

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR CHARLES PINARD

STRATÉGIES ET ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE

AU SEIN DES PERSONNES ÂGÉES

VIVANT EN MILIEU INSTITUTIONNEL

FÉVRIER 1996

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.

Stratégies et adaptation psychologique au sein des personnes âgées
vivant en milieu institutionnel

Charles Pinard, B. A.

Philippe Landreville, Ph. D.

Département de psychologie

École de psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières

Université Laval

C. P. 500

Ste-Foy (Québec)

Trois-Rivières (Québec)

G1K 7P4

G9A 5H7

Canada

Canada

En-tête: Adaptation à l'institutionnalisation

Mots clés: Adaptation, anxiété, bien-être, dépression, institution, stratégie.

Les demandes de reproduction doivent être adressées à/Requests for reprints should be sent

to:

Philippe Landreville, Ph. D.

École de psychologie

Université Laval

Ste-Foy (Québec)

G1K 7P4

Canada

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Remerciements

Ce mémoire est réalisé grâce à l'implication des résidants et du personnel de 14 Centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région de Montréal qui ont accordé généreusement de leur temps. Je tiens également à souligner l'apport de Madame Valérie Briançon qui n'a pas ménagé son support et ses heures souvent nocturnes à dactylographier et corriger ce manuscrit. Finalement, pour sa très grande patience, ses encouragements et le partage de ses connaissances, mes sincères remerciements à mon directeur, Monsieur Philippe Landreville.

Table des matières

Résumés	6
Introduction	8
Hypothèses	14
Méthodologie	14
Participants	14
Mesures	15
Stratégies d'adaptation	15
Symptômes dépressifs	16
Bien-être	16
Anxiété	17
Procédure	17
Résultats	17
Discussion	19
Références	24
Tableaux et figure	29

Résumé

Les personnes âgées demeurant en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont à s'adapter à différents stressors associés à la vie en établissement. Si certains résidents s'adaptent avec succès, on note qu'une grande portion d'entre eux vivent des problèmes d'adaptation. Nos connaissances concernant l'adaptation aux stressors en CHSLD sont limitées aux stratégies utilisées dans les premiers mois suivant l'institutionnalisation. Cette recherche avait pour objectif de déterminer dans quelle mesure les stratégies sont associées à l'adaptation psychologique à long terme. 90 personnes âgées vivant en CHSLD depuis plus de 3 mois ont rapporté les stratégies qu'elles utilisent pour faire face à un stressor. Des corrélations significatives ont été observées entre les indices d'adaptation psychologique et les stratégies d'échappement-évitement ainsi que de recherche de soutien social. Ces résultats confirment que les stratégies sont associées à l'adaptation au sein des résidents âgés en CHSLD.

Abstract

Older persons living in Residential and extended care centres (RECC) have to cope with various stressors associated with institutional life. While some residents cope successfully, a large proportion of this population presents difficulties in adjustment. Knowledge about the role of coping strategies in the adjustment process to nursing home stressors is limited to strategies used in the first few months following admission in RECC. The purpose of this study was to determine how various coping strategies are related to long-term psychological adjustment. 90 residents living in RECC for more than 3 months reported the strategies that they use to cope with a stressor. Significant correlations were observed between measures of psychological adaptation and the strategies of escape-avoidance and seeking social support. These results confirm that coping strategies are associated with adaptation to life in RECC.

Stratégies et adaptation psychologique au sein
des personnes âgées vivant en milieu institutionnel

Forbes, Jackson et Kraus (1987) notent que 177, 000 canadiens résident en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Au Québec, on estime à 43, 800 lits subventionnés réservés aux personnes âgées demeurant en CHSLD (Quintal, 1995). Même si ces résidants ne représentent que 6% de la population âgée du Québec (Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1992), la probabilité pour une personne âgée de demeurer un jour en CHSLD augmente avec l'avancement en âge (Forbes & al., 1987; Kraus, Spasoff, Beattie & al., 1976). Parmi les autres facteurs qui augmentent également la possibilité d'un hébergement, on retrouve l'isolement (Branch & Jette, 1982; Kraus & al., 1976; Shapiro & Tate, 1988), un statut économique faible (Kraus & al., 1976), un état de santé précaire et une incapacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne (Kraus & al., 1976; Shapiro & Tate, 1988). Avec le vieillissement de la population qui devrait atteindre plus de 900, 000 individus de plus de 65 ans au Québec en 2000, il est probable qu'un nombre croissant de personnes âgées devront s'adapter à un environnement institutionnel où elles résideront parfois jusqu'à 15 ans (Lefebvre-Girouard, 1986).

À ce jour, plusieurs études ont révélé les difficultés d'adaptation psychologique qu'éprouvent les personnes âgées institutionnalisées depuis plusieurs années. Lieberman et Tobin (1983) ont rapporté que 48% de leurs sujets ont connu une détérioration face au stress de l'institutionnalisation sur des indices tels que la santé physique et cognitive, les relations interpersonnelles, l'anxiété, l'estime de soi, le sentiment de bien-être et les symptômes dépressifs. Ils ont noté également plus de symptômes dépressifs et un niveau de bien-être inférieur chez des personnes âgées institutionnalisées depuis un an comparativement à des sujets non-institutionnalisés. Snowdon et Donnelly (1986) ont trouvé que 38% des résidants en CHSLD ont des symptômes dépressifs de sévérité variable. Parmelee, Katz et Lawton (1989) ont noté que 42% des résidants ayant demeurés plus d'un an en CHSLD présentent

des symptômes dépressifs. Les études de Qassis et Hayden (1990) ainsi que Reker et Wong (1984) ont indiqué un niveau inférieur de bien-être chez les résidants en CHSLD comparativement à des groupes contrôles de sujets non-institutionnalisés. Ducros-Gagné (1983) a noté une augmentation de l'anxiété situationnelle un mois après l'admission. Enfin, Lieberman et Tobin (1983) ont rapporté plus d'anxiété chez les personnes âgées résidant depuis 2 mois en CHSLD comparativement à celles vivant à domicile.

De nombreux chercheurs ont tenté d'identifier les facteurs associés à l'adaptation psychologique des résidants en CHSLD. Des variables personnelles comme la maladie, les effets secondaires des médicaments et le placement volontaire (Lefebvre-Girouard, 1986; Lieberman & Tobin, 1983; Rutman & Freedman, 1988) peuvent expliquer les différences entre les résidants au niveau de l'adaptation psychologique à la vie en CHSLD. Cependant, Lefebvre-Girouard (1986) a remarqué que les caractéristiques négatives de la vie institutionnelle nuisent également au processus d'adaptation (Baldwin, 1992; Lévesque & Marot, 1988; Vesperi, 1983). Des entrevues individuelles révèlent que 35% des résidants éprouvent des difficultés d'adaptation face à des situations telles que l'ennui des personnes aimées absentes, les comportements irritants des résidants et du personnel, le manque d'intimité à cause des règlements ou d'un co-chambreur, la présence de personnes malades et confuses ainsi que l'absence de participation à la vie communautaire (Osgood, Brant & Lipman, 1991). Lefebvre-Girouard a conclu que ces situations exercent une influence plus importante sur l'adaptation que l'acceptation volontaire de l'admission en CHSLD ou les autres facteurs personnels. Les situations associées à la vie institutionnelle dans l'étude de Lefebvre-Girouard répondent à la définition des contrariétés quotidiennes proposée par Kanner, Coyne, Schaefer et Lazarus (1981) soit "les demandes irritantes, frustrantes et affligeantes qui à un certain degré caractérisent nos rapports quotidiens avec l'environnement" (p.3). D'autres auteurs (Kahana, Kahana & Young, 1987; Zurakowski, Kahana & Kahana, 1992 modifier) ont également conclu que l'institutionnalisation, qui est

souvent présenté comme un événement majeur de la vie, peut être comprise de manière plus utile en considérant qu'il s'agit d'une source de frustration chronique. Bien que les contrariétés quotidiennes soient beaucoup moins dramatiques que des événements majeurs tels qu'un deuil, elles se révèlent une source plus importante de stress sur une longue période de temps (Pearlin & Lieberman, 1979) et un prédicteur supérieur de l'adaptation comparativement aux événements majeurs de la vie (Landreville & Vézina, 1992; Lazarus & Folkman, 1984).

Si l'on considère que tous les résidants sont soumis aux mêmes stressseurs mais présentent des profils d'adaptation différents, il importe d'identifier les facteurs jouant un rôle dans l'adaptation aux stressseurs. La théorie développée par Lazarus & Folkman (1984), qui est certainement la plus utilisée pour l'étude du rôle des stratégies dans l'adaptation aux contrariétés quotidiennes, peut servir de cadre théorique pour comprendre l'adaptation au stress des personnes âgées vivant en CHSLD. Le processus d'adaptation est présenté comme médiateur de l'impact du stress sur le bien-être de la personne. Il se veut dynamique en fluctuant en regard de l'évaluation que fait la personne d'une situation. Cette théorie identifie trois concepts-clés. Le stress est défini comme une relation entre la personne et l'environnement. Cette relation est évaluée comme un stress lorsque vécue comme ayant des implications pour le bien-être de la personne et pouvant excéder ses ressources. L'évaluation cognitive désigne l'évaluation subjective du stressseur et des ressources de la personne. Finalement, les stratégies réfèrent aux efforts cognitifs ou comportementaux d'une personne pour gérer les situations stressantes. Ces efforts incluent des comportements visant à modifier la situation, à rechercher le soutien social, à fuir ou éviter le problème etc. Les stratégies exercent une influence sur les mesures d'adaptation psychologique et physique (Lazarus & Folkman, 1984).

Des études ont déjà démontré la relation existant entre les stratégies et l'adaptation psychologique des personnes âgées vivant en CHSLD (Carstensen & Fremouw, 1988;

Kahana & al., 1987; Zurakowski & al., 1992). Kahana et al. (1987) ont mesuré les stratégies à l'aide du Elderly Care Research Center Coping Scales (ECRC; Kahana, Fairchild & Kahana, 1982) qui regroupe 22 comportements que peuvent adopter les résidents face à des situations problématiques. Ils ont trouvé que les résidents utilisant beaucoup de stratégies telles que la confrontation de l'entourage ainsi que le contrôle de soi, démontrent plus de symptômes dépressifs et un faible bien-être psychologique. De plus, l'utilisation fréquente de comportements visant à résoudre les difficultés de la vie en CHSLD par la recherche de soutien et la responsabilisation personnelle est associée à un bien-être psychologique élevé. Zurakowski et al. ont répertorié les stratégies avec un questionnaire énumérant 16 situations hypothétiques où on demande au répondant ce qu'il pourrait faire dans cette situation. La réponse du sujet à chaque énoncé est associée à la catégorie de stratégies d'adaptation lui correspondant. Les chercheurs ont trouvé que les résidents ayant un bien-être psychologique et physique élevé utilisent des stratégies de distanciation, de résolution de problème, de réévaluation et d'acceptation de la responsabilité. Par ailleurs, la recherche de soutien social est plus fréquemment utilisée par des résidents ressentant un bien-être physique élevé. Finalement, Carstensen et Fremouw (1988) ont utilisé le Behavior Observation Instrument (BOI; Alevizos, DeRise, Lieberman, Eckman & Callahan, 1978) pour évaluer les comportements des résidents face à leurs interactions avec leur environnement. Ils ont observé que l'anxiété est plus élevée chez les personnes âgées institutionnalisées depuis en moyenne 22 mois et qui utilisent plus fréquemment la stratégie d'échappement-évitement.

Il est important de remarquer que les travaux de Kahana et al. (1987) ainsi que Zurakowski et al. (1992) se limitent à la période suivant l'admission en CHSLD, c'est-à-dire les trois premiers mois d'institutionnalisation. De ce fait, ils portent sur la période de crise entourant l'admission, mais n'évaluent pas l'adaptation aux contrariétés quotidiennes que gèrent les personnes âgées qui résident en CHSLD au delà de cette période. Pourtant, la majorité des résidents admis en CHSLD survivent à la première année d'institutionnalisation

(Lieberman & Tobin, 1983) et résident en institution en moyenne 5 ans (Lefebvre-Girouard, 1986). À notre connaissance, seule l'étude de Carstensen et Fremouw (1988) a examiné les relations entre les stratégies et l'adaptation psychologique à long terme des personnes âgées vivant en CHSLD. Cependant, cette recherche s'est limitée à la stratégie d'échappement-évitement. Il est nécessaire de documenter l'adaptation à l'institutionnalisation au-delà de la période d'admission pour l'ensemble des stratégies pouvant être utilisées pour gérer les stressors associés à l'adaptation à long terme.

Un aspect important de l'étude des stratégies est de déterminer la fréquence d'utilisation de chaque stratégie par rapport aux autres. Cet aspect descriptif, quoique souvent négligé par les chercheurs, procure un aperçu du degré auquel l'utilisation d'une stratégie particulière est répandue dans la population à l'étude. La fréquence de l'utilisation des stratégies pour gérer les stressors associés à l'institutionnalisation, dans les études de Kahana et al. (1987) et de Rutman et Freedman (1988), n'a été étudiée que pour les 3 et 9 premiers mois d'institutionnalisation. Kahana et al. (1987) ont remarqué que les personnes âgées utilisent plus fréquemment des stratégies de recherche de soutien, de résolution de problème et d'acceptation de la responsabilité. Par ailleurs, les stratégies de contrôle de soi et de confrontation s'avèrent peu utilisées. Rutman et Freedman ont retrouvé une plus grande utilisation des stratégies de distanciation et d'échappement-évitement. Ils ont également noté que les résidents utilisaient moyennement les stratégies de résolution de problèmes, de recherche de soutien, d'acceptation de la responsabilité et de réévaluation positive. L'interprétation de ces résultats est limitée du fait que les mesures des stratégies ne sont pas identiques pour les deux études, Kahana et al. (1987) utilisant le ECRC alors que les résidents de l'étude de Rutman et Freedman répondaient à une question ouverte sur les stratégies utilisées pour gérer leurs événements stressants associés à l'institutionnalisation. De plus, le ECRC ne comporte pas le même nombre de questions pour chacune des stratégies. La comparaison entre les scores bruts obtenus aux différentes sous-échelles est

donc biaisée. Il serait préférable d'utiliser des scores qui tiennent compte du nombre d'énoncés pour chaque sous-échelle de stratégies. Par ailleurs, Rutman et Freedman en mesurant les stratégies utilisées durant les 9 premiers mois de l'institutionnalisation n'ont pas fait de distinction entre la période d'adaptation intense des 3 premiers mois et l'adaptation à long terme. L'évaluation des stratégies utilisées lors de ces deux périodes est pertinente en regard aux stressors distincts associés à chacune d'elles. La fréquence des stratégies associées à la crise de l'institutionnalisation ayant déjà été étudiées, il nous apparaît nécessaire d'approfondir nos connaissances sur la fréquence d'utilisation des stratégies lors de l'adaptation à long terme en CHSLD.

L'identification des stratégies uniquement associées à l'adaptation psychologique à long terme des personnes âgées institutionnalisées a une grande pertinence tant pratique que théorique (Kahana & al., 1987). Elle permettrait de connaître les stratégies les plus favorables et les moins favorables aux résidents en CHSLD alors que leurs capacités physiques et cognitives déclinent et que le stress puise davantage dans leurs réserves (Fry, 1986). Cette information pourrait être utile pour aider les résidents âgés à mieux fonctionner malgré les stressors auxquels ils sont confrontés. Par ailleurs, sur le plan théorique, une meilleure connaissance des stratégies impliquées dans l'adaptation à long terme en CHSLD permettrait de mieux conceptualiser le processus d'adaptation à l'institutionnalisation. Nous pourrions ainsi mieux comprendre l'utilisation des stratégies sur l'ensemble de la période d'institutionnalisation. Finalement, les effets de la durée de l'institutionnalisation sur l'adaptation à long terme sont peu étudiés. Lefebvre-Girouard (1986) note l'influence positive de la durée sur l'adaptation à long terme mais précise qu'elle se révèle moins importante que de s'être habitué à la nourriture servie en CHSLD. L'étude des liens entre la durée de l'institutionnalisation et les indices d'adaptation psychologiques permettrait d'étendre nos connaissances sur cette variable.

Cette recherche avait pour objectif de déterminer si les stratégies d'adaptation sont associées à l'adaptation psychologique des personnes âgées vivant en CHSLD depuis plus de 3 mois. La durée de l'institutionnalisation a été mesurée parce qu'il s'agit d'une variable pouvant aussi être associée à l'adaptation psychologique des résidants. Un objectif secondaire de cette recherche était de décrire l'utilisation de différentes stratégies chez les résidants âgés en CHSLD.

Méthode

Participants

Les sujets ont été recrutés dans 14 CHSLD publics de milieu urbain. Le nombre moyen de résidants dans ces centres était de 137.07 ($E. T.=77.20$). Les critères de sélection des sujets étaient les suivants: (a) être âgé de plus de 60 ans, (b) être capable de comprendre le français et le parler, (c) ne pas présenter de détérioration cognitive tel qu'indiqué par un score égal ou supérieur à 25 sur le "Mini-Mental State" de Folstein, Folstein et McHugh (1975) ou lors d'un examen médical effectué par un professionnel de la santé, (d) ne pas présenter de problème de santé mentale à l'admission en CHSLD, (e) résider depuis un minimum de 3 mois et un maximum de 5 ans en CHSLD, (f) ne pas avoir séjourné dans un autre CHSLD plus de 3 mois. Ces deux derniers critères sont motivés par le souci d'exclure de l'échantillon les sujets traversant une première fois la période de crise entourant l'admission ou ayant précédemment été confronté aux contrariétés quotidiennes dans un autre CHSLD. Le critère de 5 ans maximum est motivé par le souci de maximiser l'homogénéité de l'échantillon. Il faut préciser que depuis environ 5 ans, les critères d'admission en CHSLD sont beaucoup plus sévères et la clientèle beaucoup moins autonome qu'auparavant.

Les responsables des établissements ont proposé les noms de 316 personnes comme sujets potentiels de cette étude. Cent vingt-trois participants potentiels ont été rejetés parce qu'ils ne répondaient pas aux critères de l'étude. Par ailleurs, 103 autres participants potentiels ont refusé de participer à l'étude ou ont abandonné lors de l'expérimentation.

L'échantillon final est composé de 90 sujets. L'âge moyen des sujets était de 78.43 ans (E.T.=8.36). Ils demeuraient en CHSLD en moyenne depuis 22.2 mois (E.T.=15.6) et la majorité (66.7%) occupaient une chambre privée. Soixante-dix pour-cent des participants étaient des femmes. Les sujets étaient veufs ou veuves dans plus de la moitié (56.7%) des cas. Les pourcentages de participants célibataires, mariés, séparés et divorcés étaient respectivement de 18.9%, 17.8%, 4.4% et 2.2%. Les sujets avaient en moyenne 2.31 enfants (E.T.=2.7). Cinquante-quatre pourcent des participants avaient une éducation de niveau primaire, 32.2% de niveau secondaire et 13.3% de niveau post-secondaire. Finalement, 96.7% des sujets avaient résidés la majeure partie de leur vie en milieu urbain.

Mesures

Stratégies d'adaptation. Les stratégies d'adaptation ont été mesurées avec le Ways of Coping Questionnaire (WOC; Folkman & Lazarus, 1988) traduit en français par Mishara (1992). Cet inventaire de 66 énoncés se subdivise en huit sous-échelles contenant un large répertoire de pensées et d'actions que les gens utilisent pour gérer les stressors. Les sujets évaluent chaque énoncé sur une échelle de Likert de 4 points allant de 0 ("pas utilisé") à 3 ("beaucoup utilisé"). Les sous-échelles sont: (a) la confrontation, qui désigne les efforts agressifs pour altérer la situation avec un certain degré d'hostilité et de risque ("J'ai tenu bon et je me suis battu pour ce qui me tenait à coeur", six questions, $\alpha=.61$), (b) la distanciation, qui correspond à des efforts cognitifs pour se détacher et minimiser la signification de la situation ("J'ai continué comme si rien ne s'était passé", six questions, $\alpha=.46$), (c) le contrôle de soi, qui regroupe des efforts de contrôle sur ses émotions et ses actions ("J'ai essayé de ne pas exprimer mes sentiments devant les autres", sept questions, $\alpha=.61$), (d) la recherche de soutien social, qui correspond à des efforts pour rechercher le soutien des autres à travers du soutien informatif, tangible et émotionnel ("J'ai parlé à quelqu'un pour en savoir plus sur cette situation", six questions, $\alpha=.65$), (e) l'acceptation de la responsabilité, où la personne reconnaît son implication dans le problème

et essaie d'y remédier ("Je me suis rendu compte que j'avais créé le problème moi-même", quatre questions, $\alpha=.51$), (f) l'échappement-évitement, qui décrit la pensée magique et les comportements pour fuir ou éviter le problème ("J'ai espéré qu'un miracle se produise", huit questions, $\alpha=.56$), (g) la résolution de problème, qui désigne les efforts pour modifier directement la situation ("J'ai conçu un plan d'action et je l'ai suivi", six questions, $\alpha=.62$) et (h) la réévaluation positive, qui regroupe les efforts pour accorder une signification positive à la situation en se concentrant sur la croissance personnelle ("J'ai changé, acquis de la maturité en tant qu'individu", sept questions, $\alpha=.73$).

Symptômes dépressifs. Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide de l'Échelle de dépression gériatrique (EDG; Yesavage, Brink, Lum & al., 1983) adaptée en français par Bourque, Blanchard et Vézina (1990). L'EDG est composé de 30 énoncés décrivant l'état du sujet au cours des 7 derniers jours et étant répondus par oui ou non. Les scores les plus élevés désignent des niveaux de dépression plus sévères. L'analyse de la consistance interne révèle un alpha de Cronbach de .89 dans notre échantillon. Bourque et al. (1988) ont obtenu un coefficient de stabilité test-retest sur 4 semaines de .70 auprès de leurs sujets québécois.

Bien-être. Le bien-être physique et psychologique ont été mesurés à l'aide du Perceived Well-Being Scale (PWB) de Reker et Wong (1984), traduit en français par Vézina, Bourque et Bélanger (1988). Sur cette échelle, six énoncés servent à mesurer le bien-être psychologique tandis que le bien-être physique est mesuré avec huit énoncés. Les sujets évaluent chaque énoncé sur une échelle de Likert de 7 points, allant de 1 ("fortement en accord") à 7 ("fortement en désaccord"). Dans l'échantillon de la présente étude, les coefficients alpha de Cronbach était de .44 pour le bien-être psychologique et de .66 pour le bien-être physique. Reker et Wong (1984) ont rapporté d'autres qualités psychométriques de l'échelle. Ils ont trouvé que les coefficients théta mesurant la consistance interne de chaque sous-échelle sont de .82 et .78 pour le bien-être psychologique et physique. Les coefficients de stabilité test-retest obtenus auprès de personnes âgées à 2 ans d'intervalle, donnent des

coefficients de .79 pour le bien-être psychologique, de .65 pour le bien-être physique et de .78 pour le bien-être général.

Anxiété. L'anxiété situationnelle a été évaluée avec une sous-échelle du State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) traduit en français par Bergeron (1981). Cette sous-échelle fait appel à une évaluation personnelle de l'état présent dans lequel se trouve le répondant. Elle est composée de 20 énoncés mesurant l'état de calme, de bien-être, de préoccupation et de tension. Les sujets évaluent chaque énoncé sur une échelle de type Likert de 4 points allant de 1 ("pas du tout") à 4 ("beaucoup"). Un score élevé indique un niveau élevé d'anxiété situationnelle. La présente étude révèle un coefficient alpha de Cronbach de .92.

Procédure

Les sujets ont été préalablement sélectionnés par un membre du personnel de chaque établissement ayant une connaissance des résidants. Un membre du personnel a par la suite présenté le chercheur aux résidants sélectionnés. Le chercheur a sollicité la participation de ces résidants. Avec leur accord, une rencontre ultérieure a été prévue.

L'entrevue était d'une durée d'environ une heure. Après avoir signé une formule de consentement, le sujet a répondu à une fiche signalétique, au WOC, à l'EDG, au PWB et au STAI. Le sujet avait en main une copie des questionnaires lesquels étaient lus à haute voix par le chercheur. Ce dernier enregistrait les réponses du sujet sur les questionnaires. Lors de la passation du WOC, le chercheur a demandé au sujet d'identifier un stressor qu'il rencontrait au CHSLD et de répondre à chaque énoncé par rapport à ce stressor.

Résultats

Le Tableau 1 présente les moyennes et écart-types aux mesures de stratégies d'adaptation, de symptômes dépressifs, de bien-être et d'anxiété situationnelle. Les résultats bruts des stratégies ont été obtenus en additionnant les réponses aux questions de chaque sous-échelle. Cependant, les scores bruts ne peuvent être utilisés pour comparer l'utilisation

des différentes stratégies puisque les sous-échelles ne comportent pas le même nombre d'énoncés. Pour remédier à cette situation, nous avons calculé les scores relatifs de chaque sous-échelle (Vitaliano, Maiuro, Russo & Becker, 1987). Les scores relatifs, présentés à la Figure 1, reflètent l'importance de chaque stratégie d'adaptation face à l'ensemble des stratégies déployées. Les scores relatifs indiquent que la distanciation est la stratégie la plus utilisée, suivi par le contrôle de soi et la réévaluation positive. Par ailleurs, l'acceptation de la responsabilité et la confrontation sont les stratégies les moins fréquemment utilisées. La recherche de soutien, l'échappement-évitement et la résolution de problèmes se situent entre ces deux extrêmes.

Les analyses suivantes ont été réalisées avec les scores bruts. Le Tableau 2 rapporte les corrélations entre la durée de l'institutionnalisation, les stratégies, les symptômes dépressifs, le bien-être et l'anxiété. Aucune corrélation significative n'a été obtenue entre la durée de l'institutionnalisation et les indices d'adaptation psychologique. Les résidents utilisant fréquemment les stratégies de confrontation et d'échappement-évitement ont démontré plus de symptômes dépressifs et d'anxiété situationnelle. Par ailleurs, les personnes âgées utilisant beaucoup l'échappement-évitement pour composer avec les contrariétés quotidiennes associées à la vie en CHSLD ont rapporté un faible bien-être psychologique et physique. On remarque aussi que les résidents utilisant davantage les stratégies de recherche de soutien social ont présenté un faible bien-être physique.

Le Tableau 2 révèle aussi que plusieurs stratégies sont corrélées entre elles. Des corrélations partielles ont donc été calculées pour déterminer si les stratégies corrélées entre elles sont reliées aux indices d'adaptation de façon indépendante. Les résultats sont résumés dans le Tableau 3. L'échappement-évitement était toujours corrélé avec les symptômes dépressifs après avoir contrôlé pour la confrontation. Cependant, la confrontation n'était plus significativement associée aux symptômes dépressifs après que l'échappement-évitement ait été contrôlé. Des résultats identiques ont été obtenus pour l'anxiété situationnelle. En ce qui

concerne le bien-être physique, les corrélations partielles avec la recherche de soutien social et l'échappement n'étaient pas significatives.

Discussion

Cette étude avait pour objectif principal de déterminer si les stratégies sont associées aux indices d'adaptation psychologique chez les personnes âgées vivant en CHSLD depuis plus de 3 mois. Il ressort que l'utilisation fréquente de la stratégie d'échappement-évitement est reliée aux difficultés d'adaptation de cette population. Une autre stratégie, la recherche de soutien social est reliée au bien-être physique mais pas indépendamment de l'échappement-évitement. Nos résultats montrent également que la distanciation ainsi que le contrôle de soi sont les mécanismes les plus souvent utilisés pour gérer le stress en CHSLD tandis que l'acceptation de la responsabilité et la confrontation sont les stratégies les moins utilisées.

Nos résultats montrent de façon générale qu'une utilisation fréquente de l'échappement-évitement est associée à plus de difficultés d'adaptation. Plus spécifiquement, on retrouve une relation positive entre la stratégie d'échappement-évitement et les symptômes dépressifs ainsi que d'anxiété. Inversement, l'utilisation d'échappement-évitement est associée à un faible bien-être psychologique. L'utilisation de cette stratégie a des bénéfices à court terme mais peut être inefficace à long terme (Rodin, Craven & Littlefield, 1991). Par exemple, les résidants qui sont confrontés à des contrariétés quotidiennes telles que le manque d'espace vital en CHSLD (Carstensen & Fremouw, 1988), peuvent chercher activement à éviter les interactions et se retirer dans leur chambre. L'utilisation de l'échappement-évitement s'avère alors inefficace car les résidants sont confrontés inévitablement aux autres résidants au moment des repas ou en partageant leur chambre (Osgood & al., 1991). Cet échec à s'adapter au manque d'espace vital peut alors entraîner une baisse de l'estime de soi, l'apparition de symptômes dépressifs et d'anxiété. Ceux-ci se traduisent par une accentuation des caractéristiques négatives souvent véridiques de leur situation (Folkman & Lazarus, 1986). Nos résultats confirment donc ceux de Carstensen et

Fremouw (1988) quant à l'impact négatif de la stratégie d'échappement-évitement sur l'adaptation psychologique à la vie en CHSLD. Cette relation est absente dans les études de Kahana et al. (1987) et de Zurakowski et al. (1992). Trois éléments peuvent expliquer cette différence. Un premier tient à la sélection des résidants. Ces études choisissent des résidants nouvellement admis. L'utilisation de l'ECRC et de questions ouvertes pour évaluer les stratégies est une autre distinction entre les études. Finalement, l'impact négatif de l'échappement-évitement sur l'adaptation à long terme (Rodin & al., 1991) n'a pu être mesuré parmi les résidants nouvellement admis des études de Kahana et al. (1987) et de Zurakowski et al..

Nous observons que les stratégies de recherche de soutien et d'échappement-évitement sont corrélées négativement au bien-être physique. Par ailleurs, il s'avère que le lien entre la recherche de soutien et le bien-être physique n'est pas indépendant de l'échappement-évitement. Il en va de même pour la relation entre l'échappement-évitement et le bien-être physique. Nous concluons que ni la recherche de soutien, ni l'échappement-évitement ne sont reliés de façon indépendante au bien-être physique. Coyne, Aldwin et Lazarus (1981) avaient même réuni ces deux stratégies dans une même sous-échelle en obtenant un alpha de Cronbach de .83. Ils ont mentionné la difficulté d'interpréter la combinaison de ces deux formes de stratégies mais n'ont pas élaboré sur ce point. D'un point de vue spéculatif, on peut avancer l'idée que les résidants utilisent simultanément les stratégies de recherche de soutien et d'échappement-évitement pour composer avec différents aspects d'un même stresser. Par exemple, on peut concevoir, que confronté à la maladie chronique des autres résidants, les personnes âgées recherchent du soutien informatif et émotionnel auprès du personnel du CHSLD et de leur famille (Busse & Pfeiffer, 1977; Lipowski, 1977). Simultanément, ils peuvent chercher activement à fuir les grands malades qui sont perçus négativement (Lefebvre-Girouard, 1986) car ils leurs rappellent que leur propre santé se détériore. Quoiqu'il en soit, il est remarquable que, contrairement à nos

résultats, Zurakowski et al. (1992) ont trouvé que la recherche de soutien social est associée à un meilleur bien-être physique. Il se peut que la recherche de soutien soit adaptative dans les premiers mois suivant la relocalisation. Cependant, la détérioration graduelle de la santé physique à long terme et donc la diminution du sentiment de bien-être physique peuvent aussi entraîner un recours plus important à la recherche de soutien du réseau social.

La comparaison entre nos résultats concernant la fréquence d'utilisation des stratégies et ceux des études de Kahana et al. (1987) ainsi que de Rutman et Freedman (1988) doit être faite avec prudence. Ces chercheurs n'ont pas calculé de scores relatifs. De plus, ils n'ont pas eu recours aux mêmes questionnaires et la durée de l'institutionnalisation de leurs sujets n'était pas la même que la nôtre. Néanmoins, on remarque que pour la présente étude et celle de Rutman et Freedman (1988), c'est la distanciation qui est la stratégie la plus utilisée par les résidants. Kahana et al. (1987) la retrouvent parmi les trois stratégies les plus utilisées dans leur échantillon. De stratégie peu utilisée dans l'étude de Kahana et al., le contrôle de soi se situe au deuxième rang des stratégies les plus utilisées. Il semble que la confrontation à cause de son aspect régressif et la condamnation sociale qu'elle entraîne en CHSLD soit peu utilisée par les résidants des trois études. Finalement, les résultats de Rutman et Freedman indiquent que la stratégie d'échappement-évitement est l'une des plus utilisées durant les premiers 9 mois après l'admission en CHSLD. Nos propres résultats suggèrent une utilisation modérée par les résidants demeurant en CHSLD depuis 22 mois en moyenne. On explique la différence de fréquence d'utilisation de cette stratégie par le processus dynamique de l'adaptation qui fluctue en regard de l'évolution d'une situation (Lazarus & Folkman, 1984). Il est possible que l'échappement-évitement se révèle inefficace à long terme et qu'elle est progressivement moins utilisée par les résidants.

La durée de l'institutionnalisation semble être une variable peu fiable pour l'étude de l'adaptation à long terme en CHSLD puisqu'elle n'est associée à aucune mesure d'adaptation psychologique dans notre étude. La différence entre nos résultats et ceux de Lefebvre-

Girouard (1986) peut-être attribuée aux durées moyennes d'institutionnalisation, les résidants de la présente étude ayant séjourné 22 mois comparativement à 5 ans dans le cas de l'échantillon de Lefebvre-Girouard. Il semble qu'après 5 ans d'institutionnalisation, les résidants sont adaptés aux événements associés à leur situation ou encore ils les perçoivent comme non menaçant pour leur bien-être. Il en résulterait un lien entre la durée de l'institutionnalisation et l'adaptation. Finalement, on peut aussi attribuer cette différence à la plus grande autonomie des résidants admis en CHSLD au moment de l'étude de Lefebvre-Girouard. Les personnes âgées admises en CHSLD durant les années soixante-dix devaient rencontrer des critères d'admission moins sévères que ceux existant présentement.

Il est important de mettre en évidence certaines limites de cette étude. Premièrement, les résidants n'ont pas évalué leurs stratégies par rapport à un stresser commun. L'identification d'un stresser commun à tous permettrait de réduire la variance entre les sujets quant à la sélection des stratégies. Deuxièmement, la faible consistance interne de certaines sous-échelles du WOC ainsi que les corrélations entre les stratégies, soulèvent la question des qualités psychométriques du WOC. L'utilisation du WOC s'avère judicieuse si l'on considère sa grande utilisation dans la recherche sur l'adaptation aux stressers. Cependant, il est nécessaire de raffiner cet instrument en vue des recherches futures. Troisièmement, cette étude se voulant descriptive et n'évaluant qu'à une reprise les variables, il s'avère que l'analyse des résultats ne nous permet pas d'inférer une relation causale entre les variables. Quatrièmement, on peut se demander si les sujets sont tous bien adaptés. Par contre, les résidants de notre étude reflètent un large éventail du niveau d'adaptation car ils présentent en moyenne un faible niveau de symptômes dépressifs et d'anxiété situationnelle. Finalement, une autre limite de cette étude est la représentativité de son échantillon. Les résidants sans détérioration cognitive représentent une minorité des personnes hébergées. On rapporte chez la majorité des résidants en CHSLD des détériorations cognitives mineures ou

majeures. Cette situation limite donc l'interprétation des résultats aux résidants sans perte cognitive.

Pour être représentatives, les recherches futures devront explorer le rôle des stratégies dans l'adaptation psychologique des résidants ayant une atteinte cognitive. On peut supposer que les résidants qui présentent des troubles mentaux ont à composer avec ceux-ci en plus des contrariétés de la vie institutionnelle. Cette situation peut être une source de stress particulièrement importante. Cependant, l'évaluation des stratégies exigera le développement de méthodes de mesures des stratégies adaptées à cette population puisque le modèle traditionnel du questionnaire papier-crayon ne saurait être adéquat. D'ores et déjà, on peut entrevoir la possibilité de recueillir de l'information concernant les stratégies auprès de quelqu'un qui connaît bien le résidant, comme un parent ou un soignant professionnel. Les stratégies pourraient être mises en relation avec des indices objectifs d'adaptation tels que la participation aux activités, la collaboration avec le personnel etc. Par ailleurs, des études longitudinales allant de la période précédant l'admission à plusieurs années après la relocalisation en milieu institutionnel permettront d'examiner l'influence des stratégies et des autres concepts de la théorie de Lazarus et Folkman (1984) à l'adaptation en CHSLD. En effet, bien que cette étude s'est limitée à l'étude des stratégies, on peut soupçonner que les concepts de stress et d'évaluations cognitives primaire et secondaire sont également importants. La continuation de la recherche dans ce domaine permettra de mieux connaître l'adaptation au milieu institutionnel et de mieux aider ceux et celles qui font l'expérience de cette transition.

Références

- Alevizos, P., DeRise, W., Lieberman, R., Eckman, T. & Callahan, E. (1978). The behavior observation instrument: A method of direct observation for program evaluation. Journal of Applied Behavior Analysis, 11, 253-257.
- Baldwin, B. A. (1992). Stress in the elderly: Environments of care. In M. L. Wykle, E. Kahana & J. Kowel (Eds.), Stress and health among the elderly (pp.197-208). New York, NY: Springer.
- Bergeron, J. (1981). State-trait Anxiety in french-english bilinguals: Cross cultural considerations. In C. D. Spielberger & R. D. Guerroro (Eds.), Cross cultural anxiety (pp. 30-40). Washington, DC: Hemisphere.
- Bourque, P., Blanchard, L. & Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique. Revue Canadienne du Vieillissement, 9, 348-355.
- Branch, L. G. & Jette, A. M. (1982). A Propective study of long term care institutionnalization among the aged. American Journal of Public Health, 72, 1373-1379.
- Busse, E. W. & Pfeiffer, E. (1977). Behavior and adaptation in late life. Boston, MA: Little, Brown and Company.
- Carstensen, L. L. & Fremouw, W. J. (1988). The influence of anxiety and mental status on social isolation among the elderly in nursing house. Behavioral Residential Treatment, 3, 63-80.
- Coyne, J. C., Aldwin, C. & Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episods. Journal of Abnormal Psychology, 90, 439-447.
- Direction générale de la planification et de l'évaluation. (1992). Statistiques sur les causes de mortalité au Québec: estimation annuelle post-censitaire. (Publication du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). Québec, QC: Service des études sociaux sanitaires.

Ducros-Gagné, M. (1983). Élaboration et évaluation d'un programme de soutien destiné aux personnes âgées et à leur personne significative durant la période d'admission en centre d'accueil. Mémoire de maîtrise non-publié, Université de Montréal, QC.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. Journal of Abnormal Psychology, 95, 107-113.

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Manual for the Ways of Coping Questionnaire, Research Edition. Palo Alto, Ca: Consulting Psychological Press.

Folstein, M. P., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal Psychiatric Research, 12, 189-198.

Forbes, W. F., Jackson, J. A. & Kraus, A. S. (1987). Institutionalization of the elderly in Canada. Toronto, ON: Butterworths.

Fry, P. S. (1986). Depression, stress, and adaptation in the elderly: Psychological assessment and intervention. Rockville, MD: Aspen.

Kahana, E. F., Fairchild, T. & Kahana, B. (1982). Adaptation. In O. J. Mangen & W. Peterson (Eds), Research Instruments in Social Gerontology, Clinical and Social Psychology. Vol. I. (pp. 145-194). St-Paul, MN: University of Minnesota Press.

Kahana, E. F., Kahana, B. & Young, R. (1987). Strategies of coping and post-institutional outcomes. Research on Aging, 9, 182-199.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. & Lazarus, R. S. (1981). Comparaison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus life events. Journal of Behavioral Medicine, 1, 1-39.

Kraus, A. S., Spasoff, R. A., Beattie, E. S., Holden, E. W., Lawson, J. S., Rosebury, M. & Woodcock, G.M. (1976). Elderly applicants to long term institutions. I. Their characteristics, health problems and state of mind. Journal of the American Geriatrics Society, 24, 117-121.

Landreville, P. & Vézina, J. (1992). A comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. Revue Canadienne du Vieillissement, 11, 137-149.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York, NY: Springer.

Lefebvre-Girouard, A. (1986). Les comportements psychosociaux des personnes âgées hébergées : rapport analytique. In Association des Centres de services sociaux du Québec. Montréal, QC.

Lévesque, L. & Marot, O. (1988). Le défi simplement humain. Des soins pour les personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. St-Laurent, QC: Éditions du nouveau pédagogique Inc.

Lieberman, M. A. & Tobin, S. (1983). The experience of old age. New York, NY: Basic Books.

Lipowski, Z. J. (1977). Physical illness, the individual and the coping process. American Journal of Psychiatry, 134, 233-244.

Mishara, B. L. (1992). Traduction et standardisation du Ways of Coping Questionnaire (revised) Manuscrit non-publié, Université du Québec à Montréal, QC.

Osgood, N. J., Brant, B. A. & Lipman, A. (1991). Suicide among the elderly and long-term facilities. New York, NY: Greenwood Press.

Parmelee, P. A., Katz, I. R. & Lawton, M. P. (1989). Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 44, M22-M29.

Pearlin, L. I. & Lieberman, M. A. (1979). Social sources of emotional distress. In Roberta Simmons (Ed.), Research in community and mental health. Vol. I. (pp. 217-218). Greenwich, CO: JAI Press.

Qassis, S. & Hayden, D. C. (1990). Effects of environment on psychological well-being of elderly persons. Psychological Reports, 66, 147-150.

Quintal, J. (1995). Étude de l'occupation des lits subventionnés en CHSLD. Conférence Québécoise des Centres d'hébergement et d'habitation. Montréal, QC: Ministère de la santé et des services sociaux.

Reker, G. T. & Wong, P. T. (1984). Psychological and physical well-being in the elderly: The perceived well-being scale (PWB). Revue canadienne du vieillissement, 3, 23-32.

Rodin, G., Craven, J. & Littlefield, C. (1991). Depression in the medically ill: An integrated approach. New York, NY: Brunner and Mazel.

Rutman, D. & Freedman, J. (1988). Anticipating relocating: Coping strategies and the meaning of the home for older people. Revue canadienne du vieillissement, 7, 17-31.

Shapiro, E. & Tate, R. (1988). Who is really at risk of institutionalization? The Gerontological Society of America, 22, 237-245.

Snowdon, J. & Donnelly, N. (1986). A study of depression in nursing homes. Journal of Psychiatric Research, 20, 327-333.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). Manual for the State-trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Vesperi, M. (1983). The Reluctant Consumer: Nursing Home Residents in Post-Bergman Era. In Jay Sokolovsky (Ed). Growing old in Different Societies: Cross-Cultural Perspectives (pp. 225-237). Belmont, CA: Wadsworth.

Vézina, J., Bourque, P. & Bélanger, Y. (1988). Traduction du "Perceived Well-Being Scale". Ste-Foy, QC: Université Laval, École de psychologie.

Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russo, J. & Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. Journal of Behavioral Medicine, 10, 1-18.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.

Zurakowski, T., Kahana, E. F. & Kahana, B. (1992). Coping as a mediator in predicting outcomes in institutionalized older adults. Communication présentée au congrès de "Gerontological Society of America", Washington, D. C..

Tableau 1

Moyennes et écart-types pour les stratégies d'adaptation, les symptômes dépressifs, le bien-être et l'anxiété.

Variable	<u>M</u>	<u>E. T.</u>
Stratégies (scores bruts)		
Confrontation	4.77	3.19
Distanciation	8.47	3.19
Contrôle de soi	8.63	3.95
Recherche de soutien	6.62	3.46
Accepter la responsabilité	3.78	2.34
Échappement-évitement	6.14	3.89
Résolution de problème	6.46	3.63
Réévaluation positive	7.99	4.79
Symptômes dépressifs	11.83	6.02
Bien-être psychologique	29.60	6.09
Bien-être physique	31.27	9.11
Anxiété situationnelle	39.95	13.37

Figure 1

Moyennes et écart-types des scores relatifs des stratégies d'adaptation

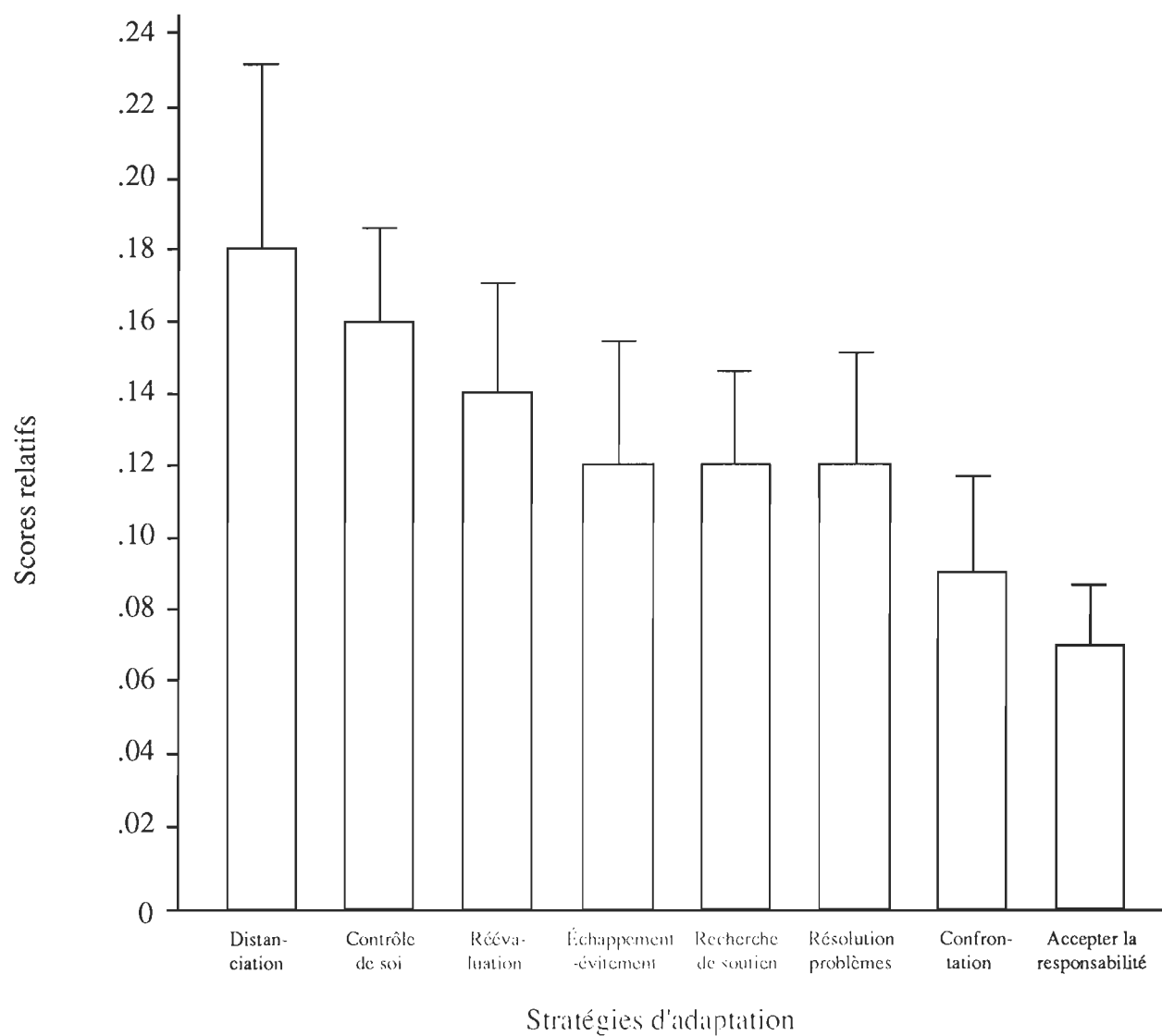


Tableau 2

Matrice de corrélation entre les stratégies d'adaptation et les indices d'adaptation psychologique

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Durée	--	.11	.12	.03	.03	.01	-.16	.09	.03	.03	.10	.02	-.07
2. Confrontation		--	.12	.37***	.58***	.46***	.52***	.43***	.43***	.25*	.06	-.05	.37***
3. Distanciation			--	.56***	.32**	.30**	-.02	.45***	.36***	-.17	.15	.00	.18
4. Contrôle de soi				--	.54***	.51***	.19	.65***	.61***	.04	.05	-.07	.04
5. Recherche de soutien					--	.45***	.34**	.54***	.64***	.08	.12	-.25*	.08
6. Accepter la responsabilité						--	.35**	.56***	.62***	-.02	.07	.13	.11
7. Échappement-évitement							--	.15	.30**	.49***	-.35**	-.22*	.56***
8. Résolution de problèmes								--	.55***	-.02	.05	-.01	-.02
9. Réévaluation positive									--	.03	.04	-.07	.04
10. Symptômes dépressifs										--	-.48***	.35**	.70***
11. Bien-être psychologique											--	.15	-.31**
12. Bien-être physique												--	.07
13. Anxiété situationnelle													--

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tableau 3

Coefficients de corrélation partielle entre les stratégies et les indices d'adaptation psychologique

Indice d'adaptation	Stratégies	Corrélations partielles
Symptômes dépressifs	Echappement-évitement	.44***
	Confrontation	-.01
Anxiété situationnelle	Echappement-évitement	.47***
	Confrontation	.10
Bien-être physique	Echappement-évitement	-.14
	Recherche de soutien	-.19

*** $p < .001$