Fragilité et vie familiale au grand âge

Auteurs : Franca Armi[1], Edith Guilley[2] et Myriam Girardin[1]

1/ assistantes de recherche et 2/ maître assistante au CIG (Centre Interfacultaire de Gérontologie) de l'Université de Genève
59, rte de Mon-Idée
1226 Thônex (Suisse)

E-Mail: franca.armi@cig.unige.ch

Résumé

Notre communication porte sur l'impact de la fragilité au grand âge sur la vie familiale. Nous posons l'hypothèse générale que la fragilité des personnes très âgées - conceptualisée comme une perte de réserves physiologiques et sensori-motrices qui affectent la capacité des personnes à préserver un équilibre avec son environnement - entraîne un réaménagement de leur vie familiale. Nous nous intéressons principalement à l'évolution des échanges et des contacts avec la famille en relation avec le déclin de la santé. Nous présentons des résultats basés sur les données des cinq premières vagues de l'étude empirique Swilso-o (Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old) qui porte sur 340 octogénaires, vivant à domicile au départ de l'enquête, et ayant été interrogés à intervalles réguliers tous les 12 ou 18 mois.

Problématique générale

Le réseau social des personnes âgées est relativement stable en termes de taille. Une possible contraction des réseaux (décès ou maladie d'un proche ou problèmes de santé de la personne elle-même) peut être compensée par l'arrivée de nouveaux parents (petits enfants et arrière petits enfants). Un déclin de santé peut aussi nécessiter plus d'aide, ce qui inciterait une mobilisation accrue du réseau social. Si le réseau des personnes âgées reste relativement stable, la fréquence des contacts, quant à elle, diminue. En général, vers la fin du parcours de vie, les individus ont moins d'échanges avec les autres, mais cette diminution n'a pas forcément un impact négatif sur les personnes âgées. Quelle que soit la relation, elle se construit au cours du temps, évolue en fonction des échanges au sein de la relation, des changements de rôles liés à l'âge, mais aussi en fonction des expériences relationnelles que les deux partenaires ont vécu avec d'autres. Leurs expériences passées communes, bonnes ou mauvaises, ont une influence sur la manière dont ils vivent et perçoivent aujourd'hui leur relation. Il s'agit là de la théorie de la *sélectivité socio-émotionnelle* de Carstensen[1], modèle du parcours de vie qui voit dans la diminution des contacts, dans le grand âge, le reflet d'un processus de sélection amorcé déjà pendant la jeunesse. La diminution des contacts est un choix de la personne et ce choix s'amorce déjà avant la présence de maladies ou le sentiment

[1] Carstensen, L. L. (1991). Selectivity Theory: Social Activity in Life-Span Context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, *11*, 195-217.

d'être proche de la mort. Les personnes, en vieillissant, doivent s'adapter à leur nouvelle situation (restriction de la mobilité, institutionnalisation, pertes de mémoire, incapacités diverses), et limitent ainsi leurs relations à celles qui leur apportent le plus de bien-être émotionnel. Les échanges avec de simples connaissances diminuent, tandis que les interactions avec des relations plus intimes augmentent.

Hypothèses
En partant de l'idée générale que l'entrée dans la fragilité amène les personnes âgées à une réorganisation de leur vie relationnelle, nous cherchons ici à identifier les réaménagements qui s'opèrent dans le réseau familial des personnes âgées suite à un déclin de santé. Nous testerons deux niveaux d'hypothèses : la première est centrée sur la personne âgée elle-même (visites ou services rendus); la deuxième se place au niveau de la famille (visites ou services que la famille rend à la personne âgée).

- *Hypothèse1 :* En devenant fragile la personne rend moins de visites et de services à sa famille.
- *Hypothèse 2 :* Lorsque la personne âgée se fragilise, son entourage se mobilise autour d'elle en augmentant la fréquence des contacts et son apport d'aide.

Méthode

Etude Swilso-o
Notre présentation se base sur les cinq premières années de la première cohorte de l'enquête SWILSO-O, acronyme de Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old, une étude longitudinale composée de deux cohortes, menée en Suisse Romande sur des personnes âgées de 80 ans et plus et dirigée par le professeur Christian Lalive d'Epinay du Centre Interfacultaire de Gérontologie de l'Université de Genève.
La première cohorte de SWILSO-O se compose, au départ de l'enquête, de 340 individus âgés de 80 à 84 ans, vivant à domicile, dans le Canton de Genève et en Valais Central. L'échantillon est stratifié par sexe afin de garantir un nombre suffisant d'hommes très âgés. Après cinq ans, 50% de l'échantillon initial participait toujours à l'étude, 32% était décédé et 18% ont abandonné la recherche pour des motifs divers, mais justifiés le plus souvent pour des raisons de santé.

Définition théorique et opérationnelle de la fragilité
La fragilité est un sujet de plus en plus traité dans la littérature, surtout dans le domaine médical, mais de nos jours il n'existe pas encore de consensus sur sa définition.
Sur la base des travaux théoriques et empiriques menés sur la fragilité, nous adoptons les définitions suivantes : le processus de fragilisation correspond à la perte progressive et inévitable avec l'avance en âge des réserves (physiologiques et sensori-motrices) et / ou des ressources (psychologiques et sociales). Passé un certain seuil, ce processus mène à la fragilité. Cet état de fragilité affecte la résilience d'une personne - capacité à préserver un équilibre avec son environnement ou à le rétablir à la suite d'évènements perturbateurs – et se caractérise par un risque d'aggravation de l'état de santé. Ces définitions font référence autant à la vision médicale et physiologique de la fragilité qu'à l'approche psychologique et sociale. Elles distinguent l'état de fragilité du processus dont il est issu.

Nous proposons une définition opérationnelle de la fragilité à partir de 19 variables regroupées en cinq domaines : les troubles physiques, la mobilité, les capacités sensorielles, l'énergie et les troubles de mémoire.

Nous posons l'hypothèse que l'état de fragilité apparaît dès lors que deux dimensions sur les cinq sont atteintes. La fragilité étant un stade intermédiaire entre l'indépendance et la dépendance fonctionnelle, nous avons combiné la définition multidimensionnelle de la fragilité avec celle de la dépendance fonctionnelle pour obtenir un statut de santé en trois catégories : 1/ les indépendants (personnes non fragiles et sans incapacités sur les AVQ), 2/ les fragiles (personnes fragiles sans incapacités sur les AVQ) et 3/ les dépendants (personnes avec au moins une incapacité sur les AVQ). Au départ de l'enquête, 38% des personnes interviewées sont indépendantes, 50% sont fragiles et 12% sont dépendantes. Le statut de fragile s'applique donc à la moitié de notre population.

Le réseau familial
La composition du réseau familial est relevée à chaque passage. Nous notons la présence d'« au moins un membre de la descendance encore vivant » (enfants , petits enfants et arrière petits enfants), qui en vague 1 concerne 80% de nos vieux (84% en V5), et malgré l'avance en âge de notre échantillon, 71% a encore au moins un frère ou une sœur (67% en V5). L'intensité des relations est mesurée par la fréquence des contacts réguliers (visites rendues/reçues) avec la famille (sans compter les contacts avec le conjoint et les cohabitants).
Les services échangés avec la famille sont aussi relevés à chaque passage : les participants sont interrogés sur huit services qu'ils peuvent rendre et sur six services qu'ils peuvent recevoir. Pour nos analyses nous avons calculé une fréquence moyenne des services rendus/reçus.

Analyses
Nous cherchons à identifier si les changements dans les contacts et les services échangés avec la famille sont synchrones avec des transitions de santé que vit la personne âgée (au moyen de tests de Wilcoxon).

Résultats

En ce qui concerne la première hypothèse, l'entrée dans la fragilité, vécue par certains participants, implique effectivement une diminution des visites et des services rendus à leur famille, mais la diminution des services apparaît déjà avant leur entrée dans la fragilité et se poursuit après.
La deuxième hypothèse est vérifiée seulement en partie : lorsque la personne âgée devient fragile, son réseau familial lui rend plus de visites ; en revanche, la fréquence des services reçus par la personne âgée n'augmente pas dans notre étude.
Ces résultats seront discutés, lors de la présentation, en se basant sur l'hypothèse d'anticipation du réseau familial, ainsi que sur la sélection des tâches et des pratiques de la personne âgée pour faire face à l'avance en âge et mieux gérer ses ressources.