôle beaucoup plus important dans la relation douleur-dépression chez les personnes âgées vivant à domicile que chez celles vivant en institution (Parmelee et al., 1991: voir Williamson & Schulz, 1992), et ce pour deux raisons: 1) les personnes âgées à domicile ont plus de responsabilité face aux activités de la vie quotidienne et domestique, que celles en institution, et 2) étant moins détériorées que celles en institution, elles seraient moins aptes à adopter un rôle de malade. Ceci est aussi appuyé par George et Landerman (1984: voir Williamson & Schulz, 1992), qui disent que ce n'est pas

la maladie en soi qui affecte la qualité de vie chez la personne âgée, mais plutôt le degré d'incapacité qui accompagne la maladie. Ceci amène donc Hickey et Stilwell (1992) et Williamson et Schulz (1992) à dire que la douleur est un facteur contribuant à la détérioration de l'autonomie fonctionnelle, et que la difficulté à mener les activités routinières contribue à un affect dépressif. Ainsi, parmi les âgés vivant à domicile, le fait de perdre la mobilité et l'indépendance peut contribuer à l'association entre douleur et dépression. Quand la douleur est associée avec l'exécution des activités routinières, les personnes âgées font face à deux obstacles: elles doivent d'abord négocier avec l'inconfort lui-même, tout en ressentant une douleur qui leur rappelle constamment que leur vie est contrainte par des limitations physiques.

Certains chercheurs ont étudié les différences qui peuvent exister entre les femmes âgées vivant à domicile et celles vivant en institution, au niveau de la santé. Loomis et Thomas (1991) rapportent qu'à part le fait que les femmes âgées hébergées étaient plus âgées, elles ont signalé davantage de problèmes de santé ainsi qu'une perception plus négative de leur corps que les femmes à domicile. Les différences observées, concernant les attitudes vis-à-vis le corps et la satisfaction de vivre, sont attribuées davantage aux nombreux problèmes de santé signalés par les résidentes institutionnalisées qu'aux différences d'âges et de conditions de vie. Cependant, et de façon très significative, les femmes en centre d'accueil sont beaucoup moins satisfaites de leur condition physique (entre autre l'agilité, la force, la coordination,...) que celles demeurant à domicile, même si l'on tient compte de l'âge et des problèmes de santé. Les résultats montrent également que chez les femmes âgées, les attitudes vis-à-vis leur corps sont reliées à l'âge, à la santé et à la satisfaction de vivre.

2.3.2. Les fonctions cognitives

Selon Ward, Ramsdell, Jackson, Renvall, Swart et Rockwell (1990), au moins 10% des personnes âgées de 65 ans et plus peuvent avoir des problèmes de détériorations cognitives légères à modérées, et 4,6% peuvent avoir une démence sévère. D'après eux, les performances des personnes âgées sont meilleures lorsqu'on les évalue à leur domicile plutôt qu'en clinique, vu qu'elles sont dans leur propre environnement, elles ressentent moins d'anxiété et de fatigue. Mais, selon d'autres auteurs (Molfese et al., 1981, 1982; voir Ward et al., 1990), il est plus difficile de les évaluer à la maison parce que cela leur demande une plus grande attention, puisqu'elles sont plus facilement dérangeables.

Par ailleurs, certains chercheurs (Haug, Breslau & Folmar, 1989) affirment que les ressources sociales n'ont pas d'effet démontrable sur le déclin du niveau cognitif de la personne. Pour eux, cela suggère fortement que les facteurs biologiques sont plus importants que les facteurs sociaux dans l'influence des changements cognitifs. Par contre, il faut quand même faire attention au niveau d'éducation de la personne; cette variable a aussi un impact sur le changement et le déclin des fonctions cognitives. Les gens scolarisés sont plus équipés pour répondre adéquatement aux questions de l'évaluateur (Haug et al., 1989).

Barberger-Gateau, Commenges, Gagnon, Letenneur, Sauvel et Dartigues (1992) ont fait une étude dont l'objectif était d'identifier quels items des activités de la vie domestique sont reliés à des déficits cognitifs, indépendamment de l'âge, du sexe et du niveau d'éducation. Les résultats démontrent que les activités de la vie domestique sont fortement corrélées avec l'Examen de Folstein, chez les sujets détériorés cognitivement. De plus, il y a quatre items qui s'avèrent significatifs pour obtenir des indices de présence de troubles cognitifs lorsque les

sujets cotent "dépendant" dans l'un des quatre items, il s'agit de l'utilisation adéquate du téléphone, de la médication, du budget et du transport.

2.3.3. Les ressources psychosociales

Selon Statistique Canada (1992), lorsque les personnes âgées doivent fournir de l'aide à d'autres personnes, c'est à leur conjoint à qui elles en fournissent le plus souvent (49%). Les amis ou les voisins se sont classés au deuxième rang des personnes le plus souvent aidées. Horowitz et al. (1991) vont dans le même sens; pour eux, il n'y a aucun doute sur le fait que les soins à long terme commencent et soient principalement maintenus à l'intérieur du système familial pour la majorité des gens âgés. Dans son rôle d'aidant, la famille peut améliorer l'autonomie de l'âgé en l'encourageant à conserver ses fonctions résiduelles, en aidant la réhabilitation ou en devenant un partenaire actif et un supporteur dans l'exercice de l'autonomie de l'âgé (Horowitz et al., 1991). D'ailleurs, en comprenant les capacités fonctionnelles des patients, les aidants sont plus aptes à juger la sévérité de la maladie, l'impact des multiples pertes, et le besoin de réhabilitation et de services de support (Guralnik et al., 1989). Ainsi, selon Boisvert et Martel (1986) de même que Bouget et Tartarin (1990), il est très important d'intégrer l'entourage de la personne âgée dans l'émission des services; l'intervenant devrait compléter le travail fait par l'entourage, et non le suppléer.

Dans une société comme la nôtre, les critères d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle servent de base pour orienter les personnes âgées dans leur choix de milieu de vie (Dubé et al., 1991,1992). Jackson, Longino, Zimmerman et Bradsher (1991) expliquent qu'un changement au niveau des capacités fonctionnelles des personnes âgées mènent à une plus grande probabilité d'avoir une adaptation environnementale à faire (changer de milieu ou

réorganiser le milieu); les incapacités instrumentales que subissent les personnes âgées les poussent davantage à changer leur milieu de vie. Par ailleurs, Dubé et al. (1991) ont démontré que l'autonomie diffère selon le type de résidence, c'est-à-dire que les gens à domicile sont plus autonomes fonctionnellement que les gens en pavillon.

Pour Sixsmith (1986), le lieu de résidence est le principal facteur pouvant jouer un rôle important dans le maintien de l'autonomie, autant symboliquement qu'instrumentalement. Pour lui, l'autonomie ne peut être comprise sans faire référence au lieu de résidence. D'ailleurs, Butler, Lewis et Sunderland (1991) mentionnent que le domicile est extrêmement important pour la plupart des personnes âgées. Il se révèle comme une partie de leur identité, un endroit où les choses sont familières et relativement stables, et un endroit où elles peuvent maintenir un sentiment d'autonomie et de contrôle.

Selon une étude faite par Pous, Salles, Bocquet, Leloup et Albarède (1980), où l'on évalue le niveau d'autonomie des personnes âgées à leur sortie de l'hôpital, tout en observant vers quel lieu de résidence on les dirige (hébergement, domicile, famille, etc.), il se trouve qu'en général, les femmes âgées vivant seules à domicile retournent moins fréquemment à leur domicile que les hommes âgés. D'ailleurs, l'isolement au domicile constitue un facteur très important d'institutionnalisation, 32% des individus de ce groupe ont recours à l'hébergement définitif en institution à leur sortie de l'hôpital, peu importe le sexe. L'autonomie favorise beaucoup plus le retour à domicile quel que soit l'âge et le sexe. Pour les malades qui sont en pleine capacité fonctionnelle, les retours à domicile sont largement majoritaires (69%), même si les placements en institution concernent toutefois 8% d'entre eux. Par contre, dès

que survient une limitation dans l'autonomie, le pourcentage des retours à domicile chute pour n'être que de 50%, alors que le pourcentage des placements double (16%).

2.3.3.1. Les variables prédictrices

Lorsqu'on observe les variables prédictrices d'une bonne autonomie fonctionnelle, on remarque qu'elles sont, pour la plupart, des variables qui prennent leurs origines dans les ressources psycho-sociales de la personne âgée. C'est pourquoi nous devons donc en discuter.

Statistique Canada (1992) nous démontre que la présence d'un confident est une variable prédictrice de l'autonomie fonctionnelle. Ceci est d'ailleurs corroboré par Leclerc et al. (1992). Les amis et les membres de la famille constituent un groupe auquel les personnes âgées ont fourni un soutien social et duquel elles ont reçu un tel soutien. Dans l'enquête de Statistique Canada (1992) sur le vieillissement et l'autonomie, les amis intimes et les parents dont elles se sentent proches étaient définis comme étant les personnes avec qui elles se sentent à l'aise, à qui elles peuvent parler de choses personnelles ou à qui elles peuvent s'adresser si elles ont besoin d'aide. Environ 92% (de 2,8 millions) des personnes âgées de 65 ans et plus avaient un ou plusieurs amis intimes ou parents dont elles se sentaient proches. Mis à part les membres de la famille, on observe que les femmes ont plus de confidentes que les hommes; par exemple, chez les personnes âgées de 65 à 69 ans, 75% des femmes âgées ont déclaré avoir un ou plusieurs ami(s) intime(s), comparativement à 69% des hommes âgés. De plus, 87% des hommes et 95% des femmes ont signalé que leur confident était une personne du même sexe.

Par ailleurs, il semble qu'une bonne participation sociale, des loisirs (Leclerc et al., 1992), une bonne actualisation de soi et une estime de soi élevée (Dubé et al., 1992) contribuent à rester autonome de façon fonctionnelle (Leclerc et al., 1992). En fait, Leclerc et ses collaborateurs (1992) observent qu'il y a une relation positive entre l'autonomie fonctionnelle et l'activité relationnelle de la personne âgée. Ils constatent que celles qui rapportent n'avoir aucun divertissement sont les moins autonomes, tandis que les plus actifs sur le plan social maintiennent leur autonomie voire affichent une meilleure autonomie dans les catégories d'âge plus élevées (Leclerc et al., 1992). Mais, la fréquence des divertissements peut tout aussi bien être une conséquence de l'autonomie fonctionnelle, il faut donc prendre ces résultats sous réserve.

3. Hypothèses de recherche

Cette troisième partie du chapitre présente d'abord un court résumé des relations existant entre les principales variables de cette étude. Ensuite, une présentation des hypothèses de recherche émises à la suite de ce résumé est faite, c'est-à-dire les principales hypothèses, leurs sous-hypothèses s'il y a lieu, et une analyse complémentaire.

3.1. Résumé

Ce court résumé permet d'exposer les liens entre les principales variables de cette étude, lesquels donneront la possibilité d'émettre des hypothèses de recherche. La synthèse de la documentation fait ressortir plusieurs liens existant entre les principales variables, soit l'autonomie psychologique, où l'on intègre la notion de contrôle, l'estime de soi et la motivation, les capacités fonctionnelles, les ressources personnelles (telle la santé), l'âge et le sexe.

Ainsi, plus la personne âgée a un sentiment de contrôle élevé, meilleure est sa santé (Rodin, 1986a, 1986b; Teitelman & Priddy, 1988) et son bien-être physique et psychologique (Fitch & Slivinske, 1988; Slivinske & Fitch, 1987). Par contre, une douleur chronique (Williamson & Schulz, 1992) et l'absence de ressource (Reschovsky & Newman, 1990) sont reliées à une perception de contrôle diminuée. D'après Vallerand (1990), les personnes âgées qui ont un niveau de motivation élevé, ont tendance à être plus autonomes sur le plan psychologique; et pour Perlmutter et Monty (1977) et Vallerand et O'Connor (1989), une perception de contrôle élevée augmente la motivation de la personne âgée.

Mais lorsqu'on s'attarde au déclin mental et physique des personnes âgées, ce dernier influence négativement l'autonomie psychologique (Horowitz et al., 1991). Plus spécifiquement, une détérioration des capacités fonctionnelles des personnes âgées amène une diminution du sentiment de contrôle sur la vie (Arling et al., 1986; Daniewicz et al., 1991), et peut même accélérer le processus de vieillissement (Kuhl, 1986). Mais Dubé et al. (1991, 1992) ne vont pas dans le même sens en rapportant qu'il n'existe pas de relation entre l'autonomie psychologique et l'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées vivant à domicile.

De plus, une estime de soi élevée et un lieu de contrôle interne sont reliés à une meilleure santé chez les personnes âgées (Duffy & MacDonald, 1990). Lorsque les personnes âgées conservent de bonnes capacités physiques (Daniewicz et al., 1991; Hunter et al., 1981-82) et ont un statut de santé élevé (Loomis & Thomas, 1991), cela favorise chez elles une bonne estime de soi.

Lorsque la relation entre l'âge et la variable contrôle est observée, plusieurs auteurs n'ont pas le même avis à ce sujet. Pour Daniewicz et al. (1991), plus la personne est âgée, moins elle a l'impression d'avoir le contrôle sur sa vie; mais, pour d'autres (Morganti et al., 1990), il faut tenir compte de son état de santé. Pour Dubé et al. (1991, 1992) et Rodin (1986a, 1986b), le contrôle perçu ne diminue pas avec l'âge. Quant à l'estime de soi, Daniewicz et al. (1991) mentionnent que plus la personne est âgée, plus l'estime de soi diminue.

Dans cette synthèse de la documentation, il est facile de remarquer qu'il existe des différences selon les sexes, autant pour l'autonomie psychologique que pour l'autonomie fonctionnelle. D'ailleurs, d'après Morganti et al. (1990), les hommes âgés ont un sentiment de contrôle plus faible que celui des femmes. Pour Dubé et al. (1991, 1992), les variables prédictrices de l'autonomie psychologique diffèrent selon le sexe. De plus, les hommes sont moins autonomes fonctionnellement que les femmes (Leclerc et al., 1992), et les femmes ont moins de capacités pour la mobilité que les hommes (Fillenbaum, 1985).

Les relations décrites précédemment entre les variables permettent donc d'émettre les hypothèses de recherche suivantes.

3.2. Hypothèses de recherche

Hypothèse 1:

Chez les femmes âgées fréquentant un hôpital de jour, il y a une relation significative entre leur niveau d'autonomie psychologique et leurs capacités fonctionnelles d'une part, et leurs ressources personnelles d'autre part.

Sous-hypothèses:

1. Chez les femmes âgées fréquentant un hôpital de jour, il y a une relation significative entre leur niveau d'autonomie psychologique global et les différentes dimensions des capacités fonctionnelles d'une part, et d'autre part, il y a aussi une relation significative entre le niveau d'autonomie psychologique global et les différentes dimensions des ressources personnelles.

2. Chez les femmes âgées fréquentant un hôpital de jour, il y a une relation significative entre les différents facteurs de l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles (AVQ, mobilité et AVD) d'une part, et d'autre part entre les différents facteurs de l'autonomie psychologique et les ressources personnelles (santé, fonctions cognitives et ressources psychosociales).

Hypothèse 2:

Il y a une relation significative entre l'âge et l'autonomie psychologique chez les femmes âgées fréquentant un hôpital de jour, mais cette relation disparaît lorsque la santé (dimension bio-physiologique) est contrôlée.

Analyse complémentaire:

Bien que la synthèse de la documentation ne permet pas de vérifier la relation entre l'âge et les capacités fonctionnelles d'une part, et les ressources personnelles d'autre part, une analyse corrélacionnelle tentera de le faire à titre d'analyse complémentaire.

Chapitre II

La méthodologie

L'objectif de la présente étude étant de vérifier s'il existe une relation entre le niveau d'autonomie psychologique des femmes âgées et leurs capacités fonctionnelles d'une part, et leurs ressources personnelles d'autre part, cette étude se révèle donc une étude exploratoire. Ainsi, pour répondre à l'objectif principal de cette étude, l'approche lui convenant sera de type corrélationnelle. Les variables retenues sont l'autonomie psychologique (variable dépendante), les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles (variables indépendantes), l'âge et le lieu de résidence (variables contrôlées).

Les sujets

L'échantillon est composé de 65 personnes âgées volontaires, de sexe féminin fréquentant un hôpital de jour: 53 sujets sont rattachés à l'Hôpital Général de Québec et 12 au Centre Hospitalier Paul-Gilbert (région de Québec); cette clientèle vit donc à domicile, en communauté. Les sujets sont âgés de 51 à 85 ans ($M= 72$ ans, $ET= 6,89$ ans), et ne présente aucun syndrome démentiel. L'état civil des sujets se présente selon la fréquence suivante: 27 veuves, 19 mariées, 11 célibataires, 5 religieuses et 3 divorcées; quant au lieu de résidence de ces dernières, 47 vivaient à leur domicile, 7 chez une autre personne, 5 dans une résidence pour personne âgée, et 1 dans une maison de chambre. Deux raisons principales expliquent le choix d'étudier uniquement les sujets de sexe féminin: l'autonomie psychologique évolue de façon différente chez les hommes âgés et chez les femmes âgées (Dubé et al., 1991, 1992), et le nombre d'hommes âgés insuffisant qui fréquentent les hôpitaux de jour.

Les instruments de mesure

L'Examen de Folstein sur l'état mental (M.M.S.) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) est utilisé pour éliminer les sujets présentant un syndrome démentiel ou du moins des troubles cognitifs pouvant limiter leur capacité à répondre correctement (trouble de la mémoire, jugement, langage, attention, orientation) aux questions qui allaient être demandées; les sujets qui obtenaient donc un score inférieur à 24 sur une possibilité de 30 n'étaient pas retenus.

Un court questionnaire a été bâti dans le but de recueillir les renseignements généraux, soit l'âge, le statut civil, le lieu de résidence, et s'il y a présence dans le dossier d'antécédents psychiatriques et d'atteintes psychologiques (voir appendice A).

Un troisième instrument utilisé est le Questionnaire d'autonomie psychologique (QAP) de Dubé et Lamy (1990) qui a été développé pour une clientèle âgée. Il comprend 28 items répartis en deux grandes dimensions: le contrôle décisionnel et le contrôle comportemental. Les 14 items de chacune de ces dimensions représentent trois facteurs: la dynamique de l'individu, ses capacités et son intégration sociale. Pour mesurer l'autonomie psychologique à l'aide du QAP, le sujet doit indiquer à quelle fréquence il réagit comme ce qui est décrit, à l'aide d'une échelle en cinq points où 1= jamais, 2= rarement, 3= parfois, 4= habituellement et 5= toujours. La compilation des résultats se fait en additionnant les cotes aux items correspondant à chacune des échelles. Le grand total d'autonomie psychologique s'obtient soit en additionnant les résultats aux deux dimensions ou aux trois facteurs, soit en compilant tous les items. Les normes du niveau d'autonomie psychologique pour une clientèle âgée à domicile sont: faible= 85 à 105, moyen= 106 à 126, fort= 128 à 140. Les tests de

fidélité effectués sur les items du QAP montrent une excellente consistance interne. L'échelle d'autonomie totale obtient un coefficient Alpha de Cronbach de 0.8946 et les différentes sous-échelles obtiennent des coefficients variant de 0.6052 à 0.8154. De plus, une analyse factorielle révèle que tous les items concourent bien à mesurer l'autonomie psychologique, tous les items obtenant une corrélation entre 0.6183 et 0.4523 avec un premier facteur, expliquant 27% de la variance (Dubé et al., 1992) (voir appendice A).

Un dernier instrument est le plan d'intervention interdisciplinaire des hôpitaux de jour de Pelletier (1988), qui s'est inspiré du S.M.A.F. de Hébert et al. (1984) et de l'indice de Barthel (Gresham & Labi, 1984). Dans ce plan d'intervention, on évalue deux profils de la personne âgée à son arrivée à l'hôpital de jour, soit le profil de fonctionnement et le profil des ressources. Le profil de fonctionnement sert à évaluer les capacités fonctionnelles de la personne âgée à domicile ainsi que sa performance dans la vie de tous les jours, pour pouvoir déterminer les types de services et de traitement dont elle peut avoir besoin (Katz, 1983) et le lieu de résidence lui convenant le mieux si nécessaire. Selon Pelletier (1988), le profil de fonctionnement comporte trois dimensions: 1) les activités de la vie quotidienne (AVQ), où l'on évalue si la personne agit seule ou avec aide dans les six aspects suivants, soit l'alimentation, l'hygiène, l'entretien de sa propre personne, l'habillement, la continence et l'utilisation des toilettes. Selon Weiner et al. (1990), il semble difficile de généraliser un instrument mesurant les AVQ, parce que les différentes études n'incluent pas nécessairement les mêmes aspects dans les AVQ, ne classent pas de la même façon les AVQ (c'est-à-dire, elles les classent soit par niveau de difficulté, par type d'assistance, par la durée du problème), l'âge de la population varie, et les méthodes utilisées pour collecter leurs données diffèrent. Il

faut donc rester sensible à ce type de problème. 2) la mobilité, qui comprend les cinq aspects suivants: le transfert, la marche, les escaliers, les prothèses/orthèses et le fauteuil roulant. Les évaluateurs vérifient si elle est capable de se mobiliser sans l'aide de quelqu'un ou d'un instrument. 3) les activités de la vie domestique (AVD), c'est-à-dire que les évaluateurs vérifient si la personne fait l'entretien de sa maison, la préparation des repas, les courses, la lessive, si elle utilise adéquatement le téléphone, le transport, sa médication et si elle gère bien son budget.

Le profil des ressources permet d'évaluer les aptitudes et les ressources de la personne. Ce profil contient aussi trois dimensions, où l'adéquation de chaque aspect chez la personne âgée est évaluée: 1) la dimension biophysique, soit la santé objective de la personne âgée, comprend 13 items, c'est-à-dire la condition médicale fonctionnelle, les membres supérieurs, les membres inférieurs, l'équilibre, l'endurance, la posture, la douleur, le repos/sommeil, l'état nutritionnel, l'élimination, l'intégrité de la peau, l'audition et la vision. 2) les fonctions cognitives, où l'on retrouve le contenu de la pensée, le cours de la pensée, le contact avec la réalité, le jugement/compréhension et la mémoire. 3) la dimension psychosociale représente l'estime de soi, la motivation, les fonctions de rôle, le milieu physique et le comportement/attitude de la personne âgée (Pelletier, 1988). Ce profil a été modifié par l'équipe interdisciplinaire de l'hôpital de jour de l'Hôpital Général de Québec pour l'adapter aux types d'intervenants, tel le psychologue. Parmi les items mentionnés précédemment, certains items ont été ajoutés à la version originale de Pelletier (1988), tels que l'estime de soi, les fonctions de rôle, le contenu de la pensée et le contact avec la réalité (Veilleux et al., 1990). Pour intégrer ces aspects au plan d'intervention, l'équipe

interdisciplinaire s'est basée sur les critères d'évaluation de psychiatrie de Lalonde et Grunberg (1980). Ainsi, un tel profil leur permet de mieux cerner les ressources de la personne âgée. Il faut ajouter que le profil de fonctionnement se cote de 1 à 4, c'est-à-dire dépendance totale à agir seule, avec un score maximum de 68 et un minimum de 17; et le profil des ressources se cote de 1 à 5, c'est-à-dire de nul (0%) à adéquat (100%), avec un score maximum de 115 et un minimum de 23 (voir appendice A). Chaque cote a une définition précise préalablement déterminée (Pelletier, 1988). Il est à remarquer que cet instrument est un instrument clinique qui n'a pas fait jusqu'à maintenant l'objet d'étude de validité et de fidélité, bien qu'il soit largement utilisé par les intervenants du milieu.

Le déroulement

L'expérimentation se déroule en trois étapes. La première consiste en l'évaluation du sujet, dès son admission à l'hôpital de jour, par le médecin et l'infirmière, pour détecter la présence de troubles cognitifs et ce, à l'aide de l'Examen de Folstein sur l'état mental.

Ensuite, lorsque le sujet est admissible pour l'échantillon recherché, s'il accepte de façon volontaire de participer à l'expérimentation, il est rencontré pour répondre sous forme d'interview au questionnaire-maison et au Questionnaire d'autonomie psychologique; ceci est fait en lui assurant la confidentialité de ses réponses.

Puis, l'équipe interdisciplinaire évalue le profil de fonctionnement et le profil des ressources; c'est-à-dire chaque intervenant (le médecin, l'infirmière, le psychologue, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le diététiste) évalue le client individuellement. Ensuite ils se réunissent et établissent un consensus pour chaque item des trois dimensions du profil de

fonctionnement et des trois dimensions du profil des ressources. Le consensus implique que chaque membre soit d'accord sur la cote donnée.

Chapitre III

Présentation des résultats et discussion

Ce troisième chapitre se divise en deux grandes parties. La première consiste à présenter les résultats obtenus suite aux différents traitements statistiques effectués. La seconde partie tente d'interpréter et de discuter ces résultats.

1. Présentation des résultats

Afin de vérifier les hypothèses de recherche, différents traitements statistiques ont été effectués. Ces résultats sont exposés dans cette première partie. Tout d'abord, les analyses préliminaires sont présentées pour décrire les données de chacune des variables, telles l'autonomie psychologique, les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles. Ensuite, les résultats vérifiant chacune des hypothèses et des sous-hypothèses de recherche sont présentés, pour enfin terminer avec l'analyse complémentaire.

Mais avant de débiter, il serait préférable de rappeler les composantes de chacune des variables pour faciliter la compréhension des résultats. L'autonomie psychologique est composée de deux dimensions, le contrôle décisionnel et le contrôle comportemental, chacune de ces dimensions s'applique à trois grands facteurs: la dynamique de l'individu, ses capacités et son intégration sociale. Quant aux capacités fonctionnelles, elles sont composées de trois grandes dimensions, soit les activités de la vie quotidienne (AVQ), la mobilité et les activités de la vie domestique (AVD). Les ressources personnelles sont aussi composées de trois grandes dimensions: la santé (dimension bio-physiologique), les fonctions cognitives et les ressources psychosociales.

1.1. Analyses préliminaires

Les analyses préliminaires consistent à rapporter la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum des trois grandes variables. En ce qui concerne l'autonomie psychologique, l'ensemble des sujets obtient une moyenne de 112,3, un écart-type de 15,3, avec un minimum de 75 et un maximum de 140. Pour les capacités fonctionnelles, les sujets ont au total une moyenne de 56,22, un écart-type de 8,58, avec un minimum de 33 et un maximum de 68. Pour les ressources personnelles, les sujets ont obtenu un score moyen de 95,45, un écart-type de 8,18, avec un minimum de 77 et un maximum de 114.

1.2. Vérification des hypothèses de recherche

Avant d'exposer les résultats de la première hypothèse de recherche et de ses sous-hypothèses, il faut mentionner qu'une matrice de corrélation de Pearson est utilisée pour les vérifier (voir tableau 1).

Hypothèse 1

Les résultats montrent que l'hypothèse de recherche n'est que partiellement confirmée, puisqu'il existe une corrélation positive significative entre le niveau d'autonomie psychologique et les ressources personnelles ($r(63) = 0,41$ $p = 0,001$), mais qu'il n'existe pas de corrélation significative entre le niveau d'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles ($r(63) = 0,20$ p , n.s.) (voir tableau 1).

Tableau 1

Coefficients de corrélation entre l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles (n = 65)

	Capacité fonctionnelle				Ressources personnelles			
	AVQ	Mobilité	AVD	Total	Santé	Fonctions cognitives	Ressources psychosociales	Total
Autonomie psychologique (totale)	,03	,03	,29 *	,20	,25 *	,35 **	,43 ***	,41 ***
Contrôle décisionnel	,03	,05	,30 *	,21	,24	,30 *	,35 **	,36 **
Contrôle comportemental	,03	,001	,26 *	,17	,25 *	,37 **	,48 ***	,43 ***
Dynamique	,05	-,01	,30 *	,20	,20	,28 *	,30 *	,31 *
Capacité	,02	,06	,22	,15	,28 *	,30 *	,41 ***	,41 ***
Intégration sociale	,01	-,01	,25 *	,16	,07	,36 **	,40 ***	,26 *

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Sous-hypothèse 1: L'autonomie psychologique et les dimensions des capacités fonctionnelles et des ressources personnelles

Même s'il n'existe pas de corrélation significative entre le niveau d'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles, lorsque la relation entre l'autonomie psychologique (score total) et les dimensions des capacités fonctionnelles est examinée, les résultats montrent qu'il existe une corrélation positive significative entre le niveau d'autonomie psychologique et les AVD ($r(63) = 0,29$ $p < 0,05$), et qu'il n'y en a pas pour les deux dimensions AVQ et mobilité (voir tableau 1).

En observant plus précisément les corrélations entre l'autonomie psychologique et les trois dimensions des ressources personnelles, les résultats montrent que la relation positive entre l'autonomie psychologique et les ressources personnelles est attribuable aux trois dimensions, mais surtout aux ressources psychosociales ($r(63) = 0,43$ $p < 0,001$), suivie des fonctions cognitives ($r(63) = 0,35$ $p < 0,01$) et de la santé, c'est-à-dire la dimension bio-physiologique ($r(63) = 0,25$ $p < 0,05$) (voir tableau 1).

Sous-hypothèse 2

La deuxième sous-hypothèse concerne la relation entre les différents facteurs de l'autonomie psychologique, soit le contrôle décisionnel, le contrôle comportemental, la dynamique de l'individu, les capacités et l'intégration sociale, et les capacités fonctionnelles (AVQ, mobilité, AVD) d'une part, et d'autre part entre les différents facteurs de l'autonomie psychologique et les ressources personnelles (santé, fonctions cognitives, ressources psychosociales). Ainsi, les résultats obtenus pour chacun des différents facteurs de l'autonomie psychologique sont observés.

1. Le contrôle décisionnel et les capacités fonctionnelles (AVQ, mobilité, AVD) et les ressources personnelles (santé, fonctions cognitives, ressources psychosociales)

Les résultats concernant spécifiquement les corrélations entre la dimension contrôle décisionnel de l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles et leurs trois dimensions, et les ressources personnelles et leurs trois dimensions sont les suivants:

Les résultats montrent qu'il existe une corrélation positive significative entre le contrôle décisionnel et les ressources personnelles ($r(63) = 0,36$ $p < 0,01$). Cette relation est attribuable en majeure partie aux ressources psycho-sociales, puisque $r(63) = 0,35$ $p < 0,01$, et aux fonctions cognitives mais d'une façon moins importante ($r(63) = 0,30$ $p < 0,05$). Alors que la santé ne joue aucun rôle dans la relation entre le contrôle décisionnel et les ressources personnelles (voir tableau 1).

D'autre part, les résultats montrent qu'il n'existe pas de corrélation significative entre le contrôle décisionnel et les capacités fonctionnelles. Mais, en étudiant de façon plus détaillée la relation entre le contrôle décisionnel et les trois dimensions des capacités fonctionnelles, les résultats laissent voir qu'il y a une relation positive significative uniquement entre le contrôle décisionnel et les AVD ($r(63) = 0,30$ $p < 0,05$), mais non pour les AVQ et la mobilité (voir tableau 1).

2. Le contrôle comportemental et les capacités fonctionnelles (AVQ, mobilité et AVD) et les ressources personnelles (santé, fonctions cognitives et ressources psychosociales)

Les résultats concernant les corrélations entre la dimension contrôle comportemental de l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles et leurs trois dimensions, et les ressources personnelles et leurs trois dimensions sont les suivants:

Les résultats montrent qu'il existe une corrélation positive significative entre le contrôle comportemental et les ressources personnelles ($r(63) = 0,43$ $p < 0,001$). En examinant plus spécifiquement les corrélations entre le contrôle comportemental et les trois dimensions des ressources personnelles, les résultats montrent que la relation positive entre le contrôle comportemental et les ressources personnelles est attribuable aux trois dimensions, mais surtout aux ressources psychosociales ($r(63) = 0,48$ $p < 0,001$), suivie des fonctions cognitives ($r(63) = 0,37$ $p < 0,01$) et de la santé ($r(63) = 0,25$ $p < 0,05$) (voir tableau 1).

Les résultats montrent aussi qu'il n'existe pas de corrélation significative entre le contrôle comportemental et les capacités fonctionnelles. Mais, en observant la relation entre le contrôle comportemental et les trois dimensions des capacités fonctionnelles, les résultats permettent d'énoncer qu'il y a une relation positive significative uniquement entre le contrôle comportemental et les AVD ($r(63) = 0,26$ $p < 0,05$), mais non pour les AVQ et la mobilité (voir tableau 1).

3. La dynamique personnelle et les capacités fonctionnelles (AVQ, mobilité et AVD) et les ressources personnelles (santé, fonctions cognitives et ressources psychosociales)

Les résultats concernant de façon plus précise les corrélations entre le facteur dynamique personnelle de l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles et leurs trois dimensions, et les ressources personnelles et leurs trois dimensions sont les suivants:

Les résultats obtenus montrent qu'il existe une corrélation positive significative entre la dynamique de l'individu et les ressources personnelles ($r(63) = 0,31$ $p < 0,05$). Cette relation est attribuable en grande partie aux ressources psychosociales, puisque $r(63) = 0,30$ $p < 0,01$, et aux fonctions cognitives mais d'une façon secondaire ($r(63) = 0,28$ $p < 0,05$). La santé ne joue aucun rôle dans la relation entre la dynamique personnelle et les ressources personnelles (voir tableau 1).

D'autre part, les résultats montrent qu'il n'existe pas de corrélation significative entre la dynamique personnelle et les capacités fonctionnelles. Mais, en observant plus spécifiquement la relation entre la dynamique personnelle et les trois dimensions des capacités fonctionnelles, les résultats laissent voir qu'il y a une relation positive significative uniquement entre la dynamique personnelle et les AVD ($r(63) = 0,30$ $p < 0,05$), mais non pour les AVQ et la mobilité (voir tableau 1).

4. La capacité et les capacités fonctionnelles (AVQ, mobilité et AVD) et les ressources personnelles (santé, fonctions cognitives et ressources psychosociales)

Les résultats concernant les corrélations entre le facteur capacité de l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles et leurs trois dimensions, et les ressources personnelles et leurs trois dimensions sont les suivants:

Les résultats montrent qu'il existe une corrélation positive significative entre le facteur capacité et les ressources personnelles ($r(63) = 0,41$ $p < 0,001$). En étudiant plus précisément les corrélations entre le facteur capacité et les trois dimensions des ressources personnelles, les résultats montrent que la relation positive entre le facteur capacité et les ressources personnelles est attribuable aux trois dimensions, mais principalement aux ressources psychosociales ($r(63) = 0,41$ $p < 0,001$), suivie des fonctions cognitives ($r(63) = 0,30$ $p < 0,05$) et de la santé ($r(63) = 0,28$ $p < 0,05$) (voir tableau 1).

D'autre part, les résultats montrent qu'il n'existe aucune corrélation significative entre le facteur capacité et les capacités fonctionnelles, de même que pour les trois dimensions AVQ, mobilité et AVD (voir tableau 1).

5. L'intégration sociale et les capacités fonctionnelles (AVQ, mobilité et AVD) et les ressources personnelles (santé, fonctions cognitives et ressources psychosociales)

Les résultats concernant de façon plus spécifique les corrélations entre le facteur intégration sociale de l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles et leurs trois dimensions, et les ressources personnelles et leurs trois dimensions sont les suivants:

Les résultats montrent qu'il existe une corrélation positive significative entre l'intégration sociale et les ressources personnelles ($r(63) = 0,26$ $p < 0,05$). Cette relation est attribuable prioritairement aux ressources psychosociales, puisque $r(63) = 0,40$ $p < 0,001$, et aux fonctions cognitives mais d'une façon moins importante ($r(63) = 0,36$ $p < 0,01$). Alors que la santé n'a pas d'importance dans la relation entre l'intégration sociale et les ressources personnelles (voir tableau 1).

Les résultats montrent aussi qu'il n'existe pas de corrélation significative entre l'intégration sociale et les capacités fonctionnelles. Mais, en examinant la relation entre l'intégration sociale et les trois dimensions des capacités fonctionnelles, les résultats laissent voir qu'il y a une relation positive significative uniquement entre l'intégration sociale et les AVD ($r(63) = 0,25$ $p < 0,05$), mais non pour les AVQ et la mobilité (voir tableau 1).

Hypothèse 2

Pour vérifier la deuxième hypothèse de recherche, une corrélation de Pearson est utilisée. Contrairement à l'hypothèse de recherche, les résultats montrent qu'il n'existe pas de corrélation significative entre l'âge et l'autonomie psychologique ($r(63) = 0,02$ p , n.s.). Même en observant plus spécifiquement la relation entre l'âge et les deux dimensions et les trois facteurs de l'autonomie psychologique, il n'y a aucune corrélation significative (voir tableau 2).

Tableau 2
Coefficients de corrélation entre l'âge et l'autonomie psychologique et ses
composantes (n = 65)

	Autonomie psychologique (totale)	Contrôle décisionnel	Contrôle comportemental	Dynamique	Capacités	Intégration sociale
Âge	,02	-,02	,08	-,01	-,02	,24

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

1.3. Analyse complémentaire

Cette section présente les résultats de l'analyse complémentaire. Cette analyse devient nécessaire, puisque la synthèse de la documentation ne permet pas d'émettre une hypothèse de recherche concernant la relation entre l'âge et les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles chez les femmes âgées fréquentant un hôpital de jour.

En utilisant une analyse corrélationnelle de Pearson, les résultats montrent qu'il n'existe pas de relation entre l'âge et les capacités fonctionnelles ($r(63) = 0,05$ p, n.s.) et les ressources personnelles ($r(63) = 0,16$ p, n.s.). En observant plus en détail la relation entre l'âge et les trois dimensions des capacités fonctionnelles et les trois dimensions des ressources personnelles, les résultats montrent que la variable ressources psychosociales est la seule à être en relation de façon positive et significative avec l'âge, puisque $r(63) = 0,39$ p < 0,01 (voir tableau 3).

Tableau 3

Coefficients de corrélation entre l'âge et les dimensions des capacités fonctionnelles et des ressources personnelles (n = 65)

	Capacités fonctionnelles			Ressources personnelles		
	AVQ	Mobilité	AVD	Santé	Fonctions cognitives	Ressources psychosociales
Âge	,08	-,02	,04	-,01	,13	,39 **

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

2. Discussion

Cette deuxième partie tente d'interpréter et de discuter les résultats observés dans la première partie du chapitre. En premier lieu, les résultats des analyses préliminaires sont abordés. En deuxième et troisième lieu, les résultats des hypothèses de recherche et leurs sous-hypothèses, et ceux de l'analyse complémentaire sont discutés.

2.1. Analyses préliminaires

Les résultats obtenus pour la variable dépendante et les variables indépendantes aux analyses préliminaires donnent quelques indications concernant le niveau d'autonomie général de la population étudiée. Du point de vue psychologique, l'ensemble des sujets semble assez autonome, puisque selon les normes de Dubé et Lamy (1990) concernant une clientèle féminine vivant à domicile, ils se situent dans la moyenne (entre 106 et 129), mais une moyenne qui semble plutôt faible ($M=112,3$ et $E.T.=15,3$). Pour ce qui est de leurs performances et de leurs aptitudes au bilan fonctionnel, les sujets semblent assez autonomes,

puisqu'ils ont obtenu une moyenne de 56,22 sur une possibilité maximum de 68 aux capacités fonctionnelles, et une moyenne de 95,45 sur une possibilité maximum de 115 aux ressources personnelles; cependant il n'existe pas de normes ou d'études comparatives qui pourraient appuyer cette affirmation. Par ailleurs, même si ces sujets semblent assez autonomes, il ne faut pas oublier le fait qu'il s'agit de femmes âgées fréquentant l'hôpital de jour, donc des femmes qui souffrent de certaines pertes, surtout sur le plan physique.

2.2. Hypothèses de recherches et sous-hypothèses

La première hypothèse stipule qu'il y a une relation significative entre le niveau d'autonomie psychologique des femmes âgées et leurs capacités fonctionnelles d'une part et leurs ressources personnelles d'autre part. Cette hypothèse s'est confirmée pour une variable, mais pas pour l'autre. Les capacités fonctionnelles ne sont pas reliées à l'autonomie psychologique, même qu'en observant plus spécifiquement les dimensions des capacités fonctionnelles, les résultats montrent qu'il n'y a que les activités de la vie domestique qui y sont reliées. Même si ces résultats ne sont pas significatifs, ils sont tout aussi révélateurs puisqu'ils soutiennent en partie ceux obtenus par Dubé et al. (1991, 1992), où ils mentionnent qu'il n'existe pas de relation entre l'autonomie psychologique et l'autonomie fonctionnelle chez les gens âgés à domicile. Le fait qu'il n'existe pas de relation entre les capacités fonctionnelles et l'autonomie psychologique signifie que ce n'est pas parce que la personne âgée perd ses capacités fonctionnelles, qu'elle en vient à perdre aussi sa volonté de prendre ses propres décisions et d'agir par elle-même ou vice-versa. Mais, il reste que d'autres auteurs, tels Arling et al. (1986), Daniewicz et al. (1991) et Horowitz et al. (1991), ont rapporté qu'il existe une relation négative entre les capacités fonctionnelles et l'autonomie psychologique. Par contre, il

faut préciser que l'ensemble de ces auteurs n'ont pas recruté la même clientèle (hommes et femmes, avec pertes visuelles, ou bien vivant en institution), et ils n'ont pas utilisé les mêmes instruments de mesure que dans la présente étude. Dans un tel cas, il est préférable de se fier aux résultats obtenus par Dubé et al. (1991, 1992), puisque la clientèle choisie est comparable et que le même instrument de mesure (QAP) est utilisé pour évaluer l'autonomie psychologique.

De plus, le fait que les activités de la vie domestique soient reliées à l'autonomie psychologique signifie que plus la personne âgée veut exercer son pouvoir de contrôle décisionnel et comportemental, plus elle a les capacités pour effectuer les tâches des activités de la vie domestique, des tâches qui semblent demander beaucoup plus de motivation, de compétence et une meilleure performance de la part de la personne (entretien/maison, préparation/repas, courses, lessive, téléphone, transport, médication, budget). Par contre, cette explication n'est pas encore confirmée par d'autres chercheurs.

Quant à l'autre variable indépendante, les ressources personnelles, les résultats lui accordent une très forte corrélation positive avec l'autonomie psychologique, autant pour la variable elle-même que pour ses trois dimensions (ressources psychosociales, fonctions cognitives et santé). En d'autres termes, cela signifie que plus la personne âgée a la volonté d'exercer elle-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir, plus elle possède des ressources au niveau psychosocial, au niveau de ses fonctions cognitives et de sa propre santé. D'une façon plus précise chez les femmes âgées, le fait d'avoir la volonté d'exercer leur pouvoir d'agir et de décider est extrêmement important pour le maintien de leurs ressources psychosociales, soit le niveau d'estime de soi, la motivation à améliorer leur santé et de bons

contacts sociaux. Ces résultats signifient aussi que maintenir la volonté des femmes âgées à exercer leur pouvoir de contrôle décisionnel et comportemental est en relation avec le maintien de leur fonctionnement cognitif, c'est-à-dire le contenu de la pensée, le cours de la pensée, le contact avec la réalité, le jugement-compréhension et la mémoire, et de leur état de santé. Ainsi, le fait qu'une personne âgée n'actualise pas son potentiel cognitif n'est pas uniquement dû à l'aspect physiologique, puisque les résultats démontrent qu'une partie du fonctionnement cognitif est attribuable à la volonté de maintenir son pouvoir d'agir et de décider. L'ensemble de ces résultats va dans le même sens que ceux obtenus par Reschovsky et Newman (1990), Rodin (1986a, 1986b) et Teitelman et Priddy (1988).

Les résultats montrent que les deux dimensions de l'autonomie psychologique, la volonté d'exercer son pouvoir de contrôle décisionnel et de contrôle comportemental, sont fortement corrélées avec les ressources personnelles. D'ailleurs, ces résultats laissent voir que le contrôle comportemental est plus fortement relié à cette variable que le contrôle décisionnel; ceci indique donc que la volonté d'exercer son pouvoir d'agir est plus important que la volonté d'exercer son pouvoir de décider dans la relation avec les ressources personnelles. D'une façon plus spécifique, la dimension contrôle comportemental de l'autonomie psychologique est plus fortement reliée avec les ressources psychosociales, les fonctions cognitives et la santé, que la dimension contrôle décisionnel, d'ailleurs cette dernière n'est pas reliée avec la santé. La volonté de maintenir son pouvoir de décider ne serait donc pas en relation avec l'état de santé.

Mais, en observant de façon globale les deux dimensions de contrôle, certains auteurs appuient ces résultats. Chowdhary (1991), Daniewicz et al. (1991), O'Bryant (1991),

Rodin (1986a) et Teitelman et al. (1988) ont affirmé que l'augmentation de possibilités d'avoir le contrôle sur sa propre vie peut avoir un effet positif sur l'estime de soi (ce concept fait partie des ressources psychosociales évaluées). D'autres auteurs, tels Deci et Ryan (1987), Perlmutter et Monty (1977) et Vallerand (1990), mentionnent qu'une personne âgée ayant un sentiment de contrôle élevé, va augmenter son niveau de motivation à se prendre en main (ce concept fait aussi parti des ressources psychosociales évaluées). Horowitz et al. (1991) mentionnent aussi qu'une détérioration des capacités mentales empêche une bonne autonomie. Ceci rejoint donc les résultats obtenus dans cette étude, puisque la volonté d'exercer son pouvoir de contrôle est en forte relation positive avec les fonctions cognitives des femmes âgées vues à l'hôpital de jour.

Mais lorsque la volonté d'exercer son pouvoir de contrôle décisionnel et comportemental est mis en relation avec la santé des sujets, la sous-hypothèse n'est que partiellement confirmée. Il existe une relation positive entre le contrôle comportemental et la santé des sujets, mais il n'en existe pas entre le contrôle décisionnel et la santé de ces derniers. Ces résultats indiquent donc qu'une femme âgée qui se reconnaît un pouvoir d'agir élevé dans la vie de tous les jours, a habituellement une meilleure santé physique; alors que le fait de se reconnaître un pouvoir de décision n'est pas en relation avec la santé de cette dernière. D'ailleurs, lorsque ces résultats sont comparés à ceux rapportés par Chowdhary (1991), Daniewicz et al. (1991), Langer (1983), Rodin (1986a, 1986b), Seeman et Seeman (1983) et Teitelman et Priddy (1988), où ils disent tous qu'une perception de contrôle élevé est reliée de façon positive à une meilleure santé, il est possible d'en déduire que ces auteurs font surtout référence à l'aspect comportemental du contrôle, et non à l'aspect décisionnel.

Les résultats montrent aussi que les trois facteurs de l'autonomie psychologique, c'est-à-dire la dynamique de l'individu, les capacités et l'intégration sociale, sont reliés aux ressources personnelles des femmes âgées fréquentant un hôpital de jour. Plus précisément, ces trois facteurs sont tous reliés de façon significative aux ressources psychosociales et aux fonctions cognitives, mais il n'y a que les capacités qui sont reliées à la santé. Ces résultats ont pour signification que plus les femmes âgées se basent sur leur perception d'elles-mêmes et leur ressenti intérieur, plus elles tiennent compte de leurs capacités et de leur intégration sociale pour prendre des décisions et passer à l'action, meilleures sont leurs ressources psychosociales et cognitives. Par ailleurs, ces résultats signifient aussi que plus elles tiennent compte de leurs capacités physiques, cognitives et sociales pour décider et agir, meilleures sont leurs ressources psychosociales, leurs fonctions cognitives et leur état de santé. Et enfin, plus les femmes âgées sont conscientes de leur responsabilité sociale, meilleures sont leurs ressources psychosociales et leurs fonctions cognitives. Ces derniers résultats ne sont pas appuyés par d'autres chercheurs; ceci laisse donc place à d'autres études mettant en relation les facteurs de l'autonomie psychologique, les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles.

Donc, en observant de façon générale les résultats obtenus pour la première hypothèse de recherche, il en ressort que l'autonomie psychologique est surtout reliée aux ressources personnelles et en particulier les ressources psychosociales et les fonctions cognitives des femmes âgées fréquentant un hôpital de jour. Ces résultats sont d'ailleurs appuyés par d'autres auteurs, tels que Reschovsky et Newman (1990), Rodin (1986a, 1986b) et Teitelman et Priddy (1988). Et en ce qui concerne les capacités fonctionnelles, l'autonomie

psychologique est uniquement reliée aux activités de la vie domestique. D'autres études devront s'intéresser à cette relation, puisqu'aucune autre recherche n'a tenté de vérifier ce type de relation jusqu'à maintenant.

La seconde hypothèse stipule qu'il existe une relation significative entre l'âge et l'autonomie psychologique chez les femmes âgées, mais que cette relation disparaît lorsque la santé est contrôlée. Les résultats obtenus ne confirment pas cette hypothèse; d'ailleurs, ces résultats sont conformes à la majorité des études antérieures (Dubé et al., 1991, 1992; Morganti et al., 1990, Rodin, 1986a, 1986b). Ces derniers signifient donc qu'il n'y a pas de lien entre l'âge et l'autonomie psychologique. En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'une personne atteint le troisième ou le quatrième âge qu'elle perd sa capacité et sa volonté de prendre des décisions et de contrôler sa vie. Bien sûr, en vieillissant il y a des pertes sensibles, motrices et sociales qui sont vécues; ces pertes peuvent se refléter dans une baisse de la volonté d'exercer son pouvoir de contrôle ou dans une baisse de la perception de contrôle dans la vie de tous les jours, mais n'empêche pas la personne âgée d'être autonome psychologiquement (Morganti et al., 1990).

2.3. Analyse complémentaire

L'analyse complémentaire consiste à vérifier s'il existe une relation entre l'âge et les capacités fonctionnelles d'une part, et les ressources personnelles d'autre part. Les résultats montrent qu'il n'existe aucune relation entre l'âge et ces deux variables chez les femmes âgées en hôpital de jour; mais, en observant de façon plus précise la relation entre l'âge et les dimensions de ces deux variables, les résultats permettent d'affirmer qu'il y a une relation positive entre l'âge et les ressources psychosociales. L'ensemble de ces résultats signifie donc

que plus la personne est âgée, plus elle a de bonnes ressources psychosociales, c'est-à-dire qu'elle a une estime de soi élevée, une plus grande motivation à se garder en santé et une meilleure capacité à conserver de bonnes relations avec son entourage. Ainsi, les ressources psychosociales jouent un rôle important, en ce qui a trait à l'âge chez les femmes âgées. Concernant ces résultats, certains auteurs tels que Hunter et al. (1981-82) et Daniewicz et al. (1991) n'obtiennent pas les mêmes résultats en ce qui a trait à la relation entre l'âge et l'estime de soi des personnes âgées. Pour Hunter et al. (1981-82), l'âge n'est pas relié à l'estime de soi; tandis que pour Daniewicz et al. (1991), il existe une relation négative entre l'âge et l'estime de soi des femmes âgées.

Conclusion

L'objectif de la présente étude consistait à vérifier s'il existe une relation entre le niveau d'autonomie psychologique des femmes âgées fréquentant l'hôpital de jour et leurs capacités fonctionnelles d'une part, et leurs ressources personnelles d'autre part. Cette étude poursuivait les travaux qui ont été faits par Dubé et al. (1991, 1992) sur l'autonomie psychologique, tout en se différenciant par le type de clientèle et le choix de l'instrument de mesure pour l'autonomie fonctionnelle, soit le bilan fonctionnel de Pelletier (1988).

Lorsqu'on définit l'autonomie psychologique, les théoriciens et les chercheurs s'entendent pour la définir en termes de volonté de contrôle sur sa propre vie, un contrôle qui est autant décisionnel que comportemental (Dubé et al., 1991, 1992). L'autonomie psychologique chez la personne âgée est en relation avec une estime de soi élevée, un niveau d'espoir élevé en la réalisation de projets et la présence d'un confident (Dubé et al., 1991, 1992). De plus, si la personne âgée a le sentiment de contrôler plusieurs aspects de sa vie, cela a un effet bénéfique sur elle, puisque cela lui procure un bien-être physique et psychologique (Fitch & Slivinske, 1988; Slivinske & Fitch, 1987), une plus grande satisfaction de vivre, une estime de soi élevée, une meilleure santé physique (George & Bearon, 1980; voir Teitelman & Priddy, 1988; Rodin, 1986a) et une diminution de stress (Langer & Rodin, 1976).

Par ailleurs, lorsqu'on parle de bilan fonctionnel chez une personne âgée, il faut comprendre que ce terme est un synonyme de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, et qu'il est composé de deux dimensions, c'est-à-dire les capacités fonctionnelles et les

ressources personnelles (Pelletier, 1988). Ces deux dimensions sont toutes aussi importantes l'une que l'autre dans l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle, puisque si les capacités fonctionnelles diminuent, les ressources s'épuisent plus rapidement; à l'inverse, lorsque les ressources diminuent, l'autonomie de la personne âgée est en péril et risque de se détériorer (Hébert, 1987).

Cette étude est faite auprès de 65 femmes âgées demeurant à domicile et faisant partie de la clientèle de l'hôpital de jour de l'hôpital général de Québec et du centre hospitalier Paul Gilbert. Les instruments de mesure utilisés sont l'Examen de Folstein sur l'état mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975), un questionnaire de renseignements généraux, le Questionnaire d'autonomie psychologique (Dubé & Lamy, 1990) et le plan d'intervention interdisciplinaire de Pelletier (1988). Le déroulement de l'expérimentation se fait en trois étapes: le dépistage de troubles cognitifs chez les sujets, la rencontre avec ces derniers pour répondre aux deux questionnaires nommés précédemment et ce, de façon individuelle, et enfin la mise en place du plan d'intervention fait par l'équipe interdisciplinaire.

Les résultats montrent qu'il existe une relation positive entre le niveau d'autonomie psychologique des femmes âgées et leurs ressources personnelles, mais qu'il n'y a pas de relation entre le niveau d'autonomie psychologique de ces dernières et leurs capacités fonctionnelles, et ce à leur entrée en hôpital de jour. De plus, il n'existe pas de lien entre l'âge et le niveau d'autonomie psychologique, les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles. Il faut préciser que les résultats obtenus dans cette étude ne sont pas généralisables à toute la population âgée, puisque la clientèle ciblée en est une d'hôpital de jour et vivant à domicile.

Pour poursuivre l'évolution des connaissances dans le domaine de la gériatrie, plus spécifiquement sur l'autonomie psychologique, les prochaines études devraient d'abord porter sur la relation entre les facteurs de l'autonomie psychologique et les ressources personnelles avec un autre type de clientèle, dans le but de généraliser les résultats obtenus dans cette étude. De plus, il serait préférable de continuer les recherches concernant la relation entre l'autonomie psychologique et les capacités fonctionnelles, surtout les activités de la vie quotidienne, puisqu'il existe très peu d'information à ce sujet. Et enfin, la présente étude pourrait être reprise au complet, mais cette fois avec une clientèle masculine.

Étant donné que les résultats rapportés ne permettent pas de conclure que l'intervention sur l'autonomie psychologique aurait un effet sur le bilan fonctionnel, il deviendrait important de vérifier l'impact d'une telle intervention, c'est-à-dire si le fait d'intervenir sur l'autonomie psychologique des femmes âgées, principalement sur leur volonté à exercer leur pouvoir de contrôle comportemental et leur intégration sociale, améliorerait leur performance au bilan fonctionnel. De plus, il faut prendre en considération le fait que l'autonomie psychologique est fortement reliée à plusieurs dimensions du bilan fonctionnel, donc lors des interventions auprès d'une clientèle féminine en hôpital de jour, il est bon d'en tenir compte. L'embauche d'un psychologue dans tous les hôpitaux de jours serait primordial, parce que cette étude démontre à quel point l'aspect psychologique est en relation avec l'aspect fonctionnel.

Appendice A

Épreuves expérimentales

(VERSION ABRÉGÉE)

Gylbert Gervais
Micheline Dubé
Julie Bourbeau

- A) CODE 1 2 3
- B) SEXE
1. Féminin; 2. Masculin 4
- C) ÂGE (EN ANNÉES) 5 6
- D) ÉTAT CIVIL:
1. célibataire
2. veuf(ve)
3. divorcé(e), séparé(e)
4. religieux(se)
5. marié(e), union libre 7
- E) RÉSIDENCE 8
1. domicile
2. maison de chambres
3. résidence pour personnes âgées
4. chez une autre personne
5. famille d'accueil
6. pavillon
- F) ANTÉCÉDANTS PSYCHIATRIQUES 9
0. Non
1. Oui
- G) ATTEINTES PSYCHOLOGIQUES
(0 = absence; 1 = présence)
1. troubles d'adaptation 10
2. troubles de l'affectivité 11
3. troubles de l'humeur 12
4. troubles de la personnalité 13
5. troubles du comportement 14
6. troubles de l'anxiété 15
7. troubles somato formes (conversion, hypochondrie) 16
- H) PROFIL DE FONCTIONNEMENT À L'ENTRÉE
- A.V.Q.
01. alimentation 17
02. hygiène 18
03. entretien/personne 19
04. habillage 20
05. continence 21
06. utilisation/toilette 22

MOBILITÉ

07. transfert 23
 08. marche 24
 09. escaliers 25

A.V.D.

10. entretien/maison 26
 11. préparation/repas 27
 12. courses 28
 13. lessive 29
 14. téléphone 30
 15. transport 31
 16. médication 32
 17. budget 33

I) PROFIL DES RESSOURCES À L'ENTRÉE

BIOPHYSIOLOGIQUE

01. cond. médicale fonct. 34
 02. - membres supérieurs 35
 03. membres inférieurs 36
 04. équilibre 37
 05. endurance 38
 06. posture 39
 07. douleur 40
 08. repos et sommeil 41
 09. état nutritionnel 42
 10. élimination 43
 11. intégrité de la peau 44
 12. audition 45
 13. vision 46

FONCTIONS COGNITIVES

- 14. contenu de la pensée 47
- 15. cours de la pensée 48
- 16. contact avec la réalité 49
- 17. jugement-compréhension 50
- 18. mémoire 51

PSYCHOSOCIAL

- 19. estime de soi 52
- 20. motivation 53
- 21. fonctions de rôle 54
- 22. milieu physique 55
- 23. comportement-attitude 56

Numéro de code: _____

QUESTIONNAIRE
PERCEPTION DE L'AUTONOMIE

DUBÉ, M. et LAMY, L.

Labotatoire de G erontologie

U.Q.T.R.

Ce questionnaire porte sur les divers aspects de l'autonomie dans votre vie quotidienne. Nous vous demandons d'indiquer la fréquence avec laquelle vous réagissez comme ce qui est décrit à l'aide de l'échelle ci-dessous

Vous devez inscrire le chiffre qui correspond à votre réponse dans le carré qui appar it à la droite de l'énoncé. Pour vous faciliter la tâche, l'échelle sera reproduite en haut de chaque page.

1	2	3	4	5
jamais	rarement	parfois	habituellement	toujours

Questions

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Je suis satisfait(e) des actions que je pose. | <input type="checkbox"/> |
| | 01 |
| 2. J'agis selon mon caractère. | <input type="checkbox"/> |
| | 02 |
| 3. Je choisis des activités qui vont m'aider à garder ma forme intellectuelle. | <input type="checkbox"/> |
| | 03 |
| 4. Je préfère faire moi-même toutes les choses qui me sont possible | <input type="checkbox"/> |
| | 04 |
| 5. J'aime entrer en relation avec de nouvelles personnes. | <input type="checkbox"/> |
| | 05 |
| 6. Dans mes agirs, je tiens compte des limites qu'impose la vie en société. | <input type="checkbox"/> |
| | 06 |

Questionnaire Perception de l'Autonomie

2

Numéro de code: _____

1	2	3	4	5
jamais	rarement	parfois	habituellement	toujours

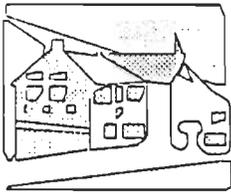
7. Je veux choisir moi-même mes activités.
07
8. Je fais des activités qui me permettent d'exercer ma mémoire
08
9. Ma façon d'agir correspond bien à mon caractère.
09
10. Mes choix et mes décisions en disent beaucoup sur ma personnalité et sur mon caractère.
10
11. Face à une difficulté physique, je cherche à développer de nouveaux moyens pour continuer à accomplir mes tâches.
11
12. Il est important de tenir compte de mes sentiments pour prendre une décision.
12
13. Je fais des activités qui m'aident à garder ma forme physique.
13
14. Je me fie sur ce que je ressens pour prendre une décision
14
15. Quand je prends une décision, je tiens compte des possibilités du milieu dans lequel je suis.
15
16. Je choisis des occasions qui permettent d'établir des relations plus profondes.
16
17. Je participe à des activités qui me permettent rencontrer des gens.
17

Questionnaire Perception de l'Autonomie

3

Numéro de code: _____

	1	2	3	4	5
	jamais	rarement	parfois	habituellement	toujours
18. Je me préoccupe des autres tout en poursuivant mes propres intérêts.					<input type="checkbox"/>
					18
19. Je choisis des activités qui m'apprennent des choses nouvelles.					<input type="checkbox"/>
					19
20. Je choisis des activités où je peux connaître de nouvelles personnes.					<input type="checkbox"/>
					20
21. Je choisis des activités qui vont me garder alerte intellectuellement.					<input type="checkbox"/>
					21
22. J'agis selon mes sentiments.					<input type="checkbox"/>
					22
23. Quand je pose une action, je respecte l'environnement dans lequel je suis.					<input type="checkbox"/>
					23
24. C'est important pour moi de réaliser ce que j'ai décidé.					<input type="checkbox"/>
					24
25. Mes choix et mes décisions reflètent généralement la personne que je suis.					<input type="checkbox"/>
					25
26. Je veux prendre moi-même mes décisions.					<input type="checkbox"/>
					26
27. Je décide de faire tout ce qui m'est physiquement possible de faire.					<input type="checkbox"/>
					27
28. Je choisis des activités qui vont m'aider à garder ma forme physique					<input type="checkbox"/>
					28



PLAN D'INTERVENTION
INTERDISCIPLINAIRE

Date: _____ P () Contre-indication(s): oui non

- OBJECTIF GÉNÉRAL**
- ÉVALUER le profil des ressources du client au plan physique, psychologique et social
 - SAUVEGARDER un équilibre fonctionnel satisfaisant suivant les cibles de corrections identifiées au PROFIL DES RESSOURCES DU CLIENT = cf. verso
 - RETROUVER un équilibre fonctionnel satisfaisant suivant la courbe d'autonomie projetée au PROFIL DE FONCTIONNEMENT et/ou au PROFIL DES RESSOURCES DU CLIENT = cf. verso
 - CONSOLIDER un équilibre fonctionnel satisfaisant nouvellement acquis suivant les cibles d'amélioration identifiées au PROFIL DES RESSOURCES DU CLIENT = cf. verso
 - MAINTENIR-PRÉVENIR un équilibre fonctionnel existant en maintenant le potentiel résiduel et en prévenant une incapacité ou une perte de fonction

EVALUATION	CONDUITE
Date: _____	Date: _____
Atteint <input type="checkbox"/>	A poursuivre <input type="checkbox"/>
Partiellement atteint <input type="checkbox"/>	A préciser <input type="checkbox"/>
Non atteint <input type="checkbox"/>	Non repris <input type="checkbox"/>

	CIBLES	RÉSULTATS PROJÉTÉS	INTERVENANTS	ÉV.
OBJECTIFS SPECIFIQUES				

A = Atteint NA = Non atteint PA = Partiellement atteint NT = Non travaillé

Fréquence d'interventions:		Fs/sem	Fs/mois	Au besoin	Autre
MD	Soins inf.		Physioth.	Ergoth.	Psychoth.
Diétoth.	Éd. spécialisée				Travailleuse sociale

Rev. d'étape

R.P.I.

Congé temp.

Contrôle

Congé définitif

PROFIL DE FONCTIONNEMENT

Fonctionnement		NA	4	3	2	1	CIB.
A.V.Q.	A Alimentation	.	.	.	.	.
	B Hygiène	.	.	.	.	.
	C Entretien /personne	.	.	.	.	.
	D Habillage	.	.	.	.	.
	E Continence	.	.	.	.	.
	F Utilisation/ toilette	.	.	.	.	.
MOBILITÉ	G Transfert	.	.	.	.	.
	H Marche	.	.	.	.	.
	I Escaliers	.	.	.	.	.
	J Prothèse/orthèse	.	.	.	.	.
	K Fauteuil roulant	.	.	.	.	.
A.V.D.	L Entretien / maison	.	.	.	.	.
	M Préparation / repas	.	.	.	.	.
	N Courses	.	.	.	.	.
	O Lessive	.	.	.	.	.
	P Téléphone	.	.	.	.	.
	Q Transport	.	.	.	.	.
	R Médication	.	.	.	.	.
	S Budget	.	.	.	.	.

NA Ne s'applique pas
4 Agit seul

3 Agit seul avec stimulation
.Agit seul avec surveillance
.Agit seul avec aide et/ou adaptation
2 Besoin d'aide partielle
1 Besoin d'aide totale (dépendant)

(Bleu: situation actuelle) (Vert: situation en R.P.I.)
(Rouge: situation projetée) (+ : situation projetée par le client)

NOTES EXPLICATIVES (PROFIL DE FONCTIONNEMENT)

PROFIL DES RESSOURCES

Ressources		NE	5	4	3	2	1	CIB.
BIO-PHYSIOLOGIQUE	01 Cond. médicale fonct.	.	.	.	.	.	.
	02 Membres supérieurs	.	.	.	.	.	.
	03 Membres inférieurs	.	.	.	.	.	.
	04 Équilibre	.	.	.	.	.	.
	05 Endurance	.	.	.	.	.	.
	06 Posture	.	.	.	.	.	.
	07 Douleur	.	.	.	.	.	.
	08 Repos et sommeil	.	.	.	.	.	.
	09 État nutritionnel	.	.	.	.	.	.
	10 Élimination	.	.	.	.	.	.
	11 Intégrité de la peau	.	.	.	.	.	.
	12 Audition	.	.	.	.	.	.
	13 Vision	.	.	.	.	.	.
FONCTIONS COGNITIVES	14 Contenu de la pensée	.	.	.	.	.	.
	15 Cours de la pensée	.	.	.	.	.	.
	16 Contact avec la réalité	.	.	.	.	.	.
	17 Jugement-compréhen.	.	.	.	.	.	.
	18 Mémoire	.	.	.	.	.	.
PSYCHO-SOCIAL	19 Estime de soi	.	.	.	.	.	.
	20 Motivation	.	.	.	.	.	.
	21 Fonctions de rôle	.	.	.	.	.	.
	22 Milieu physique	.	.	.	.	.	.
	23 Comport.-attitude	.	.	.	.	.	.

En condition d'utilisation:

NE Non évaluée 3 Assez limitée 50 %
5 Adéquate 100 % 2 Très limitée 25 %
4 Limitée 75 % 1 Nulle 0 %

NOTES EXPLICATIVES (PROFIL DES RESSOURCES)

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance tout d'abord à sa directrice de mémoire, madame Micheline Dubé, D.ps., professeure agrégée, à qui elle est redevable d'une assistance constante et éclairée, à monsieur Gylbert Gervais, M.A., psychologue, dont le temps accordé était si précieux, et aux hôpitaux de jour de l'Hôpital Général de Québec et du Centre Hospitalier Paul Gilbert, pour leur grande disponibilité et flexibilité dans le cadre de l'expérimentation.

Références

- Arcand, M. (1987). Réadaptation. In M. Arcand et R. Hébert (Eds.), Précis pratique de gériatrie (pp. 521-538). St-Hyacinthe: Edisem.
- Arling, G., Harkins, E.B., Captiman, J.A. (1986). Institutionalisation and personal control: a panel study of impaired older people. Research on aging, 8(1), 38-56.
- Austin, D.R. (1985). Attitudes toward old age: A hierarchical study. Gerontologist, 25(4), 431-434.
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. Psychological bulletin, 80(4), 286-303.
- Baltes, M.M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. Behavior therapy, 19, 301-319.
- Barberger-Gateau, P., Commenges, D., Gagnon, M., Letenneur, L., Sauvel, C., Dartigues, J.-F. (1992). Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. Journal of american geriatrics society, 40(11), 1129-1134.
- Boisvert, R., Martel, M. (1986). Les conditions de l'autonomie: rapport d'enquête auprès des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile. Centre Hospitalier Ste-Marie, Département de santé communautaire, Trois-Rivières.
- Bouffard, L., Bastin, E. (1990). La perspective future des personnes âgées en perte d'autonomie et vivant dans leur résidence. Rapport de recherche, Sherbrooke.
- Bouget, D., Tartarin, R. (1990). Le prix de la dépendance: comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement. Paris: La Documentation Française.
- Breda-Jehl, C. (1989). Autonomie des personnes âgées. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- Brochu, S., De Champlain, A. (1988). Locus de contrôle et productivité chez un groupe de militaires alcooliques. Revue québécoise de psychologie, 9(3), 3-9.

- Brown, B.R., Granick, S. (1983). Cognitive and psychosocial differences between I and E locus of control aged persons. Experimental aging research, 9(2), 107-110.
- Butler, R.N., Lewis, M., Sunderland, T. (1991). Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches. New York: Merrill; Toronto: Collier MacMillan Canada; New York: Maxwell MacMillan International.
- Chappell, N. (1983). Informal support networks among the elderly. Research on aging, 5, 77-99.
- Chowdhary, U. (1991). Clothing and self-esteem of the institutionalized elderly female: two experiments. Educational gerontology, 17, 527-541.
- Cicirelli, V.G. (1992). Family caregiving: Autonomous and paternalistic decision making. London: Sage publications, p. 14-31.
- Clark, P.G. (1988). Autonomy, personal empowerment, and quality of life in long-term care. Journal of applied gerontology, 7(3), 279-297.
- Clark, P. G. (1991). Ethical dimensions of quality of life in aging: Autonomy vs collectivism in the United States and Canada. Gerontologist, 31(5), 631-639.
- C.M.T.A.S.E.C.P.A. (1984). Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement. Paris: Franterm.
- Cohen, E.S. (1988). The elderly mystique: Constraints on the autonomy of the elderly with disabilities. Gerontologist, 28(suppl.), 24-31.
- Cohen, C.I., Teresi, J., Holmes, D. (1985). Social networks, stress, adaptation and health. Research on aging, 7, 409-431.
- Collopy, B.J. (1986). The conceptually problematic status of autonomy. A study prepared for the retirement research foundation, Third Age Center, Fordham University, New York
- Collopy, B.J. (1988). Autonomy in long-term care: Some crucial distinctions. Gerontologist, 28(suppl.), 10-17.
- Collopy, B.J., Dubler, N., Zuckerman, C. (1990). The ethics of home care: Autonomy and accommodation. Hastings center report, march-april (suppl.), 1-16.

- Colvez, A., Gardent, H. (1990). Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gériologie: information, validation, utilisation. Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Cox, C.L., Miller, E.H., Mull, C.S. (1987). Motivation in health behavior: Measurement, antecedents, and correlates. Advances in nursing science, 9(4), 1-15.
- Crabtree, J.L., Caron-Parker, L.M. (1991). Long-term care of the aged: Ethical dilemmas and solutions. American journal of occupational therapy, 45(7), 607-612.
- Daniewicz, S.C., Mercier, J.M., Powers, E.A., Flynn, D. (1991). Change, resources and self-esteem in community of women religious. Journal of women and aging, 3(1), 71-91.
- Deci, E.L., Ryan, M.R. (1987). The support of autonomy and control of behavior. Journal of personality and social psychology, 53(6), 1024-1037.
- Délisle, I. (1989). L'autonomie de la personne âgée. L'infirmière canadienne, 34-37.
- Dubé, M., Lamy, L. (1990). L'autonomie psychologique des personnes âgées. 4e Congrès international francophone de gériologie. Montréal, octobre 1990.
- Dubé, M., Lalande, G., Gaudet, V., Dionne, J. (1991). Le maintien et le développement de l'autonomie des personnes âgées et très âgées: étude des facteurs psychologiques associés, recommandations et projets d'interventions. Rapport de recherche, Trois-Rivières: Laboratoire de gériologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Dubé, M., Alain, M., Lapierre, S., Lalande, G. (1992). Relation entre l'autonomie et certains facteurs psychologiques (actualisation de soi, support social, résignation acquise, niveau d'espoir) chez les personnes âgées et très âgées. Rapport de recherche, Trois-Rivières: Laboratoire de gériologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.
- Duffy, M.E., MacDonald, E. (1990). Determinants of functional health of older persons. Gerontologist, 30(4), 503-509.
- Dworkin, G. (1988). The theory and practice of autonomy. New York: Cambridge University Press.
- Eisenson, J. (1991). Growing up while growing older. Palo Alto, CA.: Pacific Books.

- Elston, J.M., Koch, G.G., Weissert, W.G. (1991). Regression-adjusted small area estimates of functional dependency in the noninstitutionalized american population age 65 and over. American journal of public health, 81(3), 335-343.
- Fillenbaum, G.G. (1985). Screening the elderly: a brief instrumental activities of daily living measure. Journal of the american geriatrics society, 33, 698-706.
- Fillenbaum, G.G. (1987). Activities of daily living. In G.L. Maddox (Ed.), The encyclopedia of aging (pp. 3-4). New York: Springer.
- Fitch, V.L., Slivinske, L.R. (1988). Maximizing effects of wellness programs for the elderly. Health and social work, 13(1), 61-67.
- Folstein, M.F., Folstein, S., McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental Stage: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiatric research, 12, 189-198.
- Fry, P.S. (1989). Psychological perspectives of helplessness and control in the elderly. North Holland: Elsevier science publisher.
- Granger, C.V., McNamara, M.A. (1984). Functional assessment utilization: the long-range evaluation system (LRES). In C.V. Granger et G.E. Gresham (Eds), Functional assessment in rehabilitation medicine (pp. 99-121). Baltimore: Williams et Wilkins.
- Gresham, G.E., Labi, M.L.C. (1984). Functional assessment instruments currently available for documenting outcomes in rehabilitation medicine. In C.V. Granger et G.E. Gresham (Eds.), Functional assessment in rehabilitation medicine (pp.65-85). Baltimore: Williams et Wilkins.
- Grumbach, R. (1988). Gériatrie pratique. Paris: Douin.
- Guralnik, J.M., Branch, L.G., Cummings, S.R., Curb, D. (1989). Physical performance measures in aging research. Journal of gerontology: medical sciences, 44, M141-146.
- Guy, A. (1981). Les facteurs de dépendances. Il faut savoir, soins T, 26(23,24), 11-14.
- Haug, M.R., Breslau, N., Folmar, S.J. (1989). Coping resources and selective survival in mental health of the elderly. Research on aging, 11(4), 468-491.

- Hébert, R. (1987). Perte d'autonomie. In M. Arcand et R. Hébert (Eds.), Précis pratique de gériatrie (pp. 95-107). St-Hyacinthe: Edisem.
- Hébert, R., Carrier, R., Bilodeau, A. (1984). Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle. Rapport de recherche, Lévis: Centre Hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis.
- Hébert, R., Carrier, R., Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (S.M.A.F.). Revue de gériatrie, 4, 161-167.
- Hegeman, C., Tobin, S. (1988). Enhancing the autonomy of mentally impaired nursing home residents. Gerontologist, 28(suppl.), 71-75.
- Hennessy, C.H. (1989). Autonomy and risk: The role of client wishes in community-based long-term care. Gerontologist, 29, 633-639.
- Hickey, T., Stilwell, D.L. (1992). Chronic illness and aging: A personal-contextual model of age-related changes in health status. Educational gerontology, 18, 1- 15.
- High, D. (1988). All in the family: Extended autonomy and expectations in surrogate health care decision making. Gerontologist, 28, 46-51.
- Hogstel, M.O., Gaul, A.L. (1991). Safety or autonomy: An ethical issue for clinical gerontological nurses. Journal of gerontological nursing, 17(3), 6-11.
- Horowitz, A., Silverston, B.M., Reinhardt, J.P. (1991). A conceptual and empirical exploration of personal autonomy issues within family caregiving relationships. Gerontologist, 31(1), 23-31.
- Housley, W.F. (1992). Psychoeducation for personal control: A key to psychological well-being of the elderly. Educational gerontology, 18, 785-794.
- Hunter, K.I., Linn, M.W., Harris, R. (1981-82). Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. Journal of aging and human development, 14, 117-125.
- Hutchison, W., Carstensen, L., Silberman, D. (1983). Generalized effects of increasing personal control residents in a nursing facility. International journal of behaviored geriatrics, 1(4), 21-32.
- Huyck, M.H. (1991). Predicates of personal control among middle-aged and young-old men and women in middle America. International journal of aging and human development, 32(4), 261-275.

- Jackson, D.J., Longino, C.F., Zimmerman, R.S., Bradsher, J.E. (1991). Environmental adjustments to declining functional ability: Residential mobility and living arrangements. Research on aging, 13(3), 289-309.
- Jameton, A. (1988). In the borderlands of autonomy: Responsibility in long-term care facilities. Gerontologist, 28(suppl.), 18-23.
- Jang, G. (1992). Autonomy of institutionalized elderly: Resident and staff perceptions. Revue canadienne du vieillissement, 11(3), 249-260.
- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. Journal of the american geriatrics society, 31(12), 721-727.
- Katz, S., Stroud, M.W. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. Journal of the american geriatrics society, 37(3), 267-271.
- Keawkungual, S.-R. (1991). Social traits of Thai and american elderly. Educational gerontology, 17, 495-506.
- Krause, N., Alexander, G. (1990). Self-esteem and psychological distress in later life. Journal of aging and health, 2(4), 419-438.
- Kuhl, J. (1986). Aging and models of control: The hidden costs of wisdom. In M.M. Baltes et P.B. Baltes (Eds.), The psychology of control and aging (pp. 1-33). Hillsdale, Lawrence Erlbaum associates publishers.
- Kuyppers, J.A. (1972). Internal-external locus of control, ego functioning, and personality characteristics in old age. Gerontologist, 12, 168-173.
- Laforest, J. (1989). Introduction à la gérontologie: croissance et déclin. Lasalle: Hurtubise HMH.
- Lalonde, P., Grunberg F. (1980). Psychiatrie clinique: approche contemporaine. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. Journal of personality and social psychology, 32(2), 311-328.
- Langer, E.J. (1983). The psychology of control. Newbury Park, CA.: Sage.

- Langer, E.J., Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. Journal of personality and social psychology, 34, 191-198.
- Lebeau, A., Sicotte, C., Tilquin, C., Tremblay, L. (1980). Le concept d'autonomie: indicateur synthétiseur et opérationnel du mode de vieillissement. Santé mentale au Québec, 5(2), 71-89.
- Leclerc, G. (1987). Les conditions de l'autonomie individuelle et collective de la personne âgée. Les cahiers scientifiques de l'ACFAS, (56), 3-4.
- Leclerc, G., Lefrançois, R., Poulin, N. (1992). Vieillesse actualisée et santé. Rapport de recherche, GRAPSA, Université de Sherbrooke, pp. 117-132.
- L'Écuyer, R. (1988). L'évolution de l'estime de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans. Revue québécoise de psychologie, 9(2), 108-127.
- Lefcourt, H.M. (1966). Internal versus external control of reinforcement: A review. Psychological bulletin, 65(4), 206-220.
- Loomis, R.A., Thomas, C.D. (1991). Elderly women in nursing home and independent residence: Health, body attitudes, self-esteem and life satisfaction. Revue canadienne du vieillissement, 10(3), 224-231.
- Maslow, A. (1970). Motivation and personality. New York: Harper and Row.
- Milligan, W.L., Prescott, L., Powell, D.A., Furchtgott, E. (1989). Attitudes towards aging and physical health. Experimental aging research, 15(1), 33-41.
- Montplaisir, M.L. (1981). L'autonomie des personnes âgées. Le gérontophile, déc.(2), 2.
- Morin, E. (1982). Pour une science de l'autonomie. Cahiers internationaux de sociologie, XXI.
- Morganti, J.B., Nehrke, M.F., Hulicka, I.M. (1990). Latitude of choice and well-being in institutionalized and noninstitutionalized elderly. Experimental aging research, 16(1), 25-33.
- Munnichs, J. (1976). Dependency, interdependency and autonomy: An introduction. In J. Munnichs, W. Van den Heuvel (Eds.), Dependency or interdependency in old age (pp. 3-8). Martinus Nijhoff, The Hague.

- O'Bryant, S.L. (1991). Older widows and independent lifestyles. International journal of aging and human development, 32(1), 41-51.
- Ostwald, S.K., Snowdon, D.A., Rysavy, D.M., Keenan, N.L., Kane, R.L. (1989). Manual dexterity as a correlate of dependency in the elderly. Journal of the american geriatrics society, 37(10), 963-969.
- Pelletier, G. (1988). Guide d'initiation au travail d'équipe multidisciplinaire au centre hospitalier St-Augustin. Centre hospitalier St-Augustin, Québec.
- Perlmutter, L.C., Monty, R.A. (1977). The importance of perceived control: fact or fantasy? American scientist, 65, 759-765.
- Ploton, L. (1990). La personne âgée: son accompagnement médical et psychologique et la question de démence. Lyon: Chronique Sociale, pp. 128-137.
- Pous, J., Salles, C., Bocquet, H., Leloup, M., Albarède, J.L. (1980). Influence de l'autonomie, de l'âge, du sexe et du mode de vie antérieure. Revue de gériatrie, 5(9), 425-429.
- Pratt, C.C., Jones, L.L., Shin, H.-Y., Walker, A.J. (1989). Autonomy and decision making between single older women and their caregiving daughters. Gerontologist, 29(6), 792-797.
- Rakowski, W., Cryan, C.D. (1990). Association among health perceptions and health status within three age groups. Journal of aging and health, 2(1), 58-80.
- Reich, W., Zautra, A.J. (1990). Dispositional control beliefs and the consequences of a control-enhancing intervention. Journal of gerontology: psychological sciences, 45(2), 46-51.
- Reid, D.W., Zeigler, M. (1977). A survey of the reinforcements and activities elderly citizens feel are important for their general happiness. Essence, 2(1), 5-24.
- Reschovsky, J.D., Newman, S.J. (1990). Adaptations for independent living by older frail households. Gerontologist, 30(4), 543-552.
- Rodin, J. (1986a). Aging and health: Effects of the sense of control. Science, 233, 1271-1276.

- Rodin, J. (1986b). Health, control and aging. In M.M. Baltes et P.B. Baltes (Eds.), The psychology of control and aging (pp.139-165). Hillsdale: Lawrence Erlbaum associates publishers.
- Rodin, J., Langer, E.J. (1977). Long-term effects of a control relevant intervention with the institutionalized aged. Journal of personality and social psychology, 35, 897-902.
- Rodin, J., Langer, E.J. (1980). Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. Journal of social issues, 36, 12-29.
- Roy, C. (1986). Introduction aux soins infirmiers: un modèle de l'adaptation. Chicoutimi: Gaëtan Morin.
- Ruel, P.H. (1987). Motivation et représentation de soi. Revue des sciences de l'éducation, 13(2), 239-259.
- Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. Journal of personality and social psychology, 33(5), 563-573.
- Seeman, M., Seeman, T.E. (1983). Health behavior and personal autonomy: A longitudinal study of the sense of control in illness. Journal of health and social behavior, 24, 144-160.
- Sixsmith, A.J. (1986). Independence and home in later life. In F. Phillipson, J.G. Bernard, M. Strang (Eds.), Dependency and interdependency in old age: theoretical perspective and policy alternatives (pp. 338-347). Londres, Sydney, Wolfeboro, New Hampshire: The British Society of Gerontology.
- Slivinske, L.R., Fitch, V.L. (1987). The effect of control enhancing interventions on the well-being of elderly individuals living in retirement communities. Gerontologist, 27(2), 176-181.
- Speake, D.L., Cowart, M.E., Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in nursing and health, 12, 93-100.
- Spector, W.D., Katz, S., Murphy, J.B., Fulton, J.P. (1987). The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. Journal chronic diseases, 40, 481-489.
- Statistique Canada (1992). Enquête sur le vieillissement et l'autonomie. Septembre 1991.

- Teitelman, J.L., Priddy, J.M. (1988). From psychological theory to practice: Improving frail elders' quality of life through control-enhancing interventions. Journal of applied gerontology, 7(3), 298-315.
- Timko, C., Moos, R.H. (1990). Determinants of interpersonal support and self-direction in group residential facilities. Journal of gerontology: social sciences, 45(5), S184-192.
- Vallerand, R.J. (1990). Motivation chez les personnes âgées: conséquences pour la santé physique et mentale. Laboratoire de Psychologie Sociale, Université du Québec à Montréal.
- Vallerand, R.J., O'Connor, B.P. (1989). Motivation in the elderly: A theoretical framework and some promising findings. Psychologie canadienne, 30(3), 538-550.
- Van den Heuvel, W. (1976). The meaning of dependency. In J. Munnichs, W. Van Den Heuvel (Eds.), Dependency or interdependency in old age (pp. 162-173). The Hague: Martinus Nijhoff.
- Veilleux, R., Fournier, D., Gervais, G., Matteau, H., Brodeur, H. (1990). Étude d'une structure organisationnelle et d'un modèle d'évaluation-diagnostic systémique interdisciplinaire adapté à la clientèle psychogériatrique de l'hôpital de jour de l'Hôpital Général de Québec. Étude présentée au conseil de la santé et des services sociaux de la région de Québec.
- Veysset, B., Deremble, J.-P. (1989). Dépendance et vieillissement. Paris: L'Harmattan.
- Viens, C., Lebeau, A., Gendreau, C. (1989). Vieillesse et santé mentale: revue de littérature en psychogériatrie. St-Jean-sur-le-Richelieu: Département de santé communautaire de l'Hôpital du Haut-Richelieu.
- Viney, L.L., Benjamin, Y.N., Preston, C.A. (1988). Promoting independence in the elderly: the role of psychological, social and physical constraints. Clinical gerontologist, 8(2), 3-17.
- Walh, H.-W. (1991). Dependence in the elderly from an interactional point of view: Verbal and observational data. Psychological and aging, 6, 238-246.
- Ward, H.W., Ramsdell, J.W., Jackson, J.E., Renvall, M., Swart, J., Rockwell, E. (1990). Cognitive function testing in comprehensive geriatric assessment: A comparison of cognitive test performance in residential and clinical settings. Journal of the american geriatrics society, 38(10), 1088-1092.

- Weiner, J.M., Hanley, R.J., Clark, R., Van Nostrand, J.F. (1990). Measuring the activities of daily living: Comparisons across national surveys. Journal of gerontology: social sciences, 45(6), S229-237.
- White, C.B., Janson, P. (1986). Helplessness in institutional settings: Adaptation or iatrogenic disease. In M.M. Baltes et P.B. Baltes (Eds.) The psychology of control and aging (pp. 297-313). Hillsdale: Lawrence Erlbaum associates publishers.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. Psychological review, 66, 297-333.
- Williamson, G.M., Schulz, R. (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults. Journal of gerontology: psychological sciences, 47(6), 367-372.