

## SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Une fois posée l'optimisation de la qualité de vie des aînés comme objectif majeur à poursuivre afin d'assurer une transition réussie vers une population plus vieille (2, 5), il importe d'identifier les facteurs à la source de cette qualité de vie en vue d'agir sur eux. Une telle étape nécessite un appareil conceptuel et méthodologique adapté aux populations aînées. Or, depuis plusieurs années, des auteurs (voir par exemple Raphael et al. (15) ou Jylhä (14)) dénoncent les lacunes des outils traditionnellement utilisés pour ces fins, lesquels reposeraient trop souvent sur une vision partielle du concept en se centrant sur le profil médical et/ou fonctionnel ou sur d'autres aspects pré-définis en fonction de groupes spécifiques (les personnes atteintes de cancer, les aidants, etc.). De telles pratiques sont très peu en lien avec une compréhension contemporaine du concept de qualité de vie, laquelle s'éloigne du phénomène universel abstrait pour mettre de l'avant une définition mettant plutôt l'accent sur son caractère particulier, subjectif et contextuel (3, 14). S'appuyant sur cette nouvelle vision, Raphael et ses

collègues (15, 16) ont développé récemment une méthodologie permettant de documenter la qualité de vie dans les communautés en vue d'identifier et de modifier les facteurs l'influençant. La démarche adoptée dans le présent rapport s'appuie entièrement sur cette méthodologie.

Les résultats obtenus permettent d'abord de mettre en lumière une certaine convergence entre les données obtenues auprès des aînés et celles recueillies chez les professionnels. Chacun de ces deux groupes de participants a ainsi discuté d'une vaste gamme de questions recouvrant chaque fois un spectre élargi de déterminants de la santé : facteurs intrapersonnels, interpersonnels, organisationnels, communautaires et politiques.

Parmi les thèmes forts ressortis par les deux types de participants figurent ainsi au plan intrapersonnel les questions liées à la santé et l'autonomie, la sécurité financière et l'adoption d'une attitude positive face à la vie. En matière interpersonnelle, l'insertion sociale dans un réseau de proches mais aussi dans

## SYNTHÈSE ET CONCLUSION

la société plus large (*i.e.* avoir un rôle, contribuer à la vie sociale) a été identifiée de façon très marquée. Du côté organisationnel, le système de santé a accaparé une part majeure du temps de discussion et ce, chez nos deux types de participants. Chaque fois, les questions d'accessibilité et de qualité des services, tant ceux dispensés en milieu hospitalier qu'en CLSC, ont été discutées. Des préoccupations liées à l'accueil et au respect dévolus aux clients âgés de même que l'accès aux médicaments sont aussi ressorties nettement. D'autre part, le secteur communautaire et bénévole est aussi apparu comme un type d'organisation essentiel à la qualité de vie des âgés ce, tant du point de vue des âgés que de celui des professionnels. Du côté communautaire, plusieurs thèmes communs ont émergé nettement : accès aux services et aux ressources, vie de quartier, logement, transport, et, plus largement, la question de l'environnement urbain que l'on souhaite sain, sécuritaire et adapté aux besoins des âgés. Enfin, au plan politique, un thème commun aux discussions des deux types de participants a porté sur l'importance pour les âgés de se faire

entendre, d'être consultés et de participer à la prise de décision sur les enjeux les concernant.

La convergence notée entre les deux types de participants est intéressante en ce qu'elle contribue à accroître la validité des données recueillies. Il est utile de noter au passage que ces résultats confirment aussi les données présentées par d'autres auteurs intéressés à la conceptualisation et aux déterminants de la santé et de la qualité de vie chez les âgés (10, 15, 24, 25). Plus généralement, tout comme Raphael l'a observé dans ses travaux sur la qualité de vie dans les communautés (15, 16), les concepts énumérés par nos participants présentent plusieurs liens avec les concepts centraux de la promotion de la santé et de la santé des populations. Pour les promoteurs de ces mouvements comme pour nos participants, la santé et la qualité de vie ne sont plus simple affaire de facteurs individuels mais aussi et surtout de facteurs environnementaux plus larges tels, par exemple, le réseau social, le logement, le transport, la représentation politique.

Indépendamment de la convergence notée entre professionnels et aînés, il reste que chacun des groupes a apporté à la discussion des préoccupations spécifiques confirmant en cela la nécessité de recueillir les points de vue de chacun pour l'obtention d'un portrait plus complet. Ainsi du côté des aînés, le matériel recueilli eu égard aux facteurs intrapersonnels s'est avéré beaucoup plus riche alors que des considérations liées, par exemple, à la croissance et aux qualités personnelles, à la spiritualité et à d'autres opportunités de réflexion sur le sens de la vie, ont été évoquées avec détails. Du côté des professionnels, les aspects liés à l'environnement communautaire ont fait l'objet d'une discussion approfondie, permettant d'explicitier des thèmes dont plusieurs avaient aussi été mentionnés, quoique plus rapidement, par les groupes d'aînés. Dans la même optique, dénonçant la sectorisation à outrance, les professionnels ont évoqué le besoin d'une « vision globale » et d'une coordination accrue des organismes dédiés à la santé, une question qui semble avoir peu mobilisé l'attention de nos participants aînés. Un tel constat ne

peut que confirmer l'intérêt de mobiliser plusieurs groupes d'acteurs lors d'exercice d'exploration des facteurs liés à la qualité de vie dans une communauté.

Outre qu'elle visait la documentation des facteurs associés à la qualité de vie, la présente étude visait à identifier des pistes d'action. À cet égard, la discussion a permis de mettre en évidence une série de leviers couvrant un large spectre de déterminants de la santé. Comme les résultats l'ont montré, les pistes suggérées ont trait parfois au renforcement d'actions déjà entreprises (ex : adapter le transport en commun; offrir des opportunités d'implication sociale...), parfois au développement de mécanismes relativement novateurs (ex. : mettre sur pied des logements intergénérationnels, créer une organisation de santé adaptée aux aînés...). Le niveau de spécificité des pistes proposées varie : certaines actions s'apparentent à des mesures simples et bien définies (ex. : installer davantage de bancs dans les salles d'attente, améliorer l'éclairage...); d'autres relevant plutôt de l'objectif restant à être traduit en actions

## SYNTHÈSE ET CONCLUSION

concrètes (améliorer l'image des aînés, développer une plus grande conscience politique chez les aînés...). Quoi qu'il en soit, il n'entre pas dans l'objectif de ce rapport d'aller très loin dans le classement des pistes proposées et dans l'énoncé de priorités. Néanmoins, les Comités de coordination et consultatif ont jugé bon de faire ressortir certaines recommandations quant aux pistes d'action possibles. Ces pistes ont été regroupées en fonction des principaux acteurs concernés et sont présentées dans le tableau 6 à la fin de cette section.

Pour informatives qu'elles soient, les présentes données comportent certaines limites susceptibles de restreindre leur portée. Premièrement, les aînés ayant accepté de participer aux rencontres de groupes sont presque tous actifs au sein d'organismes ou d'associations communautaires. Il serait périlleux de postuler qu'ainsi assemblé, l'échantillon d'étude soit représentatif de tous les aînés de Montréal. D'ailleurs, l'examen de quelques caractéristiques personnelles confirme que la proportion de nos participants aînés percevant leur santé comme excellente ou très bonne

(62 %) excède de façon importante les proportions notées à Montréal ou au Québec (33 %) (21, 22). Un constat semblable est noté pour le statut économique alors que la proportion de participants déclarant être à l'aise ou disposer d'un revenu suffisant (80%) cadre mal avec les résultats montrant qu'un peu plus du tiers des aînés Montréalais vivent sous le seuil de faible revenu (17). Deuxièmement, compte tenu des ressources disponibles pour l'analyse, il n'a pas été possible d'approfondir l'examen des résultats en fonction des caractéristiques des participants. Quoiqu'il ait été possible de repérer certaines considérations propres aux aînés des communautés culturelles, l'analyse n'a pu permettre de distinguer, par exemple, les préoccupations propres aux femmes ou aux personnes très âgées. Des travaux futurs devraient permettre l'établissement de ce type de nuances. Enfin, la stratégie de collecte de données, bien qu'elle ait pu permettre des échanges vivants et dynamiques, a pu à l'occasion restreindre l'approfondissement du propos. Il serait certes utile dans le futur de compléter la collecte de données par la réalisation d'entrevues individuelles.

## SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Nonobstant ces limites, la présente étude est importante en ce qu'elle fournit une quantité appréciable de données sur la qualité de vie des aînés de Montréal du point de vue des aînés eux-mêmes et des professionnels évoluant avec eux. Le portrait produit rend compte d'une diversité de facteurs et de pistes d'action couvrant globalement le spectre très large des déterminants de la santé et de la qualité de vie. Fort de ces données, le Comité de coordination responsable du projet « *Qualité de vie en milieu urbain : volet Montréal* » peut maintenant entamer le volet action du projet.

\* \* \*

