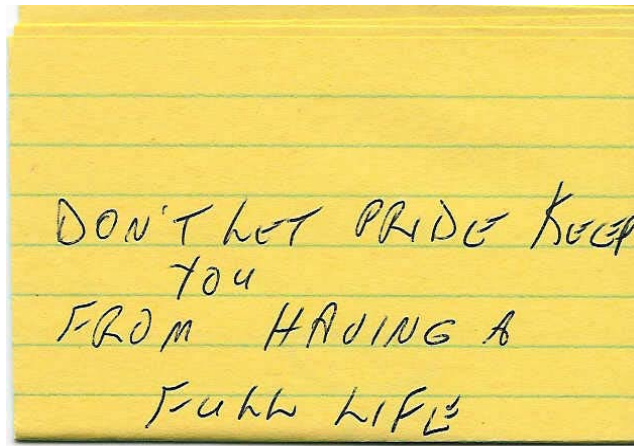


Rapport final

**« Poser les jalons d'une connaissance et d'une utilisation améliorées
des appareils et accessoires fonctionnels par les anciens combattants
et les aînés du Canada »**



**NE LAISSEZ PAS LA FIERTÉ VOUS EMPÊCHER
DE VIVRE PLEINEMENT**

**Elaine M. Gallagher, inf. aut., PhD
Victoria Scott, inf. aut., PhD
Pattie Thomas, PhD
Lee Hughes, M.Sc. (Sc. inf.)**

Financé par Santé Canada et Anciens combattants Canada

Table des matières

1.0	Sommaire	3
2.0	Introduction et antécédents	5
3.0	Méthodologie	9
4.0	Conclusions de l'étude	13
5.0	Incidence et recommandations.....	29
	Ouvrages de référence.....	38

**École des sciences infirmières, Université de Victoria
Victoria (C.-B.) V8W 2Y2
Téléphone : (250) 721-7966 Télécopieur : (250) 721-6231
Courriel : egallagh@uvic.ca**

1.0 Sommaire

Poser les jalons est un projet financé au moyen d'une subvention spéciale d'Anciens combattants Canada et de Santé Canada dans le but d'éclairer deux autres projets portant sur les aides à la mobilité.

La présente étude avait avant tout pour objet de cerner les expériences et les valeurs des aînés et des anciens combattants ayant trait aux appareils et accessoires fonctionnels, plus particulièrement aux trois types suivants : les cannes, les barres d'appui pour la salle de bain et les sous-vêtements avec protège-hanches.

L'étude a fait appel à six groupes de discussion mis sur pied à divers endroits du Canada, ce qui a permis d'obtenir une perspective nationale tout en mettant en lumière les différences régionales significatives. L'échantillon a fourni de l'information abondante mais non généralisable sur les opinions et les croyances des aînés.

Les résultats obtenus indiquent que le facteur qui exerce l'influence la plus grande et la plus complexe sur l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels (AAF) est la perception du besoin qu'en a l'aîné. Cette perception, tout comme l'utilisation ou le rejet d'un appareil ou accessoire, est fortement influencée par les stigmates sociaux que les aînés y associent. La plupart ont indiqué que les AAF symbolisaient pour eux la perte d'autonomie, l'incapacité et le dépérissement inévitable. **L'aspect de certains appareils ou accessoires contribue à cette perception négative.** Dans ce contexte, nous avons cerné quatre grands motifs qui amènent les aînés à se rendre compte qu'ils ont besoin d'un AAF : 1) une situation de crise ou un élément déclencheur; 2) une adaptation progressive à une diminution graduelle de la capacité; 3) une recommandation ou une intervention d'un dispensateur de soins ou d'un membre de la famille, ou 4) l'intervention ou l'aiguillage d'un professionnel de la santé.

Les personnes âgées préfèrent nettement que l'information sur les appareils et accessoires fonctionnels leur soit transmise par contact personnel; elles aiment particulièrement bénéficier des conseils et de l'intervention de leur médecin ou d'un autre professionnel de la santé. Parmi les autres sources d'information utiles qui ont été mentionnées, soulignons la télévision, la radio et les imprimés. Les participants ont en outre précisé l'importance de l'uniformité du message et de la fiabilité des sources d'information. **La confiance, l'expérience et, de préférence, une relation suivie avec la personne sont des conditions qui revêtent une grande importance dans la recherche d'information.**

L'évaluation est la première étape à franchir en vue de déterminer l'admissibilité à l'achat d'équipement. Les diverses régions appliquent des lignes directrices variées et des critères complexes qui comportent tous des procédures d'évaluation, d'examen du revenu et d'ordonnance du médecin dans lesquels tous les aînés s'y perdent. Souvent, la couverture d'assurance médicale est **insuffisante pour certains articles.** Les anciens combattants qui désirent un appareil ou accessoire fonctionnel doivent eux aussi se soumettre à une évaluation mais d'après certains participants, le processus, bien que long et bureaucratique, semble plus juste et mieux compris.

Pour se procurer un AAF, la source d'approvisionnement la plus courante est un magasin de détail spécialisé dans ce genre d'articles.

Même s'ils affirment ne pas avoir senti de pressions sociales les empêchant de se servir d'appareils et accessoires fonctionnels hors de chez eux, certains aînés sont d'avis que la fierté et l'entêtement sont en partie responsables de la résistance prolongée à l'utilisation d'AAF en public. Le fait qu'un

médecin en recommande l'utilisation a cependant beaucoup de poids et ces derniers (en collaboration avec d'autres professionnels de la santé) jouent un rôle important, bien que mal défini, dans l'intervention précoce.

Selon les participants, **la meilleure façon d'aider les clients à utiliser les appareils et accessoires fonctionnels est de comprendre leur style de vie et de déterminer les activités qui leur importent le plus. Les aînés ont besoin qu'on leur montre comment se servir d'un AAF mais, par-dessus tout, comment l'intégrer à leur vie quotidienne.**

De façon générale, les participants ont indiqué l'importance de tenir compte des facteurs affectifs et sociaux lorsqu'il s'agit d'encourager l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels.

2.0 Introduction et antécédents

Le présent projet est une initiative conjointe dirigée par mesdames Elaine Gallagher et Victoria Scott, de l'École des sciences infirmières de l'Université de Victoria, en Colombie-Britannique. Mme Pattie Thomas en a assuré la coordination et Mme Lee Hughes a collaboré à l'analyse des données et à la rédaction du rapport final.

Afin de guider le projet, on a mis sur pied un comité directeur formé de représentants des aînés, des anciens combattants, du British Columbia Institute of Technology (BCIT), de l'Université d'Ottawa, de l'Université de Victoria, du secteur privé, des ergothérapeutes, des aidants naturels et de la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada.

Poser les jalons est l'un de trois projets financés grâce à une subvention spéciale d'Anciens combattants Canada et de Santé Canada; il avait pour but d'éclairer deux autres projets portant sur les aides à la mobilité.

M. James Watzke, du BCIT, produira et mettra à l'essai un message d'intérêt public au sujet des aides à la mobilité. Mme Nancy Edwards, de l'Université d'Ottawa, élaborera pour sa part un modèle communautaire visant à promouvoir l'achat et l'utilisation sûres des appareils et accessoires fonctionnels par les personnes âgées résidant dans la communauté.

Les conclusions du présent volet de l'étude aideront à définir la forme et le contenu des deux projets suivants. Le modèle logique présenté à la figure 1 illustre la relation entre les trois projets.

2.1 Importance du problème

Tel que souligné dans *Améliorer la sécurité des aînés du Canada* (document de référence FPT, 2000), les chutes présentent un grand risque pour la santé de la population âgée.

Elles sont la cause la plus fréquente d'hospitalisation pour blessure et en 1995-1996, elles ont causé 78 % des décès par blessure chez les Canadiens de 65 ans et plus (Langlois *et al.*, 1996). Toujours en 1995-1996, plus de soixante mille personnes âgées de 65 ans et plus ont été admises à l'hôpital en raison d'une blessure causée par une chute. Selon une autre étude récente, on estimait le coût des blessures causées par une chute chez les 65 ans et plus à 2,8 milliards de dollars en 1994 (Asche, Gallagher et Coyte, manuscrit inédit).

Aux fins du présent projet, un appareil ou accessoire fonctionnel (ou AAF) est un objet pouvant empêcher une personne de faire une chute ou pouvant la protéger si elle tombe. Afin d'orienter les participants aux discussions tenues dans les diverses régions, le Comité directeur du projet a choisi de faire porter celles-ci sur trois AAF en particulier : les cannes, les barres d'appui et les protège-hanches.

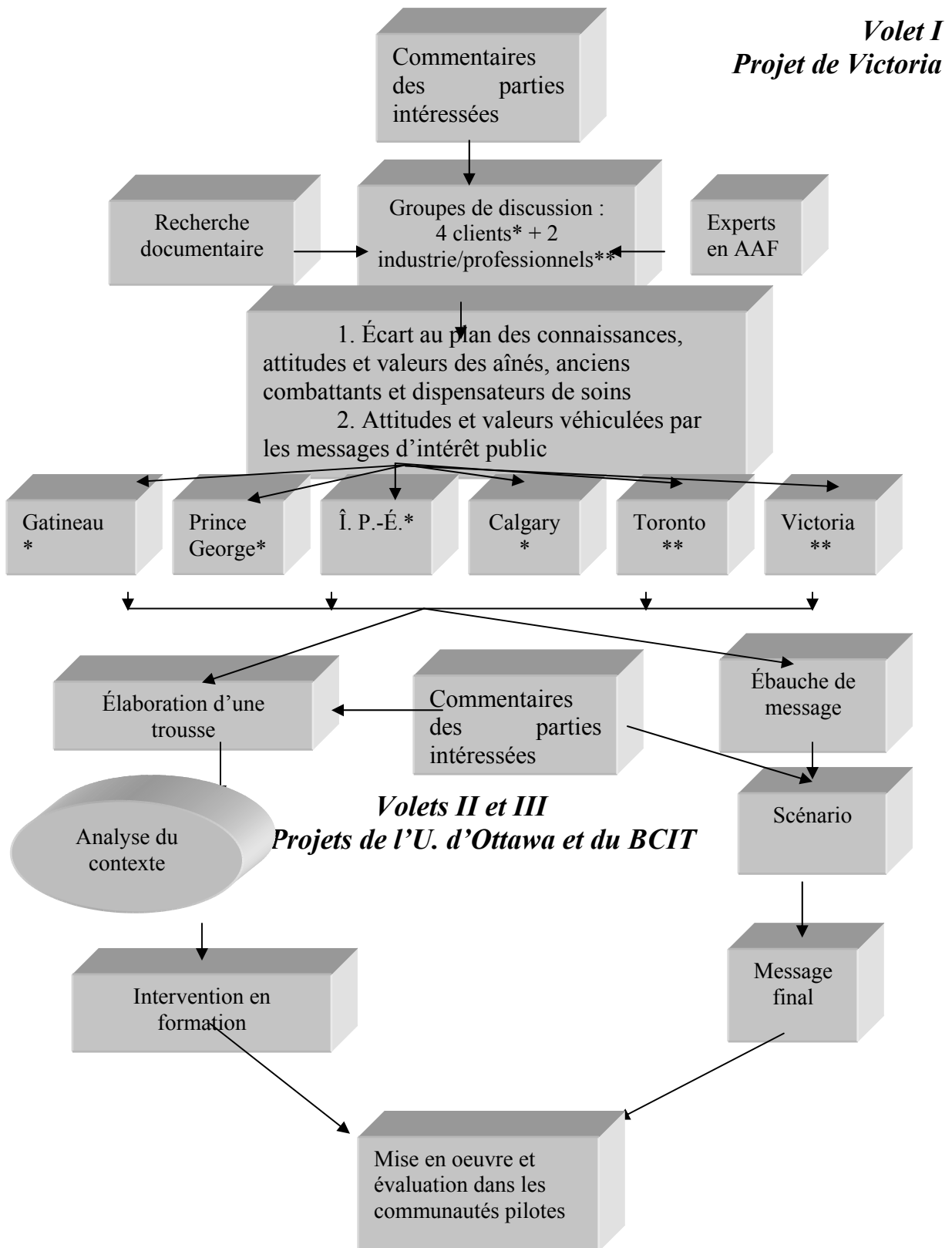
2.2 Brève analyse documentaire

L'un des aspects de la prévention des chutes sur lequel bien peu de recherches sont effectuées est le processus par lequel les aînés en arrivent à la décision d'utiliser ou de refuser d'utiliser les divers appareils et accessoires fonctionnels. Dans le cadre d'une étude réalisée en 1994, nous avons suggéré à chaque aîné onze façons en moyenne d'atténuer leurs risques de chute, notamment en améliorant les dispositifs de sécurité à domicile. Moins de 40 % de ces suggestions avaient été appliquées six mois plus tard, et il était cinq fois plus probable qu'une personne consulte un médecin pour un problème de santé qu'elle installe une barre d'appui dans la salle de bain (Gallagher et Scott, 1997).

Certaines données probantes laissent supposer que les anciens combattants n'ont peut-être pas la même attitude que les autres personnes âgées face à l'utilisation des AAF. Weaver et ses collègues (1999) ont examiné l'utilisation

d'équipement médical à domicile chez 1 040 anciens combattants américains ayant une incapacité grave ou une maladie terminale se prêtant à des soins de santé à domicile. Soixante dix-huit pour cent (78 %) des participants à cette étude avaient 65 ans ou plus. Les chercheurs ont découvert que 83 % des anciens combattants avaient reçu au moins un appareil ou accessoire durant la période d'étude de 12 mois et que l'utilisateur moyen d'équipement médical à domicile en avait reçu 7,4. Les articles les plus courants étaient les chaises percées et les bancs pour la baignoire (9 %), les cannes et déambulateurs (7 %), les dispositifs de sécurité (7 %), l'oxygène liquide (6 %) et les fauteuils roulants (6 %).

Figure 1 – Modèle logique des trois projets de SC et ACC sur les AAF



La réception du message d'intérêt public était en grande partie liée à l'état fonctionnel de base, à l'âge, au revenu, aux troubles cognitifs et au risque de réhospitalisation.

Peu de documents traitent des attitudes et des valeurs des aînés à l'égard des appareils et accessoires fonctionnels. Aminzadeh et Edwards (1997) ont réalisé des entrevues de groupe avec un échantillon de 30 personnes de 61 à 86 ans vivant dans la communauté (âge médian 72,2 ans) afin de documenter leurs expériences personnelles liées aux chutes, au vieillissement et à l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels destinés aux aînés (ainsi que la signification de ces expériences). Les participants ont reconnu les nombreux avantages que présente l'utilisation d'une canne du point de vue fonctionnel et de la sécurité, mais ils ont aussi fait mention d'un éventail d'obstacles qu'elle pose aux plans de l'attitude, de la norme, de la perception et de l'accès. Par ailleurs, leurs évaluations des dispositifs de sécurité pour salle de bain, comme les barres d'appui, étaient favorables. D'après leurs commentaires, ces aides pour la salle de bain, comparativement aux cannes, sont peut-être moins souvent associées au vieillissement et à l'incapacité et plus facilement acceptées et utilisées par les personnes âgées.

Edwards et Jones (1998) ont étudié la possession et l'utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels chez les aînés vivant dans la communauté de trois régions du sud du Pays de Galles, au Royaume-Uni. Ils ont interrogé un échantillon aléatoire de 1 405 personnes au sujet de la possession et de l'utilisation d'AAF et autres dispositifs. Soixante-quatorze pour cent (74 %) des répondants possédaient une aide technique ou plus. Les plus fréquemment mentionnées étaient les tapis de bain antidérapants (50 %), les cannes (24 %) et les rampes pour la baignoire (21 %). Bon nombre de personnes lourdement handicapées ne possédaient toutefois aucun appareil ou accessoire fonctionnel. Ainsi, par exemple, 75 % n'avaient pas de rampe d'escalier, 68 % n'avaient pas de rampe de cabinet de toilettes et 46 % ne possédaient pas de tapis de bain antidérapant. Les déambulateurs et les

fauteuils roulants sont surtout utilisés par les plus de 75 ans, comme tous les dispositifs pour la salle de bain et le cabinet de toilettes. Cette étude confirme que la possession et l'utilisation des aides varient selon l'âge, le sexe, les conditions de logement et l'incapacité. Les personnes très handicapées ont besoin de certains appareils et accessoires de base, relativement peu coûteux, mais n'en possèdent pas nécessairement.

On ne sait pas très bien de quelle façon les aînés souhaitent recevoir de l'information sur les AAF. Dans le cadre d'une récente étude australienne, on a examiné comment les personnes âgées d'une municipalité désiraient obtenir cette information et de quelle source (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000). Le présent projet a été conçu afin de faire la lumière sur cette même question dans le contexte canadien.

2.3 Buts et objectifs du projet

Le projet a porté sur les expériences et les valeurs des aînés liées à l'utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels ainsi que sur la meilleure façon de les informer au sujet de ces dispositifs. Il visait deux objectifs :

1. Coordonner les efforts déployés dans le cadre des trois projets portant sur l'utilisation des AAF financés par la présente initiative de Santé Canada.
2. Produire à l'intention des spécialistes du marketing social, des chercheurs et des cliniciens des lignes directrices sur la meilleure façon d'informer les aînés, les anciens combattants et les dispensateurs de soins au sujet des appareils et accessoires fonctionnels. Cela englobe notamment les questions suivantes :
 - Comment améliorer la conception des produits?
 - Comment éliminer les obstacles à leur acceptation?

- Comment les aînés, les anciens combattants et les dispensateurs de soins souhaitent-ils obtenir de l'information sur les AAF?

3.0 Méthodologie

Pour mener à bien cette étude qualitative, nous avons fait appel à une méthodologie de recherche participative afin d'engager les intervenants dans la planification et la réalisation de la collecte des données. Ces dernières ont été recueillies lors des discussions de groupe, dont trois des auteurs ont analysé et interprété les résultats.

3.1 Comité directeur

Un comité directeur était chargé de superviser le projet. Il était formé de 9 Canadiens et Canadiennes représentant les aînés, les anciens combattants, les aidants naturels, les chercheurs et le secteur privé ainsi que de diverses régions du Canada, dont le Québec. Un représentant d'office de la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada en faisait également partie. Le Comité a passé en revue tous les documents de programme pour s'assurer qu'ils étaient clairs et adaptés à l'âge de la clientèle.

3.2 Groupes de discussion

Six groupes de discussion ont été mis sur pied dans des localités rurales et urbaines de milieux francophones et anglophones du Canada. Quatre de ces groupes réunissaient des aînés, des anciens combattants et des dispensateurs de soins, qui tous avaient accepté d'en faire partie après avoir été recommandés par un coordonnateur local. Ces personnes avaient été choisies à dessein sur une liste de 15 à 18 noms. Les séances tenues dans trois localités ont été coanimées par mesdames Gallagher et Thomas. Dans la quatrième, qui s'est déroulée en milieu francophone, l'animation a été confiée à Mme Carol Clements, une chercheuse bilingue de l'endroit.

Deux autres discussions de groupe ont réuni des représentants de l'industrie des AAF, des professionnels, des vendeurs ainsi que des

organismes de financement. Ces groupes ont été dirigés par Mme Scott, avec l'aide de Mme Thomas dans l'un des cas. Les délibérations des six groupes ont été enregistrées, puis transcrites. Les conclusions du groupe francophone ont été traduites vers l'anglais.

Nous avons demandé aux membres du Comité directeur de décider sur quels appareils et accessoires fonctionnels porterait l'étude. Ils ont recommandé qu'elle porte sur les cannes, les barres d'appui pour la salle de bain et les protège-hanches. Ils ont également examiné un échantillon de questions ainsi que la formule à utiliser pour les discussions. L'annexe A renferme la série finale de questions utilisées pour chacun des groupes.

À partir des conseils du Comité directeur national, nous avons adopté un modèle de décision pour orienter les questions de manière à bien faire ressortir les expériences et les préoccupations des participants à chaque étape du processus, tel que suggéré par Prochaska et DiClemente (1983). Le modèle de ces chercheurs, du nom de modèle transthéorique de changement de comportement (MTC), a pour objet d'évaluer la réceptivité d'une personne au changement pour ensuite concevoir un programme d'intervention adapté à ses besoins uniques.

Les groupes de discussion s'avèrent un moyen très efficace pour mieux comprendre les attitudes, opinions, valeurs et croyances communes de clientèles particulières. Utilisées en milieu d'affaires et en milieu universitaire, les données recueillies auprès des groupes de discussion apportent des nuances importantes que des enquêtes ou des questionnaires ne permettent pas de relever. Ces groupes ne se veulent cependant pas représentatifs de la population. On ne peut se fonder sur les données qui en proviennent pour tirer des conclusions générales au sujet des caractéristiques d'une population, pas plus que l'on peut les utiliser pour prédire le comportement d'une population. Les données

du présent rapport sont présentées dans le but d'accroître la compréhension des attitudes, des opinions, des valeurs et des croyances répandues au sujet des appareils et accessoires fonctionnels.

3.3 Participants aux groupes de discussion formés d'ânés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins

Parmi les membres des groupes de discussion, on retrouve des personnes des deux sexes et de profils diversifiés en termes de degrés d'incapacité, de types d'utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels, de niveau de revenu et d'origine ethnique. Nous nous sommes en outre efforcées d'inclure dans chaque groupe une combinaison d'ânés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins. Nous avons choisi pour les rencontres des endroits accessibles et centraux, tels des centres pour personnes âgées, des hôtels et des salles de la Légion. Les frais de déplacement étaient remboursés au besoin, et de légers rafraîchissements étaient servis à tous les participants.

Au total, 34 personnes ont pris part à quatre discussions de groupe, comme suit : Charlottetown – 11 (32 %), Prince George – 10 (29 %), Gatineau – 9 (27 %) et Calgary – 4 (12 %). Du point de vue de la langue maternelle, 62 % des participants étaient anglophones, 32 % étaient francophones et deux étaient de langue maternelle « autre ». Parmi ces 34 personnes, 27 (80 %) étaient âgées de 65 ans et plus; l'âge des participants allait de 36 à 86 ans, leur âge médian étant de 72 ans. Leur état civil est indiqué dans le tableau 1. La colonne « % valide » exclut toutes les données manquantes.

Tableau 1

		État civil			
		Fréquen	%	% valide	% cumulatif
Vali	Divorcés/sépar	6	17.	18.	18.
	Marié(e)s/Union	19	55.	57.	75.
	Célibataires	1	2.9	3.0	78.
	Veufs/v	7	20.	21.	100.
	Tot	33	97.	100.	
Manq	"Pas de	1	2.9		
Tot		34	100.		

Neuf des participants (27 %) ont dit être des anciens combattants. Soixante-deux pour cent (62 %) (n=21) étaient des femmes. Douze (12) au total (45 %) ont déclaré dispenser des soins à un ou des ânés. Quatorze (14) vivaient seuls, et parmi les autres, 12 vivaient avec leur conjoint, quatre vivaient avec leurs enfants et trois, avec des personnes « autres ».

Les niveaux de scolarité suivants ont été déclarés par les participants : 15 % avaient fait des études primaires; 38 % avaient terminé une formation de niveau postsecondaire ou autre; 9 % possédaient un diplôme universitaire et une personne n'a pas répondu à la question. Lorsque nous leur avons demandé dans quelle mesure leur revenu suffisait à leurs besoins actuels, 4 personnes (12 %) ont répondu qu'il était « tout à fait inadéquat », 3 (9 %) ont déclaré qu'il était « pratiquement inadéquat », 10 (29 %) l'ont qualifié de « pratiquement adéquat » et 15 (44 %) ont dit qu'il était « tout à fait adéquat ».

3.4 Participants aux groupes de discussion formés de professionnels et de fournisseurs

Treize (13) personnes au total – neuf femmes et quatre hommes – ont participé aux deux groupes de discussion formés de professionnels et de fournisseurs : quatre représentants d'organismes de financement, deux fournisseurs ou fabricants d'AAF, deux ergothérapeutes, deux physiothérapeutes et trois détaillants. Ces personnes travaillaient dans leur domaine depuis une période allant

de un à 27 ans. L'une d'elles a dit avoir fait des études secondaires et les autres, posséder un diplôme d'études collégiales ou universitaires. Les groupes de professionnels et fournisseurs ne comptaient aucun aîné, bien que leurs membres aient été âgés de plus de 40 ans. Les catégories d'âge des professionnels sont précisées dans le tableau 2. La colonne « % valide » exclut toutes les données manquantes.

Tableau 2

		Catégorie d'âge			
		Fréquen	%	% valide	% cumul
Vali	19-	2	15.	16.	16.
	30-	1	7.	8.	25.
	40-	3	23.	25.	50.
	50-	6	46.	50.	100.
	Tot	12	92.	100.	-
Manq	Pas de	1	7.	-	-
Tot		13	100.		

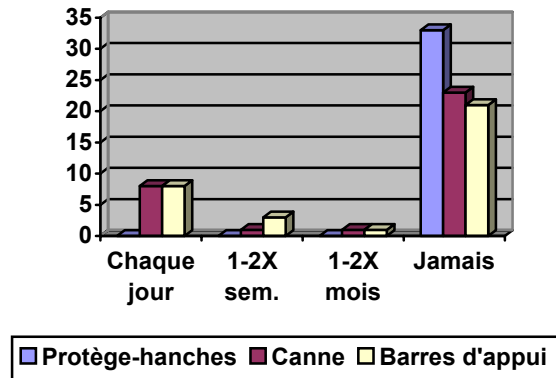
3.5 Connaissance et utilisation des appareils et accessoires fonctionnels

Dans le questionnaire de présélection, on demandait aux participants du groupe des aînés, anciens combattants et dispensateurs de soins s'ils avaient déjà entendu parler de trois accessoires fonctionnels donnés et s'ils les avaient déjà utilisés. Leurs réponses sont résumées dans le tableau 3. Étant donné que nos participants ne constituent pas un échantillon représentatif et que leur nombre est restreint, ces chiffres ne peuvent être transposés à l'ensemble de la population. Ils sont présentés dans le but de décrire les participants.

Tableau 3
Connaissance et utilisation d'AAF donnés
(n=34)

Question	Fréquence de Oui (1 réponse manquante)	Pourcentage de Oui (1 réponse manquante)
1. Avez-vous entendu parler des cannes?	34	100 %
2. En avez-vous déjà utilisé une?	13	40 %
3. Avez-vous entendu parler des barres d'appui?	33	97 %
4. En avez-vous déjà utilisé?	17	53 %
5. Avez-vous entendu parler des protège-hanches?	3	9 %
6. En avez-vous déjà utilisé?	0	97 %

Figure 2
Tendances d'utilisation des appareils et
accessoires fonctionnels (n=34)



Tel qu'illustré au tableau 3, alors que tous les participants avaient déjà entendu parler des cannes et que la plupart avaient déjà entendu parler des barres d'appui, seulement 3 (9 %) avaient entendu parler des protège-hanches. Quarante pour cent (40 %) avaient de fait déjà utilisé une canne, 53 % s'étaient servi de barres d'appui et aucun n'avait utilisé de protège-hanches. La figure 2 illustre les tendances d'utilisation de ces AAF. Parmi les utilisateurs de cannes et de barres d'appui, la réponse la plus courante au sujet de la fréquence d'utilisation était « chaque jour ». Un petit nombre utilisaient ces accessoires de façon périodique.

4.0 Conclusions de l'étude

Les conclusions qui suivent sont le fruit des analyses des données recueillies auprès des quatre groupes d'aînés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins et des deux groupes de professionnels et de fournisseurs décrits au chapitre 3, sous Méthodologie. Ces conclusions sont présentées et regroupées sous les rubriques suivantes, qui reflètent les thèmes et sous-thèmes dominants ressortis de l'étude :

- 4.1 Appareils et accessoires donnés : attitudes et opinions
- 4.2 Prise de conscience du besoin
- 4.3 Collecte d'information
- 4.4 Obtention d'un AAF
- 4.5 Facteurs favorables et défavorables à l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels

Pris en bloc, ces thèmes décrivent les principales perspectives, opinions et connaissances ressortant de la réponse des participants aux questions débattues dans les groupes de discussion. En raison de la petitesse et de la non-représentativité de l'échantillon, ces conclusions apportent de l'information et des suggestions, mais elles ne peuvent être appliquées à l'ensemble de la population. Elles viendront s'ajouter à la somme de plus en plus grande de renseignements sur l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels par les personnes âgées, les dispensateurs de soins, les professionnels ainsi que les fournisseurs commerciaux qui aident à leur sélection et en recommandent l'utilisation et l'achat. Le chapitre 5, Incidence et recommandations, renferme une analyse plus détaillée des conclusions, y compris des renvois à d'autres documents et une explication des retombées de la présente étude.

4.1 Appareils et accessoires donnés : attitudes et opinions

La présente partie décrit de façon générale les commentaires des participants et leurs attitudes à l'endroit de divers appareils et accessoires

fonctionnels. Nous y livrons notamment un aperçu de certaines croyances générales au sujet de la l'utilité perçue des divers AAF pour les personnes âgées. Bien que les commentaires soient spéculatifs, les données illustrent la connaissance générale des appareils ou accessoires et, dans certains cas, livrent des points de vue assez novateurs.

Les attitudes des participants à l'égard des divers appareils et accessoires sont regroupées sous cinq thèmes :

- 4.1.1 Appareils et accessoires favorisant la stabilité
- 4.1.2 Soulève-personne
- 4.1.3 Dispositifs de sécurité
- 4.1.4 Modifications du revêtement du sol au domicile
- 4.1.5 Réactions émotives aux AAF

4.1.1 Appareils et accessoires favorisant la stabilité

Les participants estiment que les AAF de ce groupe contribuent à la stabilité, aussi bien à l'intérieur de la maison qu'à l'extérieur. Ils les jugent utiles, puisque d'après eux, ils empêchent de glisser ou améliorent la texture d'une surface et la sensation qu'elle procure sous les pieds, ce qui aide à se déplacer sur le terrain. Cela laisse supposer que certains croient que l'utilisation de tels appareils et accessoires les aiderait à se sentir plus « en contact » avec le sol ou à mieux évaluer les surfaces inégales qu'ils ont de la difficulté à voir ou à percevoir. Comme l'a exprimé l'un d'eux en parlant d'un déambulateur muni de roues, « je peux voir quelqu'un se déplacer dans la rue avec... un appareil muni de roues et cela me paraît très utile, en ce sens que c'est une chose sur laquelle on peut s'appuyer et que le fait de pousser cela devant soi permet de sentir les bosses... ou la chaîne du trottoir ».

Les exemples les plus fréquemment mentionnés sont les déambulateurs et les déambulateurs avec roues, les tapis de bain,

les revêtements « auto-adhésifs » texturés pour la baignoire et les souliers et cannes munis de crampons qui adhèrent au sol et évitent de glisser sur les surfaces glacées. En parlant d'un revêtement texturé apposé sur le plancher d'une salle de bain, un participant a formulé le commentaire suivant : « ...on les installe de chaque côté de la baignoire, sur le plancher aussi, et c'est bon... oui, c'est bon de sentir la rugosité [de la surface]. » Une autre personne a parlé d'un système inventif conçu par un aîné pour l'aider à se déplacer avec assurance chez lui. Trouvant qu'un fauteuil roulant était encombrant, cet aîné a suggéré que l'on installe « un rail au plafond, muni d'une sorte de corde de *bungee* et d'un harnais pour l'utilisateur... ». Le tout est relié au rail, de sorte que la personne rebondit en quelque sorte, ce qui lui permet de sentir le sol tout en demeurant en équilibre sur ses pieds. De toute évidence, ce système a été installé et permet à la personne en question de se déplacer de façon sûre et stable dans sa maison, sans faire de chute!

4.1.2 *Soulève-personne*

Les participants ont fait mention d'une gamme d'appareils et accessoires qu'ils trouvent utiles pour soulever une personne assise trop bas pour se lever sans danger. Les expériences les plus communément relatées ont trait à la frustration et à la crainte de tomber en sortant d'une baignoire basse, en se levant d'un fauteuil inclinable ou d'un sofa mou et peu élevé ou en se relevant de la toilette. D'après les situations décrites par bon nombre de participants, ces trois activités constituent des éléments essentiels de la vie quotidienne et le bon sens veut que la personne dispose d'appareils ou accessoires simples qui élèvent son centre de gravité et lui permettent de se relever en toute sécurité lorsqu'elle est assise. Tous les appareils et accessoires mentionnés se trouvent à l'intérieur du domicile. Mentionnons notamment les suivants : sièges pour la baignoire et la douche, bancs pour la baignoire, planches transversales pour la baignoire, soulève-personne facilitant l'entrée ou la sortie de la baignoire ou d'un fauteuil, barres de stabilisation apposées près d'un lit, d'un fauteuil ou d'un sofa afin que la personne puisse s'agripper pour se lever, et

oreillers fermes permettant d'élever toute position assise.

Se procurer un soulève-personne peu coûteux et facile à installer est perçu comme une solution individuelle simple aux problèmes courants que pose la faiblesse des jambes ou des genoux et comme un moyen de prévenir les chutes. L'une des participantes a bien résumé les choses en disant : « J'ai aussi dans ma baignoire une planche transversale sur laquelle je peux m'asseoir pour me laver en utilisant la douche-téléphone. Il me suffit de m'asseoir dessus et de basculer les jambes pour entrer ou sortir de la baignoire sans avoir à me lever. De cette façon je n'ai pas peur de tomber. »

4.1.3 *Dispositifs de sécurité*

La majeure partie des commentaires formulés au sujet des dispositifs visant à accroître la sécurité personnelle avaient trait aux chutes à domicile et à l'incapacité de se relever et d'appeler à l'aide. Plusieurs personnes ont exprimé une réelle crainte de se blesser et de ne pouvoir obtenir du secours. L'une d'elles a déclaré : « **Je veux seulement souligner que je n'ai plus la force que j'avais dans les bras et les jambes. Si je tombe, je ne peux pas me relever... C'est pourquoi je me suis munie de ce dispositif Lifeline... afin de pouvoir demander de l'aide.** » Les dispositifs de sécurité les plus courants sont les sonnettes d'appel, les alarmes électroniques que porte la personne et les veilleuses.

4.1.4 *Modification du revêtement du sol au domicile*

La discussion au sujet des AAF a également porté sur la conception de divers ustensiles et outils et sur la modification du revêtement du sol. Modifier la conception des outils peut éviter à l'utilisateur de se pencher inutilement ou de tendre vers un objet d'une façon maladroitement risquant d'affecter son équilibre et d'occasionner une chute. Les principaux

exemples cités sont les dispositifs de « préhension » et les brosses ou éponges pour le bain munies d'un long manche.

Les articles suivants sont utiles pour corriger les problèmes ou modifier les situations risquant de provoquer une chute : ruban à tapis, rampes de seuil et monte-escalier. Selon les participants, les tapis non fixés au sol présentent non seulement un grand risque de chute, mais ils posent aussi un problème dû au fait que personne ne veut s'en défaire. Ils ont une valeur sentimentale et aident à rendre la demeure « chaleureuse ». Comme l'a souligné une participante, « on voit souvent des tapis installés par-dessus une moquette, et les gens ne veulent pas s'en départir ». Par ailleurs, certains n'aiment pas du tout l'idée de se servir de ruban à tapis.

Finalement, les participants ont fait mention d'autres appareils ou accessoires pouvant s'avérer utiles ou nécessaires à certaines personnes aux prises avec des problèmes ou des circonstances particulières. Mentionnons, entre autres, les orthèses pour le genou, les régulateurs de température automatisés pour la baignoire ou la douche (pour les personnes âgées incapables de bien faire la distinction entre l'eau chaude et l'eau froide), les chaussures orthopédiques et les fauteuils roulants.

4.1.5 Réactions émotives aux AAF

Bien que la présente étude ait englobé un large éventail d'appareils et accessoires fonctionnels et que les discussions de groupe n'aient pas porté strictement sur certains types précis d'AAF, nous sommes surtout intéressées aux cannes, aux barres d'appui pour la salle de bain et aux sous-vêtements avec protège-hanches. Tous les groupes, spontanément, ont en outre parlé pendant un certain temps des déambulateurs.

Les discussions au sujet des différents AAF ont été teintées de divers aspects d'ordre émotif. Ainsi, celles portant sur les barres d'appui pour la salle de bain ont mis l'accent sur l'utilité, l'installation et le prix des articles plutôt que sur la perception qu'une personne peut en avoir ou sa

perception de ce qu'en pensent les autres. L'échange qui suit reflète bien le ton de ces discussions :

Femme : Cela sert à se relever de la toilette et à entrer dans la baignoire ou en sortir, parce que c'est près de l'une et l'autre.

Homme : S'agit-il d'une barre qui se fixe au moyen d'une pince sur le côté de la baignoire?

Femme : Non, non, c'est une barre murale. Elle est installée au mur.

Homme : J'en ai une qui se relève sur le côté de ma baignoire.

Les discussions au sujet des sous-vêtements avec protège-hanches ont été à la fois fonctionnelles et teintées d'émotivité. Les gens ont réagi aux modèles de sous-vêtements non seulement en livrant des commentaires, mais en faisant la grimace pendant qu'ils les examinaient. Étant donné qu'une personne sur trois seulement avait déjà entendu parler des protège-hanches, une grande partie de la discussion au sein des groupes d'aînés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins s'est déroulée sous forme de questions adressées aux chercheurs. Ces questions portaient le plus souvent sur le risque que les protège-hanches se voient sous les vêtements et fassent paraître les hanches plus larges. Certains ont également demandé s'il était facile d'enfiler et d'enlever ces sous-vêtements et quelle en était l'efficacité.

En ce qui a trait aux cannes et aux déambulateurs, les participants ont discuté de leur perception par autrui, et plus précisément de l'étiquette de personne « âgée » ou « handicapée » qui est associée aux appareils et accessoires fonctionnels. Au cours d'un débat sur la question de savoir si les cannes permettaient à leur utilisateur de se sentir plus fort ou plus faible, un ancien combattant a déclaré : « **Si j'allais à la Légion avec une canne, on me demanderait ' Que fais-tu avec une canne? Qu'est-ce qui t'arrive?' Il faudrait que je commence à parler de ces**

choses-là, et je n'en ai pas envie. Donc, je fais comme si je n'avais pas de problème. » Une femme a quant à elle affirmé qu'elle n'utiliserait une canne que si elle déménageait. Certains aînés ont parlé des différents modèles et styles de cannes et de déambulateurs, y compris de la place qu'occupait autrefois la canne dans la tenue du gentleman.

4.2 Prise de conscience du besoin

De façon générale, cette partie reflète les processus décrivant la façon dont, selon les participants, les personnes âgées en viennent à reconnaître qu'elles ont peut-être besoin d'un appareil ou accessoire fonctionnel. Les quatre « chemins de décision » suivants semblent le mieux décrire ces processus :

- 4.2.1 Crise ou événement déclencheur
- 4.2.2 Observation d'une diminution graduelle de la capacité et adaptation progressive
- 4.2.3 Recommandation ou intervention d'un dispensateur de soins ou d'un membre de la famille
- 4.2.4 Intervention ou aiguillage d'un professionnel de la santé

4.2.1 Crise ou événement déclencheur

Le processus cité le premier et le plus fréquemment en tant que facteur de prise de conscience du besoin est la survenance d'une crise ou d'un événement déclencheur important pour la personne. Il a surtout été mentionné par les participants ayant eux-même vécu ou connaissant quelqu'un qui ait vécu une chute grave, une fracture causée par une chute ou de sérieux problèmes de mobilité donnant lieu à une crise médicale (étourdissements constants, démarche instable, trébuchements constants). **La crise ou l'événement déclencheur a tellement ébranlé le mode de fonctionnement habituel ou la qualité de vie de la personne qu'elle s'est vue forcée de modifier sa façon d'aborder les choses et son comportement.**

Un homme a décrit comment il en était venu à utiliser une canne, lors d'une infection soudaine et

persistante de l'oreille interne qui lui causait des vertiges et des acouphènes si prononcés qu'il avait beaucoup de difficulté à marcher. « C'est à cette occasion-là que j'ai eu ma première canne. En tout cas, c'est là que ça a commencé. », a-t-il déclaré.

4.2.2 Observation d'une diminution graduelle de la capacité et adaptation progressive

Le deuxième processus qui amène les gens à se rendre compte qu'ils ont besoin d'un AAF est l'aptitude de moins en moins grande à s'adonner à leurs activités courantes, telles prendre un bain, ou encore certains changements graduels mais remarquables dans leur démarche, comme des trébuchements persistants, des quasi-chutes ou un manque de stabilité et d'équilibre provoquant une peur constante de tomber. Les participants ont cité divers moyens qu'utilisent les aînés pour compenser de tels problèmes ou pour s'adapter, mais peu d'entre eux ont dit avoir pensé rapidement qu'ils avaient besoin d'un AAF. Ils ont plutôt composé avec la situation en restreignant leurs activités ou en se débrouillant tant bien que mal jusqu'à ce que ce moyen d'adaptation devienne inefficace. Dans ce cas, **c'est l'aggravation des problèmes d'équilibre et de fonctionnement, et non la prise de conscience du « besoin » d'un appareil ou accessoire fonctionnel, qui a poussé les personnes à rechercher une aide quelconque.**

Une participante a déclaré : « Je manquais vraiment d'équilibre; je chancelais. À la maison, il y avait un sous-sol, mais je me suis rendu compte que je ne n'avais pas à l'utiliser. J'ai en quelque sorte éliminé tout ce qu'il n'était pas essentiel que je fasse. » Confrontée à un nombre de plus en plus grand de troubles physiques ou à un ralentissement graduel de ses fonctions physiques, cette personne âgée a dit avoir commencé à penser à plus tard et à se demander « Qu'est-ce que je vais faire si...? »

Cette approche laisse supposer que **la prise de conscience du besoin se fait graduellement, à mesure que s'installe la crainte de voir sa condition se détériorer, et que c'est cette crainte qui incite à chercher de l'aide.** Certains participants prévoyaient avoir besoin d'un appareil ou accessoire en vieillissant, étant persuadés que le vieillissement entraînait une diminution graduelle de leur capacité. Un ancien combattant a déclaré qu'il ne s'était jamais servi d'une canne ou d'un déambulateur malgré ses problèmes d'équilibre, mais qu'il songeait à le faire un jour. « Je n'utilise ni canne, ni marchette, ni quoi que ce soit. Pas encore, en tout cas. Mais ce jour viendra sans doute. »

Certaines personnes âgées ayant participé à l'étude croyaient que l'utilisation d'un appareil ou accessoire fonctionnel leur assurerait la tranquillité d'esprit advenant que leur condition se détériore. L'une d'elles, qui avait déjà fait une chute grave, avait choisi de se munir d'un bracelet d'alerte médicale pour se sentir en sécurité en cas de nouvelle chute. Elle se disait bien soulagée de savoir qu'il lui suffisait d'appeler à l'aide. « Cela permet d'avoir l'esprit bien tranquille. »

4.2.3 Recommandation ou intervention d'un dispensateur de soins ou d'un membre de la famille

Le troisième processus menant à la prise de conscience du besoin d'AAF est l'intervention ou la recommandation non sollicitée d'un membre de la famille ou d'un dispensateur de soins qui suggère l'utilisation d'un accessoire ou qui, tout simplement, en procure un à la personne qui lui est chère.

Un aidant naturel a souligné à cet égard : « Nous avons apporté une canne à maman parce qu'elle aimait marcher et que nous avons peur qu'elle tombe. » Dans la plupart des cas, les interventions des membres de la famille ont été décrites comme des démarches proactives et prévisionnelles. Ils croyaient déceler de sérieux problèmes causés par une instabilité de la démarche, laquelle accroît les risques de chute. Comme l'a laissé entendre un fournisseur, « **en suggérant à un être cher**

d'utiliser un appareil ou accessoire fonctionnel, les membres de la famille l'aident à demeurer autonome. »

En revanche, cette prise de conscience d'un besoin n'est pas nécessairement partagée par la personne concernée, qui n'est pas toujours réceptive non plus aux suggestions de sa famille. Certains aînés ont indiqué que pareille intervention des membres de la famille avait mis en lumière leur « perte d'autonomie ». Comme l'a exprimé l'un d'eux, « **certaines personnes ne veulent pas admettre qu'elles ont besoin de quelque chose** ».

4.2.4 Intervention ou aiguillage d'un professionnel de la santé

Le quatrième processus qui amène les gens à se rendre compte qu'ils ont besoin d'appareil ou accessoire fonctionnel est l'aiguillage direct d'un médecin ou une autre intervention d'un professionnel de la santé. Le fait qu'un médecin dise à une personne qu'elle aurait besoin d'une canne ou de rampes, par exemple, a tout simplement plus de poids auprès de certains aînés, peu importe que des membres de la famille leur aient déjà dit la même chose. Selon un professionnel, « **dans un premier temps, les enfants essaient de le faire [de recommander un AAF], souvent sans succès. Il faut qu'intervienne un professionnel de l'extérieur, qui pourtant donnera probablement les mêmes conseils qu'eux** ». Donner une étiquette médicale à un problème (p. ex., hypertension ou ostéoarthrite) semble permettre à certaines personnes âgées d'accepter le fait qu'elles doivent utiliser un appareil ou un accessoire fonctionnel.

En résumé, les conclusions de l'étude indiquent que la perception du besoin est une expérience personnelle complexe. Comme l'a déclaré un participant, « **il faut être soi-même convaincu d'en avoir réellement besoin** ».

Ces quatre processus décrivent les voies qu'empruntent fréquemment les aînés, d'après

les témoignages reçus, pour en arriver à prendre conscience de leur besoin d'AAF. Il ne s'agit en aucun cas des seules raisons qui les motivent ou de raisons qui s'excluent l'une l'autre. Les données laissent entendre que les gens sont plus susceptibles de décider de se procurer un AAF en présence d'une ou de plus d'une des conditions suivantes : un événement déclencheur tel un incident grave et débilant lié à la mobilité; une diminution notable de la mobilité associée, par exemple, à des problèmes de démarche et d'équilibre, à une douleur ou à un affaiblissement graduel des jambes; l'observation par la famille de changements fonctionnels susceptibles d'accroître le risque de blessures et de chutes; l'intervention et le diagnostic d'un professionnel de la santé.

4.3 Collecte d'information

De façon générale, ce point traite de la manière et de la forme dans laquelle, de l'avis des participants, les personnes âgées accèdent le mieux à l'information sur les appareils et accessoires fonctionnels. Les thèmes définis sont les suivants :

- 4.3.1 Importance du contact personnel dans l'obtention d'information
- 4.3.2 Obtention de conseils professionnels
- 4.3.3 Autres sources d'information sur les appareils et accessoires fonctionnels
- 4.3.4 Uniformité des messages
- 4.3.5 Fiabilité des sources

4.3.1 Importance du contact personnel dans l'obtention d'information

Parmi les moyens utilisés pour obtenir de l'information, le plus fréquemment mentionné est l'interaction directe avec une ou plusieurs personnes. Les participants en ont fourni de nombreux exemples, comme : appeler une ligne de renseignements ou un numéro 1-800 et discuter avec quelqu'un, se rendre dans une clinique de physiothérapie ou dans un hôpital et parler au personnel, faire une visite dans un foyer de soins infirmiers et s'entretenir avec les dispensateurs de soins de première ligne qui se servent quotidiennement des appareils et accessoires, ou discuter avec un pharmacien de la localité.

L'élément commun de tous les exemples fournis est l'importance accordée au contact personnel, c'est-à-dire au simple fait de parler à quelqu'un que l'on juge bien informé. Comme l'a fait remarquer une participante qui s'était rendue dans un foyer de soins infirmiers, « les membres du personnel, les gens qui dispensent réellement les soins, en savent parfois plus [au sujet des AAF] que les infirmiers et infirmières autorisés, parce que ce sont eux qui utilisent vraiment les AAF dans leur travail ».

Plusieurs ont mentionné qu'ils n'aimaient pas les lignes d'information sur lesquelles on obtient un message enregistré. « Non! Je déteste les messages enregistrés. Je veux parler à quelqu'un », a déclaré un participant. En outre, quelques-uns ont souligné qu'appeler un numéro sans frais pouvait poser des défis cognitifs pour certains aînés. Dans un message, on demande à la personne au bout du fil d'avoir en main du papier et un crayon et de suivre mentalement de l'information fournie très rapidement, ce qui peut être difficile et frustrant pour quelques aînés.

Selon quelques-uns, une source centrale d'accès à l'information, même si ce service renvoyait l'interlocuteur à une autre source, serait utile... dans la mesure où ils pourraient parler avec « une vraie personne ». L'élément clé soulevé par tous est le contact personnel.

4.3.2 Obtention de conseils professionnels

Une fois qu'elles ont décidé qu'elles auraient avantage à utiliser un AAF, les personnes âgées se tournent souvent vers des professionnels pour valider ce besoin et déterminer quel appareil ou accessoire serait indiqué dans leur cas. Les participants ont discuté d'un certain nombre de moyens de recevoir des conseils professionnels au sujet des AAF. Tel que mentionné plus tôt, il se peut que des professionnels aient été au départ les déclencheurs de la demande, de sorte que les processus ne se déroulent pas

nécessairement dans l'ordre décrit et ne sont pas nécessairement vécus par tous les aînés.

Un grand nombre des personnes âgées participant à l'étude auraient préféré recevoir des conseils de leur médecin de famille. Plusieurs ont mentionné qu'elles avaient une relation bien établie avec leur médecin, qui connaît tous leurs antécédents médicaux. Comme l'a exprimé l'une d'elles, « [Nous nous] adressons à notre médecin de famille, avec qui nous nous sentons à l'aise. Il ou elle obtiendra cette information pour nous ». Un autre participant a fait remarquer que cette **grande confiance dans le médecin de famille caractérise l'actuelle génération d'aînés** : « Les personnes de cette génération écoutent en général les conseils de leur médecin. »

Bien que le médecin soit la source d'information privilégiée par la majeure partie des participants, ces derniers soulèvent quelques mises en garde et inconvénients. Ainsi, certains aînés sont plutôt réticents à rencontrer leur médecin, trouvant par exemple qu'il est parfois difficile d'obtenir un rendez-vous. Ils semblent croire aussi que leurs inquiétudes seront jugées futiles. « **Même si on pense en avoir besoin, on hésite à déranger le médecin [pour pareille futilité]** ». De toute évidence, c'est comme cela que certains médecins considèrent ce genre de préoccupation. Une aînée a relaté l'expérience suivante : « Je voulais que quelqu'un m'aide. Or, la première chose que m'a dit le médecin, c'est 'Vous savez, vous ne rajeunissez pas'. Je lui ai répondu 'Justement, vous devriez m'aider à vivre plus longtemps...'. Il n'a pas apprécié. ».

D'après certains participants, les médecins ont tendance à dire aux aînés ce dont ils ont besoin plutôt que de leur expliquer comment un appareil ou un accessoire pourrait accroître leur sécurité et promouvoir leur autonomie. Un dispensateur de soins a déclaré ce qui suit : « **Je trouve souvent que les médecins veulent imposer des choses aux aînés, ce qui leur laisse l'impression qu'ils sont devenus inaptes.** Je regrette, mais je pense que les aînés ont besoin de se sentir autonomes et qu'ils veulent le demeurer le plus longtemps possible. »

Une autre crainte des aînés est que leur médecin, s'ils lui disent se sentir instables sur leurs jambes ou avoir fait une chute, décide que leur état se détériore et qu'ils ont besoin de plus de médicaments, ou même d'être placés dans un foyer de soins infirmiers. Un physiothérapeute participant a confirmé ce point de vue en disant : « **Beaucoup de clients ne veulent pas aborder leurs problèmes avec le médecin parce que souvent, on leur répond 'Eh bien, vous devriez songer à déménager dans une maison de retraite ou un foyer de soins infirmiers.'** »

Les physiothérapeutes et les ergothérapeutes sont considérés comme de précieuses sources de conseils. Bon nombre de participants ont souligné que des thérapeutes leur avaient expliqué le fonctionnement d'un appareil, en quoi il favorisait l'autonomie et la sécurité et, chose très importante, comment l'utiliser correctement. En parlant des conseils prodigués par leur médecin, ils n'ont pas mentionné avoir reçu ce genre de directives ou d'enseignement.

En outre, plusieurs ont déclaré que des thérapeutes, particulièrement des ergothérapeutes, leur avaient souvent rendu visite à domicile pour voir comment ils se débrouillaient. Comme l'a souligné un dispensateur de soins, « **C'est là que les ergothérapeutes jouent un rôle important. Ils montrent aux gens comment fonctionnent les appareils et, selon la situation, comment s'en servir. Je pense qu'il est important de rassurer les gens sur la façon d'utiliser leur appareil ou accessoire.** »

Les participants qui ont fait mention des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes étaient le plus souvent des personnes utilisant ou ayant déjà utilisé un appareil ou accessoire fonctionnel. Un représentant de l'industrie s'est dit entièrement d'accord avec cela, déclarant : « Nous suivons en quelque sorte un protocole selon lequel si le client n'a pas

encore vu de thérapeute, nous l'encourageons à le faire... pour que nous puissions travailler ensemble. »

Les participants ont cité d'autres sources de conseils professionnels, comme se rendre dans une clinique ou un service de santé local, mais plusieurs ont fait remarquer à quel point le système de santé pouvait être déroutant pour les aînés qui ne savent pas y naviguer et y trouver les ressources appropriées. Une autre des possibilités soulevées consiste à discuter de la question avec un préposé aux soins à domicile ou un travailleur social qui « connaît le système » et qui peut les diriger vers l'aide indiquée.

De façon générale, **les principaux attributs auxquels les participants prêtent de l'importance dans l'obtention de conseils professionnels, peu importe leur provenance, sont la confiance, l'expérience et l'existence d'un lien, de préférence continu** (même si la source est un organisme public). Ils apprécient recevoir un enseignement et des directives mettant l'accent sur la façon dont un AAF favorisera leur autonomie, leur qualité de vie et leur sécurité.

4.3.3 *Autres sources d'information sur les appareils et accessoires fonctionnels*

Outre la communication personnelle directe, les participants ont dit apprécier **les documents écrits portant sur diverses questions de santé, soulignant que les imprimés conçus par des sources fiables et affichés dans des endroits respectés ou diffusés dans des brochures et des circulaires (p. ex., le catalogue de Sears, les circulaires des pharmacies) constituent un moyen efficace d'obtenir de l'information.** Dans une municipalité, par exemple, les personnes présentes ont parlé d'une publication hebdomadaire locale à l'intention des aînés qui constitue une source fiable de renseignements sur un certain nombre de sujets, dont la santé. La communication écrite permet aux aînés d'avoir quelque chose en mains et de le lire à leur rythme. Ils n'ont pas à se souvenir d'un numéro, et cela leur fournit une source centrale de précisions sur le sujet.

Les membres des groupes de discussion ont également parlé de leurs sources d'information écrite les plus probables.

Plusieurs se sont dit d'avis que la présence d'imprimés dans le bureau d'un médecin est un moyen pratique et éprouvé d'obtenir de l'information écrite sur les questions qui touchent la santé. Parmi les diverses sources d'information mentionnées par les participants, soulignons les centres pour personnes âgées, la Société d'arthrite, les hôpitaux de réadaptation, le Régime de pension du Canada (p. ex., un dépliant sur les AAF joint aux relevés de pension) ainsi que « toute espèce de centre » fréquenté par des aînés. Plusieurs personnes ont convenu que bien des aînés ramassent régulièrement les imprimés offerts dans leurs magasins ou services nationaux et locaux favoris. Une personne a mentionné que le magazine de l'Association canadienne des individus retraités, publié régulièrement, est un excellent véhicule pour la distribution d'imprimés. Comme il l'a précisé, « je pense que cent mille personnes reçoivent à l'heure actuelle ce magazine au Canada ».

Selon plusieurs, la **radio** est un moyen utile d'obtenir de l'information sur les appareils et accessoires fonctionnels. Il semble que beaucoup d'aînés écoutent régulièrement des émissions nationales, à la radio de Radio-Canada, par exemple. Ce véhicule pourrait offrir une source connue et fiable d'information, sans publicité commerciale.

En ce qui a trait à la **télévision**, les opinions sont complexes et partagées. D'une part, certains pensent que la publicité par messages télévisés avec témoignages peut s'avérer utile dans la mesure où elle est présentée de façon éthique et personnelle et où elle est de bon goût. Même **l'humour est de mise; plusieurs participants ont souligné que les aînés y réagissent bien.** Par ailleurs, beaucoup sont d'avis que la télévision serait utile pour présenter une série sur les appareils et accessoires fonctionnels, dans le cadre, par

exemple, d'une émission régulière que l'on pourrait diffuser au fil du temps, puis rediffuser une fois qu'elle aurait retenu l'attention générale.

Selon certains membres des groupes de discussion, les messages télévisés à débit rapide et de courte durée dans lesquels on communique un numéro 1-800 ne sont pas utiles. Le principal argument soulevé est que « **les aînés veulent prendre leur temps pour examiner l'information et évaluer les mesures à prendre** ». En raison de leur rythme accéléré, les commerciaux télévisés ne laissent pas le temps de consulter l'information transmise et d'en examiner l'utilité.

Le mode de communication le moins favorisé par les participants est l'Internet. Plusieurs ont toutefois indiqué que l'information en ligne sur les appareils et accessoires fonctionnels pourrait être axée sur les plus jeunes membres de la famille sachant comment « naviguer sur le Net ». Certains ont précisé que même si quelqu'un d'autre, comme un membre de la famille, téléchargeait l'information à partir d'Internet et l'imprimait pour eux, ils hésiteraient à en reconnaître la légitimité. Une ou deux personnes ont cependant dit avoir parcouru ce genre d'information par le passé.

4.3.4 Uniformité des messages

L'importance de l'uniformité des messages sur les AAF a également été soulevée par les participants aux discussions. De l'avis de plusieurs, la publication continue d'une annonce dans les journaux (ou encore sur les autobus ou les abribus) – dans le style de la bannière « *Pregnant and Need Help?* » - pourrait être d'une grande utilité. Une personne a suggéré l'affichage d'un numéro de type 1-800 DON'T FALL dans des endroits bien en vue fréquentés par les aînés. Cette façon de faire donnerait accès à une source centrale fiable d'information uniforme. **Les aînés se familiariseraient ainsi avec des messages uniformes et accorderaient peu à peu leur confiance à la collecte d'information au sujet des appareils et accessoires fonctionnels.**

Nous avons relevé des différences au plan de la recherche d'information entre les anciens combattants et les autres participants. En effet, **les anciens combattants ont accès à des services de counselling et à d'autres sources d'information non accessibles aux autres aînés.** Ils possèdent en outre un numéro d'identification, qu'ils donnent lorsqu'ils communiquent avec le ministère des Anciens combattants. Grâce à ce numéro, le personnel des différents secteurs de programme peut accéder à leur dossier et leur fournir des renseignements plus personnalisés en se fondant sur l'information personnelle (et confidentielle) qu'il renferme. Ce système semble permettre de rationaliser les sources d'information d'une façon non accessible aux civils et, partant, de livrer des renseignements apparemment plus uniformes.

4.3.5 Fiabilité des sources

Les membres des divers groupes ont beaucoup discuté de la fiabilité des sources. Il pourrait être très utile de compter sur une personne fiable et connue, peut-être quelqu'un de très estimé du public. Une participante a par ailleurs laissé entendre que de l'information qui serait livrée par quelqu'un à qui elle puisse s'identifier [un pair] retiendrait son attention : « Les gens diraient 'eh bien, elle a l'air satisfaite d'utiliser cet appareil; je vais m'en procurer un aussi'. En cas de besoin, bien sûr ». Les autres participants ont convenu de **l'utilité des témoignages de gens parlant de leur expérience personnelle avec un AAF et du fait que cette formule pourrait leur permettre de s'identifier.** Comme l'a déclaré un participant, « Ce que j'aime, ce sont les messages dans lesquels quelqu'un livre un témoignage ». Il est clair qu'il doit s'agir de faits réels, et non uniquement de témoignages fictifs livrés par des acteurs.

D'autres distinctions ont été faites au sujet de ce qui constitue une source fiable. Plusieurs ont été mentionnées, dont le gouvernement. Un participant s'est dit d'avis qu'un message livré par une personnalité publique bien

connue retiendrait l'attention des aînés. Un autre a mentionné que l'information fournie par une association professionnelle, ou même par un regroupement d'associations - de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes, par exemple - serait jugée fiable. Comme l'a fait remarquer un aîné, « **Je réagis mieux à l'intervention d'un professionnel de la santé ou d'une association... cela repose également sur des preuves, vous savez, pas seulement des anecdotes** ». Donc, alors que certains aînés trouvent les récits personnels attrayants, d'autres souhaitent que des professionnels leur présentent des « faits indéniables ».

Dans tous les groupes, des gens ont fait la distinction entre la présentation d'information fiable et crédible et les publiereportages dans lesquels une entreprise tente tout simplement de vendre un produit. Comme l'a exprimé un participant, « **ma première idée, lorsque l'information provient d'une entreprise, c'est qu'ils veulent me vendre leur équipement** ». Un autre a souligné : « Vous savez, lorsqu'une entreprise annonce un produit, certains se disent 'Tiens, je vais essayer ça'. Ensuite, ils se rendent compte que ça n'est pas le meilleur produit sur le marché. Moi, je suis très méfiant. »

4.4 Obtention d'un AAF

Les participants aux groupes de discussion ont décrit un large éventail de facteurs entourant l'achat proprement dit des appareils et accessoires fonctionnels. Nous les avons classés sous les thèmes suivants :

- 4.4.1 Obtenir de l'aide financière pour l'achat d'un AAF
- 4.4.2 Décider où magasiner
- 4.4.3 Obtenir de l'information au point de vente
- 4.4.4 Faire installer l'appareil ou l'accessoire

4.4.1 Obtenir de l'aide financière pour l'achat d'un AAF

Peu importe la région, tous les participants ont fait remarquer que pour les aînés à faible revenu, ceux qui ont un revenu fixe et même ceux qui

bénéficient d'une assurance privée supplémentaire, **l'évaluation est la première démarche à faire pour établir l'admissibilité à l'achat d'équipement**. Les directives et les critères d'admissibilité varient selon les régions, mais on exige dans toutes un contrôle du revenu et une ordonnance du médecin, suivis par un processus long et ardu d'attente, de présentation d'innombrables formulaires, puis d'approbation finale et d'aiguillage. Non seulement les démarches entourant l'évaluation et l'admissibilité embrouillent-elles un grand nombre d'aînés, mais certains se rendent compte avec grand étonnement que leur **assurance médicale** – même s'il s'agit d'une assurance supplémentaire – **est souvent insuffisante pour couvrir certains articles**.

Bon nombre de participants ont critiqué la couverture restreinte du régime d'assurance-maladie et exprimé leur méfiance à l'endroit des compagnies d'assurance privées. Selon certains, ces dernières couvrent rarement ce qui répond aux besoins du client et, pour sauver de l'argent, elles assurent uniquement l'article « bas de gamme » auquel la personne est admissible. Ainsi, un aîné peut être jugé admissible à un lit doté d'un dispositif de levage, mais d'un modèle avec levier manuel et non électrique; cela peut s'avérer tout à fait inapproprié pour une personne frêle qui a des problèmes d'équilibre et de mobilité. Tel que mentionné, « **ils [les aînés] se sont offert le luxe d'une assurance médicale, qu'ils ont payée toute leur vie, mais ils n'obtiendront pas nécessairement ce à quoi ils s'attendaient** ».

Comme l'a fait remarquer une ergothérapeute, « Nous rencontrons beaucoup de gens qui n'ont presque pas d'argent, qui reçoivent un supplément de revenu du gouvernement et dont le loyer et les autres dépenses supplémentaires sont payés par la famille. Il y a aussi ceux qui se passent d'AAF parce qu'ils n'en ont pas les moyens. »

Les anciens combattants qui souhaitent obtenir un appareil ou accessoire fonctionnel doivent également se soumettre à une évaluation, mais le processus, bien qu'il soit jugé long et bureaucratique, semble plus clair et plus équitable aux yeux de certains participants. L'un d'eux a émis l'hypothèse que le gouvernement, en achetant les articles en masse pour tous les anciens combattants, puisse maintenir les coûts plus bas grâce aux appels d'offres. Une autre des mesures d'économie présentées est le recyclage : « Un ancien combattant obtenait l'AAF, mais celui-ci était la propriété du gouvernement. Par la suite, on a ajouté un élément recyclage au programme et on a commencé à réutiliser les appareils et accessoires, ce qui en a accru la valeur. »

Quelques professionnels ont souligné que **les anciens combattants ne savent souvent pas à quels avantages ils ont droit, pas plus qu'ils ne savent qu'ils peuvent communiquer avec un conseiller pouvant les aider à obtenir un AAF.** L'un d'eux a parlé d'un ancien combattant qui pendant des années, avait payé ses médicaments de sa poche parce qu'il croyait que seuls les frais directement liés à son service de guerre étaient couverts. Les anciens combattants participant aux discussions ont confirmé ne pas savoir au juste ce qui était couvert ou non ni où s'adresser pour le savoir; le système leur paraît compliqué et il en va de même pour les autres anciens combattants qu'ils connaissent.

4.4.2 Décider où magasiner

Lorsque nous avons demandé aux participants où ils iraient pour se procurer un appareil ou un accessoire fonctionnel, la plupart ont répondu qu'ils se rendraient dans un commerce de détail spécialisé dans les articles tels les cannes, barres d'appui, triporteurs, déambulateurs, soulève-personne pour la baignoire et monte-escalier. Un grand nombre connaissent un magasin de fournitures médicales ou chirurgicales dans leur secteur ou à proximité. Cependant, **plusieurs personnes croyaient qu'elles s'y rendraient uniquement pour « jeter un coup d'œil » étant donné que les articles offerts dans ces points de vente ont la réputation de coûter cher.**

Quelques-uns ont mentionné que c'est un membre de leur famille, probablement un de leurs enfants, qui se rendrait chez le détaillant pour acheter ce qu'il jugerait nécessaire à leurs besoins. Selon un participant, « **80 % des achats d'AAF sont effectués par un enfant ou un membre de la famille et non par l'utilisateur lui-même** ».

Une participante s'est dit d'avis que les points de vente au détail ne sont pas adaptés aux personnes confinées à la maison ou ayant de graves problèmes de mobilité, alléguant que « c'est là le problème car souvent, ce sont les femmes seules et confinées à domicile qui ne connaissent pas bon nombre de ces appareils ou qui n'y ont pas accès ».

La plupart des participants à l'un des endroits visités connaissent dans leur secteur un point de vente de fournitures médicales administré par deux personnes ayant elles-mêmes des incapacités physiques. L'expérience et les connaissances de ces personnes semblaient beaucoup accroître leur crédibilité en tant que marchands fiables et dignes de confiance.

Des écarts importants ont été relevés entre les groupes de discussion en ce qui a trait à la disponibilité de points de vente au détail spécialisés. Dans une localité rurale, bon nombre de participants ont dit connaître uniquement les fournisseurs d'un grand centre se trouvant à 400 kilomètres de là. Ils ont indiqué devoir faire un grand nombre d'achats, particulièrement de gros articles, par téléphone ou par courrier. Cette situation est à l'opposé de celle décrite dans le paragraphe précédent. Au sein d'une communauté francophone, les participants ont nommé plusieurs fournisseurs, dont deux points de vente appréciés pour leur facilité d'accès.

Outre dans les magasins spécialisés, les participants ont mentionné qu'il était possible d'acheter des appareils et accessoires fonctionnels dans les quincailleries, les pharmacies et les grands magasins. L'un d'eux

a notamment indiqué qu'il avait pu s'y procurer des articles simples comme des cannes et des barres d'appui.

Les autres moyens d'obtenir un AAF qui ont été mentionnés sont des variantes des programmes de dons et de prêts à l'intention des civils. Plusieurs ont mentionné que la Croix Rouge constitue une excellente source d'approvisionnement pour les personnes ayant très peu d'argent. Les dons coordonnés par des organismes de services, des « départements de prêts » ou d'autres organismes locaux sont une ressource très utile pour les aînés à faible revenu ayant besoin d'un appareil ou d'un accessoire. Une autre variante a été décrite en ces termes par une ergothérapeute à l'emploi du programme de réadaptation d'un hôpital : « **Des dépositaires nous prêtent l'équipement, de sorte que les patients peuvent en faire l'essai et voir s'ils aiment ça ou non...** On ne sait pas avant d'essayer vraiment un AAF s'il peut convenir ou non... Pour le dépositaire, c'est de l'équipement qui peut 'dormir' là indéfiniment... mais si le patient aime l'AAF et décide de l'acheter, il [le dépositaire] fait une vente ». L'un des points positifs mentionnés dans une région est qu'une fois le client approuvé, « le thérapeute appelle un dépositaire... pour qu'il lui apporte les appareils ou accessoires fonctionnels... Ainsi, le client peut en faire l'essai dans son milieu pendant un certain temps. C'est simplement plus logique de procéder de cette façon, puisque c'est à cet endroit qu'il faudra avant tout s'assurer que ça fonctionne ».

4.4.3 Obtenir de l'information au point de vente

Selon un grand nombre de participants, même l'achat d'articles plus petits nécessite la présence au magasin de personnes bien informées qui puissent les mesurer, les ajuster et en expliquer le fonctionnement.

Beaucoup ont souligné que le meilleur moyen d'obtenir une ordonnance et de faire prendre ses mesures pour un appareil ou un accessoire était de passer par un centre ou un service de santé. Là, selon eux, des employés professionnels peuvent

leur prêter main-forte. Chose plus importante encore, les services de santé aident les aînés à répondre aux exigences entourant l'évaluation des besoins et l'admissibilité établies à des fins de détermination de la quote-part.

4.4.4 Faire installer l'appareil ou l'accessoire

Les aînés ont non seulement de la difficulté à déterminer quels appareils ou accessoires acheter et à quel endroit se les procurer, mais aussi, le cas échéant, à les installer. Pour eux, l'installation de barres d'appui est un processus assez complexe qui ne se limite pas à leur simple achat. Certains ont mentionné que cela coûtait cher et qu'il fallait faire appel à une personne de métier. Un fournisseur a déclaré : « Personnellement, je ne recommanderais jamais l'utilisation d'une barre d'appui qui n'ait pas été installée par un professionnel ». On craint qu'une installation inadéquate crée une situation plus dangereuse que l'absence de barre d'appui. Un autre participant a approuvé en ces termes : « Peu m'importe que ce soit leur gendre ou le concierge », lui ai-je dit, « si vous voulez que je le commande [l'AAF] de vous... la compagnie doit l'installer, un point c'est tout. »

Bien que les points de vente au détail spécialisés soient les endroits les plus familiers, voire les plus pratiques, pour examiner ou acheter directement un appareil ou un accessoire fonctionnel, d'autres possibilités sont offertes par l'entremise des services de santé ou des organismes communautaires de certaines localités. Cependant, sauf en cas de don direct à une personne, **l'obtention d'un AAF est considérée comme la dernière étape de ce que bon nombre de participants perçoivent comme un processus long, complexe et parfois même litigieux d'évaluation, de détermination de l'admissibilité et d'obtention de financement pour divers produits.** Le revenu du client ainsi que le type d'assurance médicale et la protection qu'elle

offre sont, à peu d'exceptions près, les principaux facteurs qui influent sur le résultat de ce processus.

4.5 Facteurs favorables et défavorables à l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels

Les participants ont discuté d'un grand nombre d'éléments et d'aspects différents qui influent sur l'utilisation d'un appareil ou accessoire fonctionnel par un aîné. **De façon générale, ils s'entendent pour dire que si l'AAF est bien ajusté et si l'on montre à la personne comment s'en servir, cela donne souvent de bons résultats.** Comme l'ont souligné deux thérapeutes en réadaptation, lorsqu'une personne âgée utilise un AAF, cela peut être « très stimulant... **On peut réellement le percevoir... son univers s'ouvre. Cela se voit dans ses yeux.** Elle peut faire des choses qu'il lui était impossible de faire auparavant. Cela lui ouvre des possibilités et lui donne de l'autonomie. Certaines [se disent alors] 'Parfait! Je peux me rendre à la société des alcools, au bingo ou ailleurs' ».

Les facteurs et éléments qui influent sur l'utilisation d'un appareil ou accessoire par une personne âgée sont de nature complexe et individuelle. Néanmoins, les participants ont souligné certains facteurs communs qui semblent avoir une influence sur l'utilisation réussie ou non réussie d'un AAF. Ils ont dégagé les sous-thèmes suivants :

- 4.5.1 Perception du besoin et du risque
- 4.5.2 Stigmates, apparence et fierté
- 4.5.3 Apprendre à vivre avec un AAF

4.5.1 Perception du besoin et du risque

Le tout premier facteur - et, pour certains, le plus complexe - qui influe sur l'utilisation d'un AAF par une personne âgée est sa perception du besoin qu'elle en a et sa compréhension et son acceptation des risques connexes. Un participant a parlé d'une personne qui utilise sa canne uniquement « parce qu'elle ne veut pas qu'on lui reproche de ne pas le faire ». En d'autres mots, c'est la pression sociale et non le besoin conscient

qui influence le vécu de cette femme. Une thérapeute a résumé les choses comme suit : **« Cela dépend vraiment de ce que la personne considère comme étant son principal problème.** Je rencontre beaucoup de gens qui sont réticents à se servir d'un déambulateur à la maison alors que s'ils ont un but en tête [c'est-à-dire s'ils en ont besoin pour faire quelque chose qui leur importe, comme se rendre en toute sécurité au magasin du coin], ils sont plus susceptibles d'accepter de l'utiliser. »

Un autre aîné a parlé avec éloquence de ses efforts en vue de comprendre sa difficulté à marcher et de ce qui a l'a amené à avoir besoin d'un appareil fonctionnel, à savoir la perspective de porter un support de genou extrêmement coûteux. Plutôt que de se procurer un AAF, il a d'abord essayé de comprendre la cause de son problème d'instabilité et de s'y attaquer en premier lieu. « Si vous n'essayez pas d'abord de vous examiner et d'admettre, de bon gré, 'Il y a quelque chose que je ne fais pas correctement'... Si vous n'êtes pas prêt à vous examiner et à dire 'Je veux améliorer mon sort, quel est le meilleur moyen d'y arriver?'... Vous vous rendrez compte, souvent, que vous avez trois ou quatre possibilités. »

Selon certains participants aux discussions, la crainte que leur état se détériore peut motiver certains aînés à se servir d'un appareil ou accessoire fonctionnel. Comme l'a souligné un aîné, « même si vous ne voulez pas de votre canne, ce qui arrive c'est que vous marchez... mais pas très bien, et que vous aggravez le mal ».

Deux différences thématiques relatives à la perception du besoin par les aînés et à sa perception par les professionnels ont été observées entre les groupes de discussion.

Pour les aînés, la perception du besoin est d'abord et toujours une expérience personnelle vécue dans un contexte social. Cette

perception change parfois lentement, parfois soudainement. Les aînés réagissent individuellement à leurs changements physiques, de même qu'aux sentiments qu'ils engendrent, à l'intérieur de la structure sociale plus vaste dans laquelle ils vivent. Ils acceptent leurs besoins (ou, dans certains cas, ne les acceptent pas) d'une façon complexe, parfois fragmentée et des plus personnelle.

Non seulement les aînés accordent-ils de la valeur à leur santé et à leur bien-être, mais ils rattachent ce bien-être à l'impression qu'ils donnent aux autres et à leur propre conscience de soi. **La gestion de l'image et la satisfaction psychologique entrent souvent en conflit avec d'autres sources de santé et de bien-être, créant une tension que les aînés soulagent de diverses façons.** La « logique affective » d'une personne âgée joue un grand rôle dans sa perception des risques présents et de son besoin d'appareil ou d'accessoire fonctionnel et dans les décisions ultérieures qu'elle prend à ce chapitre.

Par ailleurs, certains professionnels se sont dit d'avis que si l'on parlait aux aînés des facteurs de risque et des besoins et si on les informait des avantages des AAF et des choix qui s'offrent, ils réagiraient de façon logique et raisonnable. Dans le jargon professionnel, le comportement des clients changerait grâce à la « docilité du patient » (la mesure dans laquelle une personne suit les conseils professionnels relatifs au comportement ou au traitement indiqué) ou à l'information du patient (la mesure dans laquelle une personne est motivée à utiliser un appareil ou un accessoire parce qu'elle en comprend la nécessité et l'efficacité).

Dans les deux groupes de professionnels, les participants ont dit ressentir de la frustration devant la réticence, l'attitude d'évitement et la tendance à amoindrir les risques de certains aînés face à ce qui semble démontrer hors de tout doute qu'ils ont besoin d'un appareil ou accessoire fonctionnel. Certains professionnels ont reconnu à quel point les aînés ont besoin de soutien social et sont influencés par des facteurs sociaux et affectifs, mais ils considèrent que ces aspects

devraient être abordés en expliquant les raisons qui motivent l'utilisation d'un AAF.

Un aîné a présenté un moyen de régler ce conflit. « La façon de présenter la canne à une personne qui va devoir s'en servir est tellement importante. Faire appel à un tiers peut s'avérer très intéressant. Prenez, par exemple, cet ancien combattant qui, lorsqu'il a pris conscience de l'attitude des autres et de la gentillesse qu'ils montraient à son égard, a déclaré fièrement : **'Voyez ce que je peux faire en marchant avec une canne'.** »

Ces points de vue différents illustrent en quoi la perception du besoin est un processus évolutif qui se développe grâce aux relations et à l'action réciproque de contextes personnels, sociaux et professionnels.

4.5.2 *Stigmates, apparence et fierté*

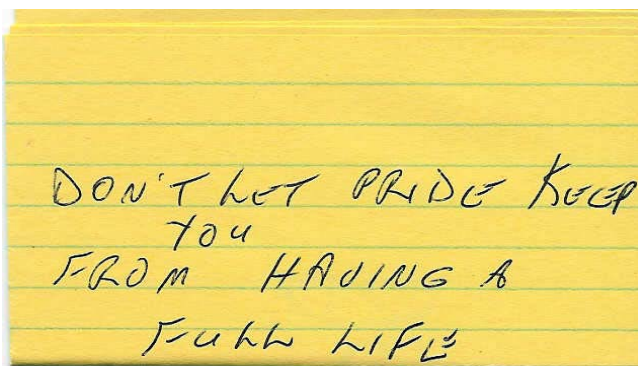
Bon nombre de participants ont souligné que pour certains aînés, l'utilisation d'un appareil ou d'un accessoire fonctionnel projetait une image négative de vieillesse, de dépendance et d'incapacité. **Aux yeux de certains aînés, le fait d'utiliser un AAF équivaut à afficher publiquement qu'ils dépérissent.** Selon quelques participants, cette perception empêche quantité de personnes âgées de découvrir les attributs positifs des appareils et accessoires fonctionnels.

Outre ce stigmate social associé à l'utilisation d'un AAF, plusieurs personnes ont mentionné que **l'aspect de certains appareils ou accessoires contribue à leur perception négative.** Commentant « l'allure médicale » d'une canne, un aîné a mentionné que « la canne, surtout si elle n'a pas un aspect médical, c'est-à-dire si elle est un peu plus de fantaisie... quelque chose qui donne une sorte de 'dignité'... pourrait servir aussi bien à la maison qu'à l'extérieur ». Un autre a parlé de la façon dont un aîné avait personnalisé un appareil pour lui donner une allure beaucoup moins médicale : « J'ai vu un ancien combattant qui se déplaçait dans un fauteuil

roulant électrique. Il l'avait décoré et les gens trouvaient ça drôle. Il se sentait donc moins mal à l'aise. Oui, le sens de l'humour [est important] face à des choses comme celle-là. » De l'avis de certains, le fait de donner une touche personnelle aux AAF et de les rendre plus attrayants socialement pourrait encourager les aînés à les utiliser.

Bien qu'ils n'aient pas mentionné explicitement que des pressions sociales les empêchent d'utiliser un appareil ou un accessoire fonctionnel en public, certains aînés ont admis que la fierté et l'entêtement pouvaient prolonger leur réticence à le faire. Lorsque la question de la résistance à l'utilisation d'un AAF a été abordée dans les quatre groupes d'aînés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins, au moins une personne a parlé de « fierté » ou « d'entêtement » et chaque fois, presque tous les participants ont hoché de la tête ou acquiescé verbalement.

Une participante, à la question « Quel message unique motiverait les aînés à se servir d'appareils ou accessoires fonctionnels avant de se blesser? », a répondu sur un morceau de papier « *DON'T LET PRIDE KEEP YOU FROM HAVING A FULL LIFE* » (NE LAISSEZ PAS LA FIERTÉ VOUS EMPÊCHER DE VIVRE PLEINEMENT). Elle a remis ce bout de papier aux animateurs du groupe à la fin de la séance.



D'autres commentaires formulés au sujet de l'aspect et du style des appareils et accessoires fonctionnels avaient trait aux fauteuils inclinables, qui semblent populaires chez les hommes âgés mais qui ne conviennent pas nécessairement aux

aînés frêles et de petite taille. Certains ont souligné que ce genre d'accessoire devrait être conçu en tenant compte à la fois de l'aspect esthétique et des différences entre les sexes. Des participantes âgées ont mentionné qu'un fauteuil plus petit et plus « attrayant » qui serve les mêmes fins mais dans lequel elles ne se sentent pas « englouties » serait le bienvenu.

4.5.3 Apprendre à vivre avec un AAF

Certains des participants ont soulevé l'importance de montrer aux nouveaux utilisateurs comment se servir d'un AAF. Un fournisseur a indiqué que d'après son expérience, **la meilleure façon d'aider les clients à se servir des appareils et accessoires est de comprendre leur style de vie et de déterminer les activités qui leur importent le plus.** De cette manière, il peut aider la personne à utiliser l'AAF de façon sélective et à « l'essayer » sans s'imposer une utilisation constante ou le « tout ou rien ». Comme il l'a exprimé, « l'utilisateur peut définir quels sont les risques ou ce qu'il craint, après quoi je pense qu'il l'accepte à l'intérieur de ces périmètres... Je crois qu'imposer une utilisation en tout temps... n'est tout simplement pas très efficace, quel que soit le comportement humain en cause. »

Ce genre d'enseignement à l'appui d'une utilisation progressive reposant sur la compréhension du style de vie, des besoins personnels et des activités prioritaires semble être considéré comme le moyen le plus efficace de présenter l'utilisation d'un AAF et d'aider les aînés à l'intégrer à leur vie de façon personnalisée.

Quelques personnes ont fait remarquer qu'une formation sur l'utilisation d'un appareil ou d'un accessoire – une formation adaptée au style de vie et aux besoins personnels – devrait obligatoirement être assurée par le fournisseur au moment de l'achat.

De façon générale, les participants ont souligné l'importance de tenir compte des facteurs sociaux au moment d'aider les aînés à se servir d'appareils ou accessoires fonctionnels. Parmi ces facteurs, on retrouve l'aspect de l'AAF, la signification personnelle donnée à son utilisation et l'adaptation au style de vie particulier de l'utilisateur. Dans la mesure où ils seront respectés, les participants croient que ces facteurs pourraient avoir des répercussions positives considérables sur l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels par les aînés.

5.0 Incidence et recommandations

Les conclusions énoncées dans la partie 4 nous aident à mieux comprendre les enjeux précis liés aux attitudes et aux valeurs des aînés face aux appareils et accessoires fonctionnels. Nous présentons ici, sous les rubriques suivantes reflétant l'objet de l'étude, les répercussions et recommandations rattachées à ces conclusions. Nous livrons, à titre de suggestions, des recommandations entourant la pratique, la formation et la recherche à venir. Les conclusions sont abordées sous les thèmes suivants :

- 5.1 Expériences et valeurs des aînés et des anciens combattants ayant trait à l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels
- 5.2 Facteurs favorables et défavorables à l'acceptation des appareils et accessoires fonctionnels
- 5.3 Recommandations entourant la pratique, la formation et la recherche

5.1 Expériences et valeurs des aînés et des anciens combattants liées à l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels

L'objectif principal de la présente étude était de dégager les expériences et les valeurs des aînés et des anciens combattants en ce qui a trait aux appareils et accessoires fonctionnels. Bien que s'intéressant à la connaissance de tout type d'AAF par les aînés et les anciens combattants, l'étude a mis l'accent sur trois types en particulier : les cannes, les barres d'appui pour la salle de bain et les sous-vêtements avec protège-hanches. Un quatrième – les déambulateurs – a également été mis en relief étant donné que tous les groupes en ont fait mention fréquemment.

Les conclusions énoncées aideront à élaborer des moyens plus efficaces de promouvoir l'utilisation

des appareils et accessoires fonctionnels en vue de réduire les risques de chutes ou de blessures causées par des chutes.

Nous avons mené l'étude par tout le Canada, non seulement pour lui donner une perspective nationale, mais aussi pour déterminer s'il existait des différences entre les régions. Nous avons pris soin de choisir des emplacements qui représentaient les différences entre les tailles de population et les modes de vie urbain et rural. En outre, nous avons mis sur pied un groupe francophone afin d'évaluer les écarts possibles liés aux antécédents culturels. Chaque groupe d'utilisateurs comptait des représentants de trois groupes intéressés : les aînés, les anciens combattants et les dispensateurs de soins. Deux discussions ont également eu lieu avec des groupes de professionnels et de fournisseurs. En somme, les groupes de discussion étaient conçus non seulement pour fournir un vaste échantillon national, mais pour permettre l'établissement de comparaisons à l'intérieur des groupes et entre ceux-ci.

La présente partie résume les expériences vécues par les aînés, les anciens combattants et les dispensateurs de soins avec des appareils et accessoires fonctionnels, y compris les différences entre les AAF et les valeurs qui y sont rattachées. Nous y effectuons également des comparaisons intragroupe et intergroupes. Ces sommaires sont présentés sous les rubriques suivantes.

- 5.1.1 Connaissance des appareils et accessoires fonctionnels
- 5.1.2 Information sur le fonctionnement des appareils et accessoires fonctionnels
- 5.1.3 Valeurs affectives et sociales rattachées à l'utilisation des AAF
- 5.1.4 Différences entre les aînés

- 5.1.5 Différences entre les groupes d'ânés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins
- 5.1.6 Différences entre les groupes d'ânés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins et les groupes de professionnels et de fournisseurs

5.1.1 Connaissance des appareils et accessoires fonctionnels

Tel que prévu, les professionnels et les fournisseurs étaient bien au fait des différences qui existent entre les divers appareils et accessoires, que ce soit en termes de modèles, de conception, de prix, de qualité ou d'efficacité ou du point de vue d'autres caractéristiques. Par ailleurs, bien que les connaissances des utilisateurs n'aient pas été aussi poussées, il y avait dans chacun des quatre groupes des personnes qui paraissaient très bien connaître certains AAF. Les écarts relevés au plan des connaissances dépendaient grandement de l'AAF en cause et de la mesure dans laquelle la personne l'avait utilisé auparavant.

Un certain nombre d'appareils et accessoires ont été mentionnés dans tous les groupes. Tel que précisé dans la partie 4.1, les participants comprenaient l'utilité d'un grand nombre d'AAF et connaissaient divers choix qu'il était possible de faire en se fondant sur les besoins de l'âné.

Les cannes sont, de loin, l'accessoire avec lequel tous les membres des groupes d'ânés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins sont les plus familiers. Plusieurs ont dit connaître des modèles de cannes dotés de caractéristiques particulières, comme les cannes tripodes ou celles munies de crampons pour circuler sur des surfaces glacées.

Les participants de ces mêmes groupes connaissaient aussi les barres d'appui pour la salle

de bain, et plusieurs savaient qu'il en existe divers modèles, comme ceux qui s'accrochent au côté de la baignoire. Plusieurs ont dit ne pas en avoir à la maison mais avoir trouvé cela pratique dans des toilettes publiques ou lors de séjours à l'hôtel.

Seulement trois personnes parmi les ânés, les anciens combattants et les dispensateurs de soins connaissaient les sous-vêtements avec protège-hanches avant de faire partie du groupe de discussion. Aucune n'en avait déjà fait usage. Lorsque nous avons présenté les protège-hanches aux groupes, les réactions sont allées du rejet catégorique à la curiosité, y compris à des questions sur l'endroit où se les procurer.

Les membres des groupes d'ânés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins étaient également familiers avec les déambulateurs : ils connaissaient les modèles avec et sans roues ainsi que l'utilisation des bordures de trottoir aplaties ou coupées pour faciliter les déplacements.

5.1.2 Information sur le fonctionnement des appareils et accessoires fonctionnels

La connaissance des appareils et accessoires fonctionnels des participants leur vient de différentes sources, et ils ne sont pas toujours convaincus de la légitimité de l'information. Pour les utilisateurs, les médecins constituent de loin la source primaire d'information. Pour les ânés ayant déjà utilisé un AAF, l'information provenant d'ergothérapeutes ou de physiothérapeutes est également valorisée et respectée. Les commerces de détail et les magasins spécialisés, bien qu'ils inspirent une moins grande confiance, sont certes une autre source estimée d'information. La valeur de ces ressources s'accroît si les ânés y sont dirigés

par un médecin ou un autre professionnel de la santé.

L'uniformité de l'information est importante. On considère que les anciens combattants ont un avantage sur les civils car ils possèdent une source centralisée d'information en la personne de leurs conseillers. Pour les civils, le point central d'information semble être le médecin, bien qu'en général, le fait de passer par cette source ne garantisse pas l'uniformité de l'information reçue.

5.1.3 Valeurs affectives et sociales rattachées à l'utilisation des AAF

Les appareils et accessoires fonctionnels possèdent une valeur symbolique pour les aînés et les anciens combattants, surtout s'ils sont utilisés en public. Les barres d'appui et autres accessoires pour la salle de bain, utilisés dans l'intimité du foyer, ont soulevé des discussions plutôt pratiques. Au sujet des protège-hanches, les participants se sont demandé dans quelle mesure ils se voyaient sous les vêtements et faisaient paraître les hanches plus larges. Les discussions entourant les cannes et déambulateurs ont quant à elles porté sur leur style et leur aspect.

Lorsqu'ils sont perçus comme un continuum, les appareils et accessoires fonctionnels constituent des symboles de détérioration progressive de la santé et de la capacité : la canne mène au déambulateur, le déambulateur mène au triporteur et le triporteur, au fauteuil roulant. À cause de cette progression descendante, certains résistent « jusqu'à la dernière minute » à l'utilisation d'une canne dans l'espoir de reporter ou d'éviter l'inévitable dépérissement. Les AAF utilisés en public sont donc perçus comme des symboles concrets de dépendance et d'incapacité. Cette conclusion est conforme à celle de recherches antérieures, selon lesquelles les cannes sont plus associées au vieillissement et à la fragilité que les

barres d'appui pour la salle de bain (Aminzadeh et Edwards, 1997).

Les accessoires plus visibles en public sont donc considérés comme un symbole négatif et une source de honte. L'utilisation d'une canne ou d'un déambulateur est associée à l'incapacité, au vieillissement et à la fragilité, des attributs présumés négatifs au sein de notre société. À l'inverse, pouvoir se déplacer sans AAF est synonyme de santé, de bien-être et de jeunesse, des attributs qui, croit-on, sont bien perçus par les autres.

Les aînés et les anciens combattants n'ont pas toujours abordé de façon directe ces associations et stigmatisations durant leurs discussions. Ils ont plutôt parlé des personnes âgées et des anciens combattants qui sont trop têtus ou trop fiers pour utiliser un AAF. L'attribution d'une caractéristique personnelle, comme l'entêtement ou la fierté, est un moyen reconnu de faire face à la stigmatisation sociale.

Les décisions relatives à la santé et au bien-être se prennent dans des contextes sociaux et affectifs complexes et créent des tensions conflictuelles entre le bien-être physique et le bien-être affectif. Les propos au sujet de l'entêtement et de la fierté laissent supposer que les aînés et les anciens combattants sentent et comprennent qu'il existe un conflit entre le besoin personnel d'un AAF et l'acceptation sociale de son utilisation. Le défi qu'ils doivent relever consiste à régler cette tension d'une façon individuelle qui ait pour eux un sens.

5.1.4 Différences entre les aînés

Les résultats obtenus ne font ressortir aucune différence notable entre les dispensateurs de soins et les autres membres des groupes

d'ânés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins. Ces derniers ont exprimé les mêmes préoccupations que les autres, même si la majorité (7 sur 12) n'étaient pas des ânés. La plupart étaient cependant des personnes de plus de 45 ans vivant avec un âné.

Les différences entre anciens combattants et civils se situent au niveau des mécanismes permettant d'obtenir de l'information ou un AAF. Les anciens combattants semblent avoir moins de problèmes étant donné qu'ils ont accès à des conseillers qui peuvent les aider avec les procédures complexes d'évaluation et de financement en vue de l'obtention d'un AAF. On considère aussi que les anciens combattants ont accès à plus d'avantages et, par conséquent, à une plus grande variété d'appareils et accessoires. Les participants croient aussi que le système auquel ils ont accès leur assure une information plus personnalisée et plus uniforme, un point auquel tous les ânés accordent de l'importance dans leur recherche d'information.

Néanmoins, malgré que le système mis à la disposition des anciens combattants semble plus rationalisé et plus facile d'accès que les régimes provinciaux de soins de santé, la question des avantages offerts soulève encore de la confusion. Les anciens combattants participant à l'étude ont souligné avoir encore besoin d'aide pour comprendre ce à quoi ils ont droit et pour y avoir accès.

Lors du recrutement des membres des groupes d'ânés, nous avons pris soin d'y inclure à la fois des utilisateurs et des non-utilisateurs d'appareils et accessoires fonctionnels. La principale différence observée entre ces deux groupes est que les utilisateurs connaissaient des professionnels de la santé autres que des médecins, particulièrement des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, et respectaient leur opinion. Cela n'a rien d'étonnant, étant donné qu'une rencontre avec ces

professionnels a habituellement lieu après qu'un médecin ait suggéré l'utilisation d'un AAF.

5.1.5 Différences entre les groupes d'ânés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins

Nous n'avons relevé aucune différence importante entre les groupes d'utilisateurs anglophones et francophones. Tous, indépendamment de la langue, ont exprimé le même genre de préoccupations, d'attitudes et d'opinions au sujet des appareils et accessoires fonctionnels.

Les quatre emplacements de ces groupes peuvent être perçus comme un continuum allant de la petite municipalité rurale à la grande région métropolitaine. En dépit de ce continuum, et peu importe l'endroit, les membres des groupes avaient essentiellement les mêmes préoccupations, attitudes et opinions.

Nous avons toutefois relevé entre les localités rurales et les centres urbains une différence importante ayant trait à l'obtention des AAF. En région rurale, une personne qui désire un AAF doit se présenter chez un fournisseur munie d'une ordonnance et en faire l'achat... Dans un grand centre urbain, il est possible de comparer les prix et d'essayer l'équipement, et il est facile de le retourner en personne. Dans la localité la plus rurale visée par l'étude, cependant, les gens devaient se fier aux commandes postales ou faire appel à des fournisseurs se trouvant à une journée de route. Cette différence fait ressortir la nécessité d'offrir dans les localités rurales des moyens plus efficaces d'accéder aux services.

5.1.6 *Différences entre les groupes d'utilisateurs et les groupes de fournisseurs*

En plus de comparer entre eux les groupes d'aînés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins, nous les avons comparés aux groupes de professionnels et de fournisseurs. Cette comparaison nous a permis de relever deux différences importantes.

D'abord, les professionnels et les fournisseurs considèrent souvent les utilisateurs d'AAF selon un modèle biomédical-comportemental. D'après ce modèle, un expert, tel un professionnel de la santé, s'occupe de l'évaluation, du diagnostic, de l'information et de la délivrance de l'ordonnance pour un client. Celui-ci, qui souvent s'en remet au « savoir professionnel », accepte l'ordonnance et l'information en tant que seule source de renseignements et modifie son comportement en conséquence.

Pour beaucoup de membres des groupes de professionnels et de fournisseurs, les clients sont des personnes raisonnables qui ont besoin d'être informées sur l'utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels. Une fois ce besoin établi grâce à l'information et à l'ordonnance, on s'attend à ce qu'ils suivent les conseils dispensés et utilisent l'AAF.

Les membres des groupes d'aînés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins perçoivent les utilisateurs d'appareils et accessoires fonctionnels de façon plus globale. Pour eux, l'utilisation d'un AAF s'inscrit dans un contexte affectif, social et physique qui crée un éventail de choix complexe. Dans ce contexte, l'utilisation d'un appareil ou d'un accessoire n'est cependant pas toujours le choix le plus tentant ou le plus raisonnable. En effet, obtenir un AAF en passant par le processus d'information et d'ordonnance ne signifie pas nécessairement

l'utiliser. Plusieurs participants ont dit posséder des AAF ou connaître des personnes qui, pour différentes raisons, en possèdent mais ne s'en servent pas.

Les décisions relatives à l'utilisation des appareils et accessoires se prennent au jour le jour. C'est ainsi qu'une canne peut servir lorsqu'il fait particulièrement mauvais, mais pas les jours où il fait beau. Une personne peut aussi opter pour une canne plutôt qu'un déambulateur lorsqu'elle pense que certains pourraient la voir. Bref, l'utilisation de l'AAF n'est pas un choix que l'on fait une seule fois à un moment précis mais bien, comme l'ont décrit les aînés, anciens combattants et dispensateurs de soins, un choix qui s'effectue quotidiennement en tenant compte d'un grand nombre de facteurs.

La deuxième différence observée entre les groupes d'utilisateurs et les groupes de fournisseurs a trait à l'opinion au sujet des médecins de famille. Les participants des premiers groupes ont exprimé une grande confiance envers leur médecin de famille, malgré un certain scepticisme au sujet de sa disponibilité et de sa sensibilité. Ils ne remettent généralement pas en question l'expérience de leur médecin et présument qu'il est bien informé sur les appareils et accessoires fonctionnels. Plusieurs participants ont indiqué que seul un diagnostic de leur médecin les convaincrait qu'ils ont besoin d'un AAF.

Les professionnels et les fournisseurs considèrent pour leur part que les médecins de famille sont les professionnels de la santé les moins bien informés sur les appareils et accessoires fonctionnels. Certains craignent aussi qu'ils n'aiguillent pas leurs patients vers d'autres professionnels de la santé possédant des connaissances spécialisées dans le

domaine. Les membres de ces groupes ont reconnu que les aînés et les anciens combattants se fient à leur médecin de famille et lui font confiance, soulignant que les médecins, en tant que premiers points d'accès de la plupart des aînés au système de santé, sont également ceux qui amorcent (ou non) le processus d'utilisation d'appareils ou accessoires fonctionnels. Le plus souvent, il faut une ordonnance du médecin pour obtenir un AAF ou subir une évaluation. Cette situation est source de frustration pour plusieurs membres de nos groupes de professionnels et de fournisseurs.

5.2 Facteurs favorables et défavorables à l'acceptation des appareils et accessoires fonctionnels

Bien que le but premier du projet ait été de dégager les expériences et les valeurs des aînés ayant trait aux appareils et accessoires fonctionnels, il nous importait également de définir les facteurs qui nuisent à l'intervention précoce. Pour la majeure partie des membres de tous les groupes, une blessure causée par une chute serait l'événement le plus susceptible de les inciter à se servir d'un appareil ou accessoire fonctionnel ou à envisager cette possibilité.

Étant donné que les chutes sont la cause la plus fréquente d'hospitalisation pour blessure (Langlois *et al.*, 1996), il est absolument essentiel d'intervenir avant que survienne la première chute si l'on souhaite réduire le nombre de blessures par chute et faire en sorte que les aînés demeurent en santé. Dans la présente partie, en nous fondant sur les données présentées au chapitre 4, nous abordons les facteurs qui permettraient ou, au contraire, empêcheraient l'intervention précoce. Ces facteurs sont présentés sous les rubriques suivantes.

- 5.2.1 Rôle du médecin dans l'intervention liée aux appareils et accessoires fonctionnels
- 5.2.2 Complexités du système de soins de santé
- 5.2.3 Manque d'homogénéité du modèle médical et du modèle holistique
- 5.2.4 Paradoxe entourant la perception des appareils et accessoires fonctionnels et de leur potentiel d'utilisation

5.2.1 Rôle du médecin dans l'intervention liée aux appareils et accessoires fonctionnels

Tel que discuté au point 5.1.6, le rôle du médecin au chapitre de l'évaluation du besoin et de l'information au sujet des appareils et accessoires fonctionnels est complexe, et même contradictoire. Le médecin de famille peut faciliter l'intervention précoce ou, par manque de connaissances spécialisées, empêcher la personne âgée de bénéficier de conseils d'experts. Il n'est pas possible, à partir des données de la présente étude, de déterminer le rôle précis que jouent les médecins dans ce processus. Il se peut que les opinions exprimées par les professionnels et les fournisseurs membres de nos groupes reflètent cette « guerre intestine » présente dans tout système organisationnel au sein duquel des professionnels reçoivent une rémunération à l'acte, qu'il s'agisse de médecins ou de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes travaillant dans des cliniques communautaires à but lucratif et voyant des patients sur recommandation.

La confiance envers les médecins fait partie de la socialisation au sein de notre culture. Nous ne savons pas exactement dans quelle mesure les médecins reçoivent une formation sur les appareils et accessoires fonctionnels et sont

bien informés sur le sujet. Cela est particulièrement important pour la cohorte actuelle d'aînés, qui ont grandi avant la naissance des mouvements d'entraide et de bénéficiaires de soins de santé et qui ne se sentent pas à l'aise de remettre en question l'autorité de leur médecin.

Sans parler aux médecins et les observer, on ne peut toutefois faire de spéculations sur la véracité de l'une ou l'autre des positions. Le conseil du médecin qui recommande l'utilisation d'un AAF a beaucoup de poids, et celui-ci joue un rôle important dans l'intervention précoce en raison de la confiance que lui accordent les personnes âgées. Cette conclusion est appuyée par les résultats d'une étude menée en 1994, qui a révélé qu'il était cinq fois plus probable qu'une personne consulte un médecin pour un problème de santé qu'elle installe une barre d'appui dans sa salle de bain (Gallagher et Scott, 1997).

5.2.2 Complexités du système de soins de santé

L'un des grands obstacles à l'obtention d'un AAF et à son utilisation adéquate reflète les complexités de l'actuel système de santé du Canada. Même si les anciens combattants semblent jouir d'un meilleur accès au système, tous les membres de nos groupes ont exprimé des préoccupations, de la confusion et de la frustration à l'endroit de son fonctionnement. Et plus le coût et les caractéristiques technologiques des AAF s'accroissent, plus cette barrière devient grande.

L'un des avantages offerts aux anciens combattants est l'accès à des services de counselling qui leur permettent d'entrer dans le système et de se faire guider par une « vraie personne ». Le conseiller ou l'intervenant répond à un grand nombre de préoccupations et de préférences exprimées par les aînés au sujet de la souhaitée d'obtenir de l'information. Il transmet de l'information fiable et uniforme sans chercher à vendre quoi que ce soit.

Suggérer de centraliser et de rationaliser les systèmes afin de réduire la confusion chez les aînés et de fournir des sources d'information dignes de confiance n'est pas la même chose que prôner l'application d'un système uniformisé. Soulignons que l'élaboration de programmes plus efficaces permettant aux aînés d'avoir accès à des appareils et accessoires fonctionnels doit tenir compte des différences entre les régions, notamment sur le plan des fournisseurs disponibles.

5.2.3 Manque d'homogénéité du modèle médical et du modèle holistique

Tel que souligné au point 5.1.6, il y a discordance entre la façon dont les utilisateurs d'AAF se perçoivent et font leurs choix en matière de soins de santé et la façon dont les professionnels de la santé et les fournisseurs d'AAF d'essai perçoivent les utilisateurs et les encouragent à faire des choix en matière de santé.

L'une des conclusions les plus agréables tirées de la présente étude est que tous les membres des groupes de professionnels et de fournisseurs, y compris ceux qui travaillent manifestement dans un but lucratif, se préoccupent de la nécessité d'assurer des soins préventifs. Ces participants sont des professionnels qualifiés désireux de fournir à leur clientèle la meilleure information possible et de collaborer avec les autres professionnels plutôt que de leur faire concurrence. La réalisation d'un profit dépend de la prestation d'une évaluation et d'un service dignes de confiance et bien informés. Cet engagement face à la prévention ne règle cependant pas la discordance observée entre les groupes d'aînés, d'anciens combattants et de dispensateurs de soins et les groupes de professionnels et de fournisseurs sur le plan de

la perception des utilisateurs d'AAF et de leur façon de faire des choix.

Cette discordance pourrait nuire à l'intervention précoce et à l'utilisation efficace des appareils et accessoires fonctionnels. Même si le dispensateur de soins comprend certains des aspects sociaux et affectifs de l'utilisation d'un AAF, il est possible que cela n'amène pas un changement efficace de comportement. Tel que mentionné au point 4.2, les conclusions indiquent que cette perception du besoin est une expérience à la fois complexe et personnelle. Les approches holistiques pourraient tenir compte du comportement des utilisateurs d'AAF tout en reconnaissant pleinement leurs expériences sociales et personnelles.

5.2.4 Paradoxe entourant la perception des appareils et accessoires fonctionnels et de leur potentiel d'utilisation

L'obstacle le plus difficile à éliminer est peut-être le paradoxe lié au fait que les aînés voient dans les AAF des symboles de vieillissement, de fragilité et de dépendance alors que les fournisseurs estiment qu'ils permettent de vivre plus longtemps, de demeurer plus forts et de conserver son autonomie. Cette incongruité est un obstacle très résistant qui est enraciné dans le contexte social plus vaste des **stigmates de l'incapacité et du vieillissement**.

Les aînés qui ont participé à l'étude ont dit craindre réellement que le fait d'aller chez le médecin et de se faire dire qu'ils ont besoin d'un appareil ou accessoire fonctionnel les force à effectuer des changements dans leur vie, comme déménager dans un établissement de soins prolongés ou engager quelqu'un pour leur tenir compagnie en tout temps. Porter l'étiquette de « vieux » évoque une peur réelle du dépérissement et de la vulnérabilité. Cette peur est renforcée par les messages culturels au sujet des personnes âgées que véhiculent les médias et les forums

grand public. Les aînés intériorisent ces stigmates et adoptent diverses stratégies pour y faire face (dont l'humour, l'effacement de soi et le déni), mais la source du problème prend origine dans le contexte social plus vaste.

Pour surmonter cet obstacle renforcé par la société, surtout s'il s'agit d'intervention précoce visant à prévenir les blessures, il ne suffit pas d'essayer de convaincre un aîné qu'il a besoin d'un AAF.

5.3 Recommandations entourant la pratique, la formation et la recherche

Le but premier de la présente recherche était de dégager les expériences et les valeurs des aînés ayant trait aux appareils et accessoires fonctionnels et de définir les facteurs qui influent sur l'intervention précoce. Ces expériences, ces valeurs et ces facteurs ont une incidence sur la pratique, la formation et la recherche à venir.

5.3.1 Incidence et recommandations touchant la pratique

- Rationaliser les procédures d'évaluation.
- Centraliser l'information et assurer à tout aîné l'accès à un intervenant ou à un conseiller en mesure de l'aider dans les démarches d'évaluation, d'autorisation, de sélection et de financement de tout appareil ou accessoire.
- Soutenir les praticiens en leur dispensant une formation holistique et en augmentant les ressources affectées aux programmes, de façon à améliorer l'évaluation et l'intervention précoce

liées l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels. Les praticiens intéressés à la prévention des chutes et à la promotion de l'utilisation des AAF doivent aborder les problèmes d'âgisme et de stigmatisation associés à l'utilisation des appareils et accessoires fonctionnels.

- Définir le moyen le plus efficace de communiquer de l'information sur les appareils et accessoires fonctionnels. Ce moyen inclura la communication en direct, la distribution d'imprimés efficaces dans des endroits clés fréquentés par les aînés et le recours à la télévision et à la radio pour livrer des messages uniformes, réalistes et de grande qualité sur les avantages des appareils et accessoires fonctionnels et la façon de se les procurer.

5.3.2 Incidence et recommandations touchant la formation

- Créer des possibilités de formation multidisciplinaire à l'intention des médecins et autres dispensateurs de soins de santé, afin de stimuler la réflexion au sujet de l'âgisme et d'améliorer l'évaluation, la connaissance, l'aiguillage et le soutien des aînés ayant besoin d'un appareil ou d'un accessoire fonctionnel.

5.3.3 Incidence et recommandations touchant la recherche et les politiques

- Il faudrait financer davantage de recherches visant à déterminer dans quelle mesure les appareils et accessoires fonctionnels symbolisent la dépendance et la détérioration de la santé et les répercussions que cela a sur l'intervention préventive. Les données probantes pourraient être renforcées au moyen d'études faisant appel à des échantillons aléatoires de plus grande taille.

- Étudier la façon dont les médecins déterminent le besoin d'appareil ou d'accessoire fonctionnel ainsi que la mesure dans laquelle ils connaissent les différents AAF et les modalités d'aiguillage.
- Soutenir la recherche préventive dans le cadre de laquelle des aînés collaborent avec les professionnels de la santé en vue de la mise sur pied de réseaux régionaux de prévention des blessures causées par des chutes.
- Continuer de créer des partenariats entre les communautés, les praticiens, les chercheurs et les gouvernements, un peu comme dans le cadre de la présente initiative, afin de mener à bien à projet national de prévention des chutes et de promouvoir l'utilisation efficace des appareils et accessoires fonctionnels.
- **La politique gouvernementale devrait appuyer la prévention des chutes chez la population vieillissante en améliorant l'assurance-maladie supplémentaire de façon à ce qu'elle couvre les appareils et accessoires fonctionnels à l'intention des aînés à revenu faible ou limité.**

Ouvrages de référence

Aminzadeh, F., et N. Edwards (1997). *The use of assistive devices in fall prevention among community-living seniors*. (Publication n° M97-1 du CRSC). Ottawa : Centre de recherche en santé communautaire

Asche, Gallagher et Coyte (1997). *The Cost of Falls Among Older Canadians*. Manuscrit inédit

Commonwealth Department of Health and Aged Care (2000). *National Falls Prevention for Older People: Step Out with Confidence. A Study into the Information Needs and Perceptions of Older Australians Concerning Falls and their Prevention*. ISBN 0 642 73545 X

Crawford, I. (1985). *Aids to Independence: A Guide to Products for the Disabled and Elderly*. International Self-Counsel Press, Vancouver (C.-B.)

Edwards, N. et D. Jones (1998). « Ownership and use of assistive devices amongst older people in the community ». *Age and Ageing* (juillet), vol. 27, n° 4, p. 463-468

Améliorer la sécurité des aînés du Canada : L'établissement d'un cadre d'action (1999). Document de référence FPT

Gallagher, E., Hunter, M. et V. Scott. « Antecedents and Consequences of Falls ». *Revue canadienne du vieillissement*

Gallagher, E. et V. Scott (1997). « The STEPS Project: participatory action research to reduce falls in public places among seniors and persons with disabilities ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 88, n° 2, p. 129-133

Langlois, J., Maggi, S., Harris, T., Simonsick, E., Ferrucci, L., Pavan, M., Sartori, L. et G. Enzi

(1996). « Self-report of difficulty in performing functional activities identifies a broad range of disability in old age ». *Journal-of-the-American-Geriatrics-Society* (déc. 1996), vol. 44 (n° 12), p. 1421-1428 (8 p.)

Prochaska, James O. DiClemente et Carlo C. (1983). « Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 51, p. 390-05

Rush, D. et L. Ouellet (1997). « Mobility aids and the elderly client ». *Journal of Gerontological Nursing*, vol 7, n° 15

Scott, V. (2000). *Factors Associated with Fall-related Injuries Among Frail Older Adults* (dissertation). Victoria, BC Faculty of Human and Social Development, University of Victoria

Scott, V., Dukeshire, S., Gallagher, E. et A. Scanlin (2001). *An Inventory and Best Practices Guide to Reducing Falls Among Community-dwelling Seniors*. Sous presse

Weaver, F., Giobbie, H., Hughes, S., Smith, G. Kubal, J. et A. Ulsevich (1999). « Home medical equipment receipt in a home care appropriate population ». *Journal of Aging and Health* (novembre), vol 11, n° 4, p. 494-516

