Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

RELATIONS ENTRE LA PERSONNE AGEE ET SA FAMILLE LORS DE L'ADMISSION EN CENTRE D'ACCUEIL: EVALUATION D'UN PROGRAMME DE SOUTIEN

Mireille Ducros
Centre d'accueil Chevalier DeLorimier
Montréal

Louise Lévesque
Université de Montréal

RESUME

Un programme de soutien fut offert à des âgés et à leur famille durant la phase d'admission en centre d'accueil. Axé sur l'intervention en situation de crise et sur certaines dimensions du fonctionnement et de la structure de la famille, ce programme avait notamment comme objectif le resserrement des relations âgé-famille et comprenait deux rencontres avant l'admission, une, le jour de l'admission et deux, après l'admission. La première et la troisième rencontres se déroulaient en présence de la personne âgée et de sa famille, la deuxième et la quatrième étaient dévolues à la famille alors que la cinquième s'adressait aux personnes âgées réunies en groupe. Dix-neuf personnes âgées et un membre de dix-neuf familles ont constitué les groupes expérimental et témoin. Sur le plan des effets escomptés, soit le resserrement des relations âgé-famille, la diminution de l'anxiété situationnelle et un niveau plus élevé d'intégration en centre d'accueil, aucune différence significative de moyennes n'a pu être identifiée. Toutefois, les âgés expérimentaux ont un degré d'anxiété situationnelle moins élevé à la fin du programme. Les observations cliniques corroborent le préalable que la phase d'admission constitue une situation de crise. Des facteurs influençant le processus d'adaptation au centre furent identifiés, entre autres, la confrontation avec des pairs confus et très handicapés. Nous recommandons d'ajouter deux autres rencontres âgés-famille afin de développer leurs modes de communication et de permettre à l'intervenant de servir de personne-modèle.

La période entourant l'admission en centre d'accueil génère souvent une tension importante chez les vieillards et leur famille et risque de perturber de façon significative la relation familiale (Brody, 1977, York & Calsyn, 1977). Les personnes âgées se sachant en perte d'autonomie et craignant d'être une charge pour leur famille en viennent à décider "d'être placées". De leur côté, les familles mettent tout en oeuvre pour aider "leurs vieux" et peuvent se culpabiliser de leur désir de les faire héberger. Suite à des observations auprès de personnes âgées en attente immédiate de placement ou récemment admises, il nous est apparu que les éléments de la problématique de cette période de vie peuvent être générateurs d'une situation de crise et perturber les relations entre les familles et les personnes âgées de façon importante. Cette étude consistait à élaborer et à évaluer un programme de soutien offert aux âgés et à leur famille et qui pouvait affecter l'issue de la situation de crise que constitue la période d'admission au centre d'accueil.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

Eléments de la crise

Selon une étude ontarienne, les principales raisons qui incitent la personne âgée ou la famille à avoir recours à l'hébergement sont la surcharge pour les membres de la famille, l'apparition d'un nouveau problème de santé, l'exacerbation d'un problème de santé et une perte d'autonomie importante due à l'âge avancé (Kraus, Spasoff, Beattie, Holden, Lawson, Rodenburg & Woodcock, 1976b). Pour ce qui est de nos observations, elles permirent d'identifier une immense tristesse chez les âgés, tristesse intimement reliée à un sentiment d'impuissance devant l'issue de leur admission au centre.

Souvent, cette décision n'est pas vraiment la leur; elle leur a été dictée par le médecin qui les confronte à leur état de dépendance ou par l'agent du service de maintien à domicile voyant qu'il ne possède pas les ressources suffisantes pour offrir tout le support nécessaire ou encore par leurs proches qui se sentent surchargés. York et Calsyn (1977) rapportent des résultats similaires. Il arrive même occasionnellement que la personne âgée soit complètement écartée du processus décisionnel; Kraus et al. (1976b) rapportent que quarante-six pour cent des sujets âgés de son échantillon ne participent pas ou très peu à la décision de leur placement. Dans une telle situation, la personne âgée peut se sentir rejetée par les siens. Selon ses traits de personnalité, elle est susceptible de développer soit de l'agressivité face à sa famille et au personnel du centre d'accueil, soit un comportement de retrait pouvant conduire à la dépression. Dans le cas où la personne âgée reconnaît, d'une façon pratique, la nécessité du placement et que les relations familiales sont chaleureuses, il n'en demeure pas moins qu'elle se sent psychologiquement abandonnée. De plus, elle éprouve de l'anxiété devant l'inconnu lié à la perspective de l'hébergement: crainte d'être oublié de ses proches, de ne pouvoir s'habituer à ce genre de vie, de ne pas s'entendre avec les résidents et de déplaire au personnel. Quelle que soit la situation, il en résulte que les membres des familles peuvent éprouver des sentiments de culpabilité, de détresse et d'ambivalence face à l'hébergement de leur parent âgé.

En effet, lors des visites au domicile de personnes âgées, nous avons noté que, dans plusieurs cas, on assiste à un phénomène de surprotection et d'infantilisation dans les semaines et les jours qui précèdent l'admission. Un sentiment de culpabilité semble amener la famille à "gâter" sa personne âgée une dernière fois, et à éviter de parler de l'hébergement. Cette attitude contribue à augmenter la dépendance de la personne âgée et l'empêche de faire une démarche intérieure qui favoriserait une meilleure intégration au centre. Une personne âgée qui conserve une perception réaliste de la situation semble affronter l'admission avec plus de facilité (Rodstein, Savitsky & Starkman, 1976).

En outre, au moment où les membres de la famille se trouvent confrontés avec la décision de faire héberger leur personne âgée, ils ressentent une séparation ultime et anticipent leur propre vieillissement. C'est alors que les personnes concernées se communiquent, de façon souvent diffuse, tous ces sentiments et la détresse des uns augmente celle des autres. Selon Kennedy et Acland (1976), les perceptions des personnes âgées et de leur famille face à l'admission dans un centre gériatrique demeurent encore très négatives. Etre admis dans un tel centre, c'est entreprendre une trajectoire de mort; la personne âgée ne croit pas à sa survie et les siens y croient encore moins.

Cette culpabilité et cette détresse sont souvent accompagnées, d'une part, d'un désir conscient ou inconscient d'être soulagé du fardeau qu'occasionne le soin prolongé de la personne âgée et, d'autre part, d'une pression sociale en ce qui a trait aux soins à donner "à ses vieux". Dans notre culture, il est considéré comme "normal" de garder ses parents âgés chez soi et de s'en occuper. De plus, le préjugé voulant que les

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

familles viennent laisser échoir leurs vieillards dans les institutions demeure encore répandu bien que, selon des études, la famille a recours au placement lorsqu'elle n'en peut plus et qu'elle a épuisé les ressources à sa disposition; en outre, il semble que les familles soient peu informées des ressources du réseau socio-sanitaire (Kraus & al. 1976a, Smith & Bengtson, 1979, Smallengan, 1981, Spark & Brody, 1970, York & Calsyn, 1977).

Une fois admise, la personne âgée est profondément dérangée dans ses habitudes de vie. Elle attache beaucoup d'importance aux détails et attend avec impatience les activités qui rompent la monotonie: les repas, la prise de médicaments, la toilette. Si la personne âgée s'attache à tant de détails, c'est qu'elle a perdu plusieurs de ses rôles. Elle se considère exclue du monde extérieur et n'est pas encore intégrée au centre. Elle souhaite ardemment des contacts avec les siens et espère leur visite. Cependant, elle attend qu'ils fassent le premier pas. Elle les sait occupés et craint de les déranger. De leur côté, les membres de la famille hésitent à discuter de leurs préoccupations avec leur aîné, ils évitent de lui parler de la communauté ou de la maison, pensant qu'ils peuvent ainsi favoriser le sentiment d'isolement. Ils ne savent comment réagir aux manifestations de tristesse, d'agressivité ou de confusion de leur personne âgée. Dans ce dernier cas, les visites deviennent souvent une source de peur, d'anxiété et de colère. Il arrive même que la famille croit sa présence inutile surtout si la personne âgée ne les reconnaît jamais (Fox & Lithwick, 1978).

York et Calsyn (1977) ont trouvé que la famille continue à visiter les personnes âgées après leur admission au centre; cependant, plusieurs n'apprécient pas ces rencontres et éprouvent de la frustration et un sentiment de culpabilité suite à ces visites. Les principaux facteurs reliés à cet état de fait sont le manque de connaissances de la situation que vit leur personne âgée et le peu d'habileté à visiter des personnes handicapées physiquement et mentalement. Notamment, ces auteurs ont identifié une relation négative et significative entre le degré de détérioration mentale du vieillard hébergé et l'agrément ressenti par les familles durant les visites.

Toutes ces considérations nous ont amenées à poser comme préalable que la personne âgée et sa famille traversent, durant la période d'admission en hébergement, une situation de crise telle que définie par Aguilera et Messick (1976). Croyant, comme ces auteurs, que l'issue d'une telle situation est fonction du genre d'interaction qui survient, durant cette période, entre l'individu et les personnes-clés dans son milieu émotif, le programme de soutien fut élaboré en se référant au modèle d'intervention en situation de crise et en tenant compte de certaines dimensions de la structure et du fonctionnement de la famille.

Le besoin de support spécifique

Fonctionnement et structure de la famille.

Robischon et Smith (1974) décrivent la famille ainsi: il s'agit d'un système ouvert sur un environnement précis avec lequel il interagit, duquel il s'alimente et auquel il contribue. L'analyse de la famille en tant que système repose, comme tout système, sur cinq principales considérations: sa performance, son environnement, ses ressources, ses sous-systèmes et son organisation. Ces auteurs suggèrent une approche éclectique qui recherchera entre autres les forces de la famille plutôt que de s'attarder à ses difficultés. Ces forces sont définies comme étant des facteurs qui contribuent à l'unité familiale et à sa solidarité et qui favorisent le développement optimal des capacités. Les critères à utiliser pour inventorier ces forces sont classifiés dans des catégories interreliées. Parmi celles-ci, on retrouve notamment: les besoins physiques, affectifs et spirituels de la famille, la communication, le support donné aux membres de la famille, le respect mutuel des personnalités de chacun ainsi que la capacité de puiser de l'aide chez ses membres ou d'ac-

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

cepter de se faire aider. A cette liste, s'ajoutent l'importance de la souplesse dans les rôles familiaux, l'acceptation de relations enrichissantes à l'intérieur comme à l'extérieur de la famille, la coopération entre les membres et la capacité de surmonter une crise et de la développer en un élément de croissance.

Selon Chagoya (1971), la dynamique familiale est une composante importante pour chacun de ses membres. C'est à travers elle que chacun peut se développer et être assuré de ne pas être isolé. Chacun des êtres qui compose une famille compte sur l'appui de l'ensemble du groupe. Cette dynamique familiale est un mélange de sentiments, de comportements et d'attentes des uns vis-à-vis des autres. Lorsqu'une situation de crise survient dans une famille fonctionnelle, le problème est envisagé en groupe et chaque membre doit accepter de changer de rôle si nécessaire ou de cumuler des rôles pour faire face à une situation donnée. Chacun connaît les forces et les faiblesses d'autrui et ne cherche pas à les exploiter. Un des indices importants de l'équilibre de la famille est la capacité pour chacun de ses membres de manifester ce qu'il ressent.

Il semble donc nécessaire de fournir aux membres d'une famille en état de crise, l'occasion de verbaliser ce qu'ils vivent, de pleurer, de se donner du réconfort ou d'exprimer leur agressivité les uns par rapport aux autres. Plus les moments sont difficiles, plus il devient impérieux que les messages soient clairs et directs. On sait, par contre, que c'est à l'occasion de telles situations que les individus expérimentent le plus d'échecs et qu'ils demandent ou nécessitent une aide systématique.

Intervention en situation de crise.

Citant Caplan, Aguilera et Messick (1976) soulignent que la crise, de façon caractéristique, est circonscrite et dure de quatre à six semaines et que partant de là, l'intervention doit durer de quatre à six semaines. Cette période peut occasionner une vulnérabilité psychique accrue ou un enrichissement de la personnalité. L'objectif minimal est le retour au niveau de fonctionnement émotif existant avant la crise; une amélioration de ce niveau constitue un objectif maximal. Parmi les deux approches majeures de l'intervention en situation de crise, soit l'approche individuelle et l'approche générique (Jacobson, 1965), nous avons privilégié la dernière puisqu'elle s'articulait à la problématique de l'étude. Selon l'approche générique, certains modes de comportements reconnus existent dans la plupart des crises; l'accent est placé sur la connaissance du particularisme évolutif de la crise et non sur celle de la psychodynamique de chaque individu en crise.

Aguilera et Messick (1976) ont tracé une technique de l'intervention en situation de crise en fonction de quatre étapes. La première consiste à cerner le problème, à différencier les événements qui ont provoqué la crise, de la crise elle-même. La deuxième est constituée de la planification de l'intervention qui doit viser à solutionner la crise à brève échéance, à restaurer l'équilibre antérieur à la crise et non pas à provoquer des changements majeurs dans la structure de la personnalité. Il importe, ici, de connaître de quelle manière la crise a perturbé l'individu et les effets de cette perturbation sur les autres de son milieu. Il faut rechercher les points forts des personnes en cause et quelles capacités d'adaptation ont été efficaces dans le passé et ne sont pas utilisées dans la situation présente. L'on doit trouver les personnes-clés qui peuvent fournir un soutien et de nouveaux moyens d'adaptation appropriés à la situation. L'intervention constitue la troisième étape qui comprend quatre phases: "aider l'individu à acquérir une compréhension intellectuelle de la crise; l'aider à extérioriser des sentiments auxquels il ne peut avoir accès; explorer des mécanismes d'adaptation; et réouvrir au monde social" (Aguilera & Messick, 1976, p. 22). La quatrième étape porte sur la solution de la crise par la planification anticipée. L'aidant essaie de revigorer les mécanismes d'adaptation efficaces dans le passé, il s'ap-

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

plique à mettre en lumière les changements positifs qui s'opèrent et aide à formuler des plans d'avenir réalistes et appropriés aux besoins et circonstances. Ce genre d'intervention est recommandé "pour aider un individu ou une famille qui ne peut plus, de façon circonstancielle, faire face à une situation de vie" (Aguilera et Messick, 1976, p. 24).

Les programmes de soutien.

Brody (1977) soutient qu'il est très important d'offrir un support à la personne âgée et à sa famille durant le processus critique de l'hébergement, soit pendant la période d'attente de placement, lors de l'admission et immédiatement après. Selon cet auteur, il arrive fréquemment qu'un seul enfant porte tout le fardeau de la tâche et que les autres ne s'impliquent pas. S'il y a eu un passé de relations interpersonnelles difficiles, l'on assistera à des échanges émotivement très chargés entre les membres de la famille. Si, au contraire, un ou des enfants ne veulent ou ne peuvent suffisamment couper certains liens trop fortement marqués, on assistera à une forme de surprotection qui risque de compromettre l'intégration de la personne âgée en centre d'accueil.

Dye et Erber (1981) ont évalué les effets de deux types de programmes offerts aux personnes âgées admises en centre d'accueil. Un premier programme s'adressait seulement aux nouveaux arrivés réunis en groupe tandis que l'autre était offert aux âgés regroupés avec les membres de la famille les plus impliqués dans le processus décisionnel de l'hébergement. Le plan et le contenu des deux programmes se ressemblaient bien que, dans le deuxième, l'accent était placé sur l'expression de sentiments et d'inquiétudes entre les âgés et leur famille face à l'hébergement. Par moments, les résidents étaient regroupés en vue de leur offrir un groupe de support. A d'autres occasions, on réunissait les familles afin de les épauler dans leur désir d'aider les personnes âgées de façon plus individuelle par la suite. Les âgés qui ont bénéficié du premier programme ont rapporté significativement moins d'anxiété de personnalité et un sentiment de contrôle interne plus élevé que les âgés d'un groupe témoin qui n'avaient reçu aucun programme. Par ailleurs, aucune différence significative entre les trois groupes ne fut notée concernant le degré d'anxiété situationnelle.

Pour sa part, Dauphin (1980) a évalué les effets d'un programme d'enseignement offert aux conjoints de malades âgés hospitalisés depuis longtemps. Par rapport aux conjoints d'un groupe témoin, ceux qui ont bénéficié du programme rapportèrent vivre un engagement davantage centré sur le malade durant les visites. Suite à son étude, l'auteur recommande d'habiliter les conjoints à comprendre le processus de vieillissement, les difficultés vécues par la personne âgée en institution, la façon d'établir une relation interpersonnelle aidante et de rendre les visites plus satisfaisantes pour les deux parties.

Le programme élaboré et les effets escomptés

Le programme de soutien élaboré dans cette étude comprend cinq rencontres d'environ une heure et demie visant à habiliter les personnes âgées et leur famille à mieux faire face à la situation qu'elles traversent et à les accompagner dans leur démarche personnelle pour s'adapter aux circonstances nouvelles. Les objectifs spécifiques sont rattachés aux quatre étapes de l'intervention en situation de crise telles que décrites précédemment (Aguilera et Messick, 1976). Deux rencontres ont lieu avant l'admission, une, le jour de l'admission et deux, après l'admission. La première et la troisième se déroulent en présence de la personne âgée et de sa famille, la deuxième et la quatrième sont dévolues à la famille alors que la cinquième s'adresse à l'ensemble des personnes âgées réunies en groupe. Le terme famille utilisé ici désignait soit un conjoint, un enfant, un membre de la famille élargie ou toute autre personne ayant un lien affectif avec la personne âgée tel qu'elle pouvait

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

exercer une influence sur cette dernière. Cette personne devait être reconnue comme significative par la personne âgée et être impliquée dans le processus décisionnel du placement. Les effets escomptés étaient le resserrement des relations entre la personne âgée et sa famille, la diminution de l'anxiété situationnelle de l'âgé à la fin du programme et un niveau d'intégration plus élevé en centre d'accueil. Voici une description détaillée du programme.

Rencontre 1

Cette rencontre est destinée à chaque personne âgée du groupe d'intervention avec sa famille, deux semaines avant l'admission.

1° objectif de cette rencontre: permettre à la personne âgée et à sa famille d'acquérir une compréhension intellectuelle de la situation qu'elles traversent.

Interventions

— Amener les participants à réviser le processus décisionnel antérieur à la demande d'admission en les aidant à revoir ensemble et le plus objectivement possible les critères qui les ont menés à la demande d'hébergement:

- par rapport à la personne âgée: état de santé; capacité fonctionnelle; niveau d'aide nécessaire; relations avec l'ensemble de la famille.
- par rapport à la famille: situation familiale; situation financière; type de logement; niveau d'aide à offrir.

— Aider les personnes âgées et leur famille à vérifier si l'hypothèse de l'hébergement est la meilleure en faisant l'inventaire des services d'aide disponibles: leur utilisation; leurs limites.

— Aider les personnes âgées et leur famille à vérifier si le centre d'accueil qu'elles ont choisi répond adéquatement à leurs besoins: situation géographique — (correspond-il à un environnement familier? — est-il suffisamment près du lieu de résidence de la famille pour permettre des visites régulières); type de gestion et de services; aménagement des locaux.

— Inciter les personnes âgées et leur famille à visiter ensemble le centre d'accueil avant l'admission pour se familiariser avec celui-ci et avec le mode de vie qu'il entraînera.

— Amener la personne âgée à participer le plus possible au processus décisionnel en l'intégrant à la discussion. Pour ce faire, lui laisser le temps nécessaire pour qu'elle puisse s'exprimer selon son rythme; la resituer au besoin dans la réalité de la situation; insister auprès de la famille pour qu'elle l'intègre à la discussion.

2° objectif: permettre à la personne âgée et à sa famille d'extérioriser les sentiments difficilement accessibles dans l'immédiat.

Interventions

— Amener les participants à exprimer individuellement et les uns par rapport aux autres ce qu'ils ressentent face à la situation qu'ils traversent en les aidant à s'ouvrir à l'expérience qu'ils vivent et en leur en facilitant l'expression. Il s'agit, entre autres, d'explorer les sentiments suivants:

- par rapport à la personne âgée: sentiment d'abandon; sentiment d'impuissance; amertume face au vieillissement; peur du changement et de l'inconnu; insatisfaction devant les transformations des habitudes de vie; crainte de ne pouvoir s'intégrer aux résidents; crainte d'être rejetée par le milieu et tout autre sentiment détecté par l'intervenante lors de la rencontre.
- par rapport à la famille: sentiment de culpabilité de ne pas garder la personne âgée avec elle; défaitisme par rapport au vieillissement: celui de la personne âgée — le sien; crainte de la réaction de la personne âgée lors de l'admission; crainte que les services offerts par le centre d'accueil ne soient pas adéquats; autres.

Rencontre II

Cette rencontre individuelle est destinée à toutes les familles du groupe d'intervention, une semaine avant l'admission.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

1° objectif de cette rencontre: permettre aux familles d'exprimer les sentiments plus difficilement accessibles dans l'immédiat.

Intervention

— Amener les familles à exprimer les sentiments qui les animent pendant cette période: ambivalence face à l'hébergement de leur personne âgée; désir d'être soulagé du fardeau qu'occasionnent les soins à leur personne âgée; peur des ressentiments de la personne âgée à leur égard; peur de leur propre vieillissement; impression de séparation ultime d'avec leur personne âgée; crainte des réactions de la personne âgée après l'admission; autres.

2° objectif: développer des mécanismes d'adaptation chez les familles.

Interventions

— Amener les familles à objectiver la situation qu'elles traversent en leur donnant des informations sur les phénomènes vécus par la plupart des personnes âgées durant la phase d'admission: le processus de vieillissement; la désorientation; la perte de rôle social; les manifestations d'insécurité, de tristesse et d'agressivité susceptibles de se manifester à l'admission.

— Amener les familles à trouver des moyens pour soutenir leur personne âgée durant la phase d'admission en les aidant à se rappeler des moyens efficaces utilisés antérieurement avec leur personne âgée pour traverser une situation difficile; et en donnant des indications sur le type d'interventions susceptibles de favoriser l'autonomie de la personne âgée et son adaptation en centre d'accueil (exemple: discussion ouverte avec la personne âgée; respect du rythme d'action et d'élocution; valorisation de la personne âgée; resituation dans la réalité).

— Amener les familles à développer des habiletés et des attitudes susceptibles d'augmenter le degré de satisfaction lors des visites à leur personne âgée par une information et une réflexion sur des moyens concrets à utiliser lors des visites. Un guide de visites est étudié puis remis à la famille.

— Amener les familles à se sentir plus prêtes à accompagner leur personne âgée, le jour de l'admission, en leur expliquant le déroulement de cette journée; en leur annonçant la présence de l'intervenant lors de l'admission et le type d'aide qui sera apporté à la personne âgée.

— Amener les familles à trouver calme et réconfort par des activités de loisirs et de détente.

Rencontre III

Cette rencontre s'adresse à chaque personne âgée et à sa famille. Elle a lieu le jour de l'admission de la personne âgée en centre d'accueil.

1° objectif de cette rencontre: offrir un support émotif à la personne âgée et à la famille lors de l'admission.

Interventions

— Accompagner la personne âgée et la famille pendant la journée de l'admission par la présence à l'arrivée au centre; la présentation du personnel à la personne âgée et à sa famille; la prise de possession des lieux; la présentation des voisins de chambre.

— Agir comme modèle auprès de la famille quant aux attitudes à prendre en laissant la personne âgée exprimer ses sentiments: tristesse, agressivité et autres...; en étant calme et en semblant à l'aise dans le milieu; en répétant si nécessaire où sont les objets et qui sont les personnes; en laissant la personne âgée décider elle-même de l'organisation de sa chambre. L'intervenante a respecté le besoin d'intimité de la personne âgée et de sa famille en se retirant au besoin. Cependant, elle a indiqué de façon explicite sa disponibilité.

Rencontre IV

Cette rencontre de groupe est destinée à toutes les personnes âgées du groupe d'intervention et se tient une semaine après l'admission.

1° objectif de cette rencontre: permettre aux personnes âgées de s'ouvrir à leur nouveau monde social.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

Interventions

— Amener les personnes âgées à se connaître et à se rendre compte de ce qui les unit en demandant à chaque personne âgée de se présenter (nom, numéro de chambre, activités antérieures, raisons de l'admission, intérêts particuliers, vécu par rapport à l'admission); en demandant aux personnes âgées de répéter les noms et numéros de chambre de leurs pairs; en faisant ressortir les similitudes situationnelles.

— Amener les personnes âgées à communiquer entre elles, en les invitant à se visiter, s'aider et à faire des activités ensemble.

— Inviter les personnes âgées à réfléchir et à verbaliser sur les moyens qui leur ont permis dans le passé de surmonter les difficultés ou les émotions pénibles (exemples: activités de détente, travail manuel, discussion avec autrui, solidarité avec la famille, prière, etc...).

— Amener les personnes âgées à utiliser les mécanismes trouvés, en les stimulant à le faire et en les invitant à s'entraider dans ce sens.

— Renforcer l'estime de soi des personnes âgées en les amenant à prendre conscience du potentiel qui leur reste, en leur faisant énumérer les activités qu'elles peuvent faire seules; les services qu'elles peuvent rendre aux autres (voisins de chambre, personne âgée, famille, personnel); les ressources personnelles les qui leur restent (réflexion, créativité, expérience).

— Amener les personnes âgées à se prendre en charge en utilisant leur plein potentiel.

Rencontre V

Cette rencontre individuelle est destinée à chaque famille, une semaine après l'admission.

1° objectif de cette rencontre: offrir un support aux familles quant à leur démarche pour accompagner leur personne âgée.

Interventions

— Amener les familles à tracer le bilan de leurs expériences positives et négatives par rapport à leur personne âgée depuis l'admission.

— Valoriser leurs réussites.

— Expliquer les raisons possibles de leurs échecs et les en déculpabiliser.

— Réviser les moyens susceptibles de les aider.

— Inviter les familles à solliciter l'aide du personnel au besoin.

Evaluation

Echantillon

Dix-neuf personnes âgées ainsi qu'un membre de leur famille ont été répartis aléatoirement dans un groupe expérimental et témoin. Un nombre égal de sujets dans les deux groupes venait de deux centres d'accueil de la région montréalaise. Les personnes âgées incluses dans l'étude devaient répondre aux critères suivants: vivre à domicile ou être hospitalisées depuis moins de quatre mois dans un autre établissement de santé, être classées parmi les A_3*, avoir 60 ans ou plus, ne pas souffrir d'aphasie importante et de confusion.

Les critères de sélection pour le membre de la famille étaient: de ne pas souffrir d'handicaps majeurs ne permettant pas de déplacement, ne pas être un travailleur de la santé ou un travailleur social ou un bénévole oeuvrant auprès des âgés et être identifié par la personne âgée comme étant la personne significative réelle dans la prise de décision de l'hébergement.

Un homme et neuf femmes ont fait partie du groupe expérimental; trois hommes et six femmes constituaient le groupe témoin. La moyenne d'âge était de 82,3 ans pour les sujets du groupe expérimental et de 79,3 ans pour l'autre groupe. Dans le groupe expérimental, un ami fut reconnu comme étant la personne significative tandis que dans le groupe témoin, cette situation s'est répétée deux fois.

* Classification du MAS désignant les personnes âgées dont l'autonomie est partiellement ou totalement réduite par rapport aux activités de la vie quotidienne.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

Mesure des effets

Relations entre la personne âgée et sa famille. Cette variable fut mesurée à l'aide de deux questionnaires développés par Dauphin (1980). Le premier, répondu par la personne âgée, comprend dix-huit énoncés répartis selon trois dimensions: l'identification et l'expression de ses sentiments lors de rencontres avec sa famille, la communication avec sa famille en ce qui concerne sa vie actuelle et sa perception de l'utilité de son rôle auprès de sa famille. Le deuxième questionnaire s'adresse à la famille. Composé de dix-neuf énoncés, il recouvre trois dimensions: l'identification et l'expression des sentiments vécus par la famille à l'égard de sa personne âgée, la communication avec sa personne âgée sur sa vie actuelle et la capacité de stimuler sa personne âgée par rapport aux activités quotidiennes. Dans les deux questionnaires, le répondant peut traduire sa perception en fonction de quatre choix cotés de un à quatre. Pour s'assurer de leur validité nominale, l'auteur a soumis les questionnaires à la consultation de huit juges. Les scores varient entre 17 et 68 pour chacun des questionnaires.

L'anxiété situationnelle. Selon Spielberger (1970), c'est une émotion passagère reflétant les appréhensions éprouvées en présence d'une situation spécifique. Cette variable fut mesurée à l'aide de l'adaptation française validée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger (1970) qui comprend vingt items ayant une possibilité de quatre réponses. Les scores obtenus peuvent varier de 20 à 80. La version originale de ce test a une validité reconnue (Spielberger, 1970). Bergeron (1981) a validé la version française de ce questionnaire et obtenu des résultats comparables à ceux de Spielberger (1970) lorsqu'il a validé son instrument.

Intégration de la personnee âgée en centre d'accueil. Cette variable est mesurée par l'échelle de fonctionnement personnel et social de la personne âgée en établissement de santé développée par Lévesque, Lévesque-Barbès, Lepage et Reidy (1981). La dimension fonctionnement individuel désigne des comportements démontrant que la personne âgée accomplit des activités solitaires autres que celles reliées aux soins usuels de maintien dans le but d'occuper le temps de la journée. Par ailleurs, la dimension fonctionnement social désigne des comportements indiquant que la personne âgée prend part à des activités impliquant des contacts avec une ou d'autres personnes et qui lui permettent de maintenir des relations interpersonnelles. Quelques modifications ont été apportées à l'échelle originale en ajoutant deux items. Les cotes attribuées à chaque réponse varient de 1 à 4, la cote 4 étant la plus élevée. Pour évaluer la validité de l'instrument, les scores obtenus à chaque dimension ont été comparés à deux questions critères; les coefficients de corrélation de Spearman ont indiqué une corrélation positive et significative entre l'échelle et les questions critères ($p < 0,17$). Pour ce qui est de la fidélité inter-observateurs, les coefficients tau_b de Kendall sont significatifs. Les coefficients alpha de Cronbach varient entre 0,89 et 0,97. De plus, les coefficients de corrélation de Spearman entre le degré de mobilité et les scores de l'échelle sont non-significatifs, indiquant ainsi que cette variable n'exerce pas d'influence sur l'échelle. Les scores varient entre 16 et 64.

Observations du processus

Tout au long de l'application du programme, l'auteur principale colligeait ses observations dans un journal de bord. Ainsi, elle notait les principaux éléments de chaque rencontre: les comportements verbaux et non-verbaux des participants et la dynamique interactionnelle qui s'établissait entre eux. L'analyse de ces données en relation avec les objectifs poursuivis et le cadre théorique était alors effectuée. Les résultats de ces analyses ont, par la suite, servi à l'interprétation des résultats et apparaîtront dans cette partie de l'article.

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

Déroulement de l'expérience

Le programme fut offert par l'auteur principale de l'étude. Une psychologue fut chargée de l'administration des tests aux deux groupes de sujets. Les questionnaires concernant les relations entre les personnes âgées et leurs familles furent complétés deux semaines après l'admission alors que le programme était terminé. Le test d'anxiété situationnelle fut administré trois fois aux personnes âgées: quinze jours avant l'admission (et il va de soi, avant toute intervention de l'auteur auprès du groupe expérimental), le lendemain de l'admission et deux semaines après, une fois le programme terminé. Les infirmières chefs d'unités complétèrent le questionnaire de fonctionnement personnel et social, six semaines après l'admission.

Résultats

La relation entre les personnes âgées et leur famille. Les valeurs de "t" ne révèlent aucune différence significative de moyennes entre les groupes ni pour les personnes âgées ni pour les familles. La moyenne des personnes âgées du groupe témoin est légèrement supérieure de 1,53 à celle du groupe expérimental. La situation inverse s'observe pour le groupe de familles où ce sont celles du groupe expérimental qui obtiennent une moyenne plus élevée de 4,4 (tableau 1).

L'anxiété situationnelle. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de sujets aux trois temps de passation du test d'anxiété situationnelle. Cependant, les sujets qui ont reçu le programme obtiennent une moyenne plus faible que celle du groupe

Tableau 1

Egalites des moyennes entre les groupes experimental et temoin pour les variables dependantes

	Groupe expérimental N = 10		Groupe témoin N = 9			
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	t[a)]	p
Relations âgés-familles						
Personne âgée	33,80	4,56	35,33	8,31	-0,49	0,63
Familles	47,80	7,46	43,40	5,76	1,43	0,17
Anxiété situationnelle avant l'admission	38,30	13,29	35,00	12,94	0,547	0,59
Le lendemain de l'admission	40,30	17,45	40,66	17,62	-0,045	0,96
A la fin du programme	32,80	9,75	41,88	18,06	-1,340	0,20
Intégration						
Activités individuelles	3,0	0,07	2,8	0,54	0,44	0,40
Activités sociales	2,9	0,01	2,6	0,31	1,16	0,75
Total de l'échelle	5,9	0,08	5,5	1,48	0,81	0,55

a) Test t de Student

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

témoin, quinze jours suivant l'admission; cette différence se chiffre à 9,08.

De plus, il n'existe pas de différence significative entre les trois temps pour chaque groupe respectif. L'examen des différences de moyennes entre les temps révèle que les deux groupes se comportent différemment. Entre la pré-admission et l'admission, les sujets du groupe expérimental accusent une hausse de moyenne de l'anxiété situationnelle de 2 alors que cette hausse pour ceux du groupe témoin est de 5,66. Entre l'admission et deux semaines après, les sujets du groupe expérimental ressentent moins d'anxiété; ils accusent une baisse de moyenne de 7,50. Par ailleurs, l'anxiété des sujets du groupe témoin continue à progresser légèrement; elle augmente de 1,22 (tableau 1).

L'intégration sociale des personnes âgées. Les groupes obtiennent des moyennes presque similaires (tableau 1). Les résultats furent aussi analysés en tenant compte du centre d'accueil auquel le groupe appartenait. Ces analyses indiquèrent que l'appartenance à un centre ou à l'autre n'affectait pas les résultats.

Les observations du processus. Selon les observations colligées, le préalable posé au point de départ de l'étude à l'effet que la période d'admission était une situation de crise et pour la personne âgée et pour sa famille s'est avéré réel. Ainsi, on a pu observer que les sujets étaient centrés sur l'événement que constitue l'admission avec une intensité telle qu'il devenait difficile de leur faire faire des apprentissages au niveau de l'introspection et de la communication.

Les personnes âgées vivent l'admission comme une injustice; elles se sentent profondément seules même si le milieu tente d'être chaleureux. L'hébergement est synonyme du sens de l'inutilité, de pertes de rôles sociaux et d'une séparation ultime d'avec les siens. Durant les jours qui suivent l'admission, il n'est pas rare d'entendre les vieillards se dire abandonnés, emprisonnés, inutilles, voire même souhaiter la mort.

Discussion

Les relations entre les personnes âgées et leur famille. Le fait que l'on ne puisse conclure à un effet du programme sur cette variable peut s'expliquer de plusieurs façons. D'abord, l'on peut s'interroger sur le degré de précision de l'instrument qui n'a qu'une validité nominale. De plus, on peut remettre en question le fait de n'avoir fait subir le test qu'une seule fois, ce qui n'a pas permis de mesurer l'effet réel du programme sur l'évolution des capacités de communication des sujets du groupe expérimental. Il se peut que le degré de capacité de communication ait été inégal au point de départ; ainsi, l'absence de données à ce temps limite l'interprétation de l'analyse des résultats. L'on s'interroge aussi sur l'effet de la désirabilité sociale, notamment chez les familles, quant à leurs réponses fournies à ce questionnaire.

Pour les familles, toutes les relations sont centrées sur les réactions possibles de leur personne âgée lors de l'admission: changera-t-elle d'idée à la dernière minute? Sera-t-elle profondément malheureuse au centre? Quelles seront ses manifestations de tristesse et de révolte? C'est donc d'un support spécifique par rapport à ces inquiétudes dont elles ont besoin. Toutes souhaitaient ardemment la présence de l'intervenante au moment de l'admission.

Il avait été prévu des réunions de groupe avec les familles afin de poser des jalons d'un groupe de support. Or, elles ont toutes, dès la prise de contact, refusé ces rencontres; elles préféraient discuter seules avec l'intervenante, exprimer leur vécu personnel, leurs inquiétudes et recevoir une aide spécifique à leurs besoins propres. Ainsi, pour répondre aux attentes des sujets, des rencontres personnelles furent établies.

L'anxiété est telle durant la phase de pré-admission et d'admission, qu'il est apparu que les rencontres servent principalement à donner à chaque sujet l'occasion de verbaliser ses sentiments et ses inquiétudes. Ce n'est qu'après l'admission que les sujets commencent à s'ouvrir mutuellement à ce

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

qu'ils vivent et à désirer se communiquer leurs émotions. C'est à ce moment seulement que l'on peut observer le désir de cheminer dans un apprentissage de communication et dans un désir d'accompagnement dans ce sens.

Ces observations corroborent la pertinence des objectifs des trois premières rencontres du programme. De plus, comme Dauphin (1980), on a pu noter la très grande nécessité que l'intervenante agisse comme personne-modèle et facilitateur durant les visites de la famille à sa personne âgée.

A cet égard, il apparaît que le soutien destiné spécifiquement à la facilitation de la communication n'est pas suffisamment long, tenant compte des fluctuations d'attitudes et d'habiletés des sujets d'une part, et d'autre part, tenant compte que le programme était dévolu plus particulièrement au soutien de la personne âgée et à habiliter la famille à être aidante. En effet, la position occupée par la personne âgée dans le systéme familial était plus vulnérable et conséquemment, elle méritait qu'on lui consacre une plus grande attention. Il apparaît donc qu'il importe d'avoir deux types de rencontres, individuelles et conjointes, car les personnes en cause ont des préoccupations différentes mais interreliées.

Les raisons qui semblent occasionner souvent les changements d'attitudes et le manque d'habileté à communiquer sont pour la personne âgée, la réévaluation constante de la pertinence de son admission. Pour la famille, ces raisons demeurent la crainte de stimuler la prise en charge de sa personne âgée de façon telle qu'elle veuille rentrer à la maison et l'ambivalence toujours attachée à cette crainte que constitue le désir de vouloir se libérer du fardeau de s'occuper de sa personne âgée. En effet, les familles, maintes fois, ont manifesté leurs inquiétudes quant à la possibilité que leur parent âgé désire rentrer chez lui s'il redevenait trop autonome. Afin de résoudre cette difficulté et de franchir une étape dans le progrès des relations interpersonnelles entre les personnes impliquées, l'intervention qui s'est avérée la plus fructueuse, fut de convaincre la famille des bénéfices que tirerait la personne âgée de demeurer lucide et autonome le plus longtemps possible tout en la rassurant sur le fait que le nouveau résident avait effectivement besoin d'un milieu protégé, donc qu'il resterait au centre.

Somme toute, si le programme n'a pas eu tout l'effet escompté au niveau des relations entre les personnes âgées et leur famille, c'est que le soutien situationnel n'est pas assez long pour changer les modes de communication cristallisés par les habitudes antérieures et par la crise elle-même.

L'anxiété situationnelle. L'absence de différence significative peut être due à la petite taille de l'échantillon. Notons aussi que dans les deux centres où s'est déroulée l'étude, il n'y a pas eu d'intervention dévolue spécifiquement à faire baisser le taux d'anxiété situationnelle autre que le programme de soutien si bien que l'on pourrait croire que ce dernier aurait pu atteindre l'objectif minimal de l'intervention en situation de crise qui est de réduire l'anxiété qui se rattache à la crise.

Le jour de l'admission, l'intervenante a pu observer que la personne âgée était désemparée et que l'anxiété s'accroissait au moment du départ de la famille. Il lui est apparu que le lendemain de l'admission, l'anxiété atteignait un point culminant alors que l'âgé prenait conscience de façon tangible de son hébergement.

La fluctuation de l'état de santé ainsi que les difficultés dans les relations interpersonnelles avec les pairs provoquent des crises sporadiques d'anxiété dans les jours qui suivent l'admission. Il s'agit de la confrontation des nouveaux résidents avec d'autres personnes âgées physiquement ou mentalement plus handicapées qu'eux. Cette confrontation permet une projection dans le devenir des vieillards, confirme leur trajectoire de dépendance grandissante et suscite une anxiété, plus une révolte importante qui se traduisent par des comportements d'agressivité.

D'autres observations, durant les deux à

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

trois semaines après la fin du programme, laissaient entrevoir une réapparition des signes d'anxiété due à certains facteurs inhérents au centre.

Ces signes apparaissaient lorsque le centre ne fournissait pas aux personnes âgées le type de services auxquels ils s'attendaient, notamment si leurs proches avaient eu tendance à leur faire miroiter un service "type hôtellerie" dans le but de faciliter chez eux l'acceptation de se faire admettre.

En effet, les personnes âgées, à ce moment, ne comprennent pas facilement qu'on leur laisse des tâches d'entretien ménager ou qu'on exige qu'elles se déplacent à la salle à manger. Le désir des intervenants des centres d'accueil de conserver leur autonomie est traduit dans l'esprit des nouveaux résidents par le refus du personnel d'offrir un service personnalisé de qualité et ainsi suscite une remise en question de l'hébergement et une recrudescence de l'anxiété.

Toutes ces constatations nous incitent à croire que des interventions sporadiques demeurent nécessaires tant et aussi longtemps que le processus d'adaptation au centre n'est pas terminé et que l'ouverture au nouveau monde social n'est pas actualisée. Suite à l'expérimentation et à l'observation, l'on pourrait avancer que le processus d'adaptation dure en moyenne deux mois et pour certaines personnes âgées se prolonge jusqu'à trois mois.

L'intégration en centre d'accueil. Il semble que le programme ne soit pas suffisamment long pour accompagner les personnes âgées dans le processus des nombreuses pertes qu'elles doivent assimiler avant de s'adapter à cette nouvelle situation de vie. En effet, l'observation a permis de noter que les personnes âgées, suite à leur admission, vivaient de façon très intense plusieurs de ces pertes: perte d'autonomie due à un état de santé déclinant, absence de rôles sociaux; rupture d'avec leur milieu naturel de vie et enfin et surtout, crainte de l'éloignement de leur famille. Ainsi, il apparaît que l'on devrait soutenir de façon plus prolongée la personne âgée nouvellement admise en centre d'accueil. Cette aide semble nécessaire jusqu'à ce que cette dernière accepte de devoir se faire aider même dans les activités les plus intimes de sa vie quotidienne et qu'elle puisse transiger avec son nouveau rôle de personne âgée hébergée. Ce nouveau rôle implique un réaménagement du temps et des activités qui s'y inscrivent ainsi que l'obligation de trouver de nouvelles sources d'estime de soi. Les nouveaux résidents ont exprimé à maintes reprises un sentiment d'inutilité. Ce cheminement est long et pénible et il se peut que l'on ait obtenu des résultats différents si l'on avait fait subir le test d'intégration personnelle et sociale plus tard, soit après trois mois.

Les résultats de l'étude auraient pu être différents si des interventions continues, conformes aux objectifs tracés dans le programme de soutien avaient été poursuivies par les intervenants des deux centres d'accueil. A ce propos, il est apparu que pour plusieurs intervenants, il est difficile de fournir aux personnes âgées le support dont elles ont besoin dans les jours qui suivent l'admission pour deux raisons principales: d'abord, leurs difficultés à interpréter certains comportements verbaux et non-verbaux des âgés et de leur famille puis le manque d'habileté en relation d'aide.

Conclusion

En bref, un programme de soutien basé sur l'intervention en situation de crise et sur certaines dimensions du fonctionnement et de la structure de la famille fut offert à dix âgés et à leur famille durant la période entourant l'admission en centre d'accueil; neuf autres âgés ainsi que leur famille constituaient le groupe témoin. L'analyse statistique ne démontre aucune différence significative entre les groupes par rapport aux effets escomptés, soit le resserrement des relations âgés-famille, la diminution de l'anxiété situationnelle et un degré plus élevé d'intégration dans l'établissement. Les hypothèses ont été rejetées. Toutefois,

Canadian Journal of Community Mental Health Downloaded from www.cjcmh.com by 18.118.211.193 on 05/17/24

les sujets du groupe expérimental ont une moyenne plus basse d'anxiété situationnelle, deux semaines après l'admission, que les sujets du groupe témoin. Pour les sujets de ce dernier groupe, l'anxiété continue à monter, quoique légèrement, entre l'admission et la fin du programme, tandis qu'elle baisse chez les sujets expérimentaux.

De cette étude, il ressort que le préalable posé au début de la recherche, à l'effet que la phase d'admission était une situation de crise pour l'âgé et sa famille s'est avéré juste. De plus, il semble que dans les jours qui suivent l'admission, des facteurs additionnels d'anxiété viennent affecter la personne âgée de façon à prolonger la crise, notamment la confrontation de sa situation à celle de pairs plus âgés ou plus handicapés confirmant ainsi leur perception d'être inscrit sur une trajectoire de dépendance grandissante et d'isolement. Les familles sont très centrées sur l'événement de l'admission et impliquées dans la crise de façon telle que ce n'est qu'après l'admission qu'elles commencent à pouvoir faire des apprentissages dans leurs capacités de communication. Ainsi, elles ont besoin d'un support et d'un modèle pendant un temps plus long que celui prévu au programme. Au sujet de l'intégration, en plus de croire qu'elle est plus longue que les six semaines prévues au début de l'étude, il semble qu'elle serait grandement favorisée par l'intervention des membres même de l'équipe de soins afin d'avoir une action soutenue et concertée.

Somme toute, il semble que le programme puisse répondre à l'objectif minimal de l'intervention en situation de crise soit celui de réduire l'anxiété qui se rattache à la crise. Conséquemment, il apparaît pertinent de conserver les objectifs proposés en prolongeant toutefois le programme de quelques semaines après l'admission, notamment pour offrir un support aux familles dans leurs capacités de communication et aux personnes âgées dans le processus d'adaptation au centre jusqu'à ce qu'elles atteignent l'objectif terminal de l'intervention qui est de s'ouvrir à leur nouveau monde social. Le programme devrait contenir davantage de rencontres avec les familles en présence de leur personne âgée après l'admission afin de les supporter en agissant comme modèle et de les habiliter dans leur capacité de communication et de stimulation de leur personne âgée. Il devrait contenir aussi des interventions sporadiques auprès des personnes âgées afin d'abaisser leur anxiété après l'admission et de faciliter leur intégration en centre d'accueil. De plus, il serait souhaitable de mesurer les schèmes de communication avant et après le programme, si bien que l'on pourrait connaître avec plus de certitude les effets du programme.

Une connaissance plus précise de la nature et la forme que pourrait prendre la contribution des pairs des personnes âgées et une étude descriptive des facteurs affectant le processus d'adaptation en hébergement pourraient constituer de nouveaux domaines de recherche.

ABSTRACT

A support program was offered to elderly individuals and their family during the admission period in a nursing home. Based on crises intervention and theoretical notions of family functionning, the program consists of two sessions before admission, one, the day of admission and two others, following the admission. The first and third sessions were held with the aged person and the family, the second and fourth with the family alone and the fifth was a session with a group of admitted elderly individuals. Nineteen aged persons and a family member of each of the nineteen families were part of the experimental and control groups.