

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ALLER VIVRE EN RÉSIDENCE :
L'EXPÉRIENCE DES PERSONNES ÂGÉES

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
NATHALIE BLANCHARD

JANVIER 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

**À Matías et Esteban,
puissiez-vous
toujours aller au
bout de vos rêves...**

REMERCIEMENTS

N'eut été de la présence de certaines personnes, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour. Les dernières années ont été mouvementées et le projet que je chérissais au départ est vite devenu difficile à mener à bon port. Néanmoins, c'est avec un coeur léger, un soulagement d'être allée au bout de mon rêve et avec une profonde satisfaction que j'écris ces lignes. Ce sentiment de paix intérieure qui m'habite désormais ne pourrait avoir lieu sans le soutien des personnes qui m'ont accompagnée et encouragée à aller de l'avant dans mon projet de maîtrise.

Ainsi, ce mémoire n'aurait pu exister sans l'appui inconditionnel de plusieurs personnes, à commencer par ma directrice de maîtrise, Michèle Charpentier. Son soutien infaillible de même que sa grande compréhension m'ont permis de mener à terme la rédaction de ce mémoire commencé quelques années plus tôt.

Merci à Mauro pour son appui, sa compréhension et son encouragement à poursuivre ce projet de même qu'à mes deux amours, Matías et Esteban qui m'ont insufflé la force de poursuivre, m'encourageant à leur donner l'exemple de toujours aller au bout de nos projets. Merci également à tous les membres de ma famille qui m'ont soutenue tout au long de cette aventure.

J'aimerais également remercier Claire Soucy avec qui j'ai eu le plaisir de partager de nombreuses discussions et qui ont contribué à l'avancement de cette recherche.

Finalement, je tiens à exprimer ma gratitude envers tous les résidents qui ont bien voulu partager un moment de leur vie. Sans eux, ce mémoire ne pourrait avoir lieu.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES SIGLES UTILISÉS ET LEURS SIGNIFICATIONS.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE DE L'HÉBERGEMENT POUR AÎNÉS.....	4
1.1 L'hébergement des personnes âgées: l'état de la question.....	4
1.1.1 Le contexte actuel de l'hébergement au Québec.....	6
1.1.2 Les milieux d'hébergement et leurs procédures d'admission.....	8
1.1.2.1 Le réseau public de l'hébergement.....	9
1.1.2.2 Le secteur privé d'hébergement.....	14
1.2 La pertinence sociale de la recherche.....	17
1.2.1 Les questions et les objectifs de la recherche.....	18
CHAPITRE II	
LES DIMENSIONS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE.....	20
2.1 Le cadre d'analyse.....	20
2.1.1 La perspective du constructivisme.....	21
2.1.2 Les concepts de relogement et de prise de décision.....	24
2.2 La méthodologie de recherche.....	30
2.2.1 Population à l'étude.....	31
2.2.2 Sélection des sujets et échantillonnage.....	32
2.2.3 Caractéristiques des résidents de notre échantillon.....	32
2.2.4 Méthode de collecte et d'analyse des données.....	33
2.2.5 Limites de l'étude.....	34

2.3	Les considérations éthiques.....	35
2.3.1	Risques et avantages de la recherche pour les sujets.....	36
2.3.2	Moyens pour obtenir le consentement des sujets.....	36
2.3.3	Respect de la confidentialité des données.....	37
CHAPITRE III		
ALLER VIVRE EN RÉSIDENCE : LA PERSPECTIVE DES RÉSIDENTS.....		
3.1	Les trajectoires de vie: on vieillit comme on a vécu.....	38
3.1.1	Des vies remplies.....	39
3.1.1.1	Le contexte social et l'emploi.....	39
3.1.1.2	La famille comme institution.....	41
3.1.1.3	La maladie.....	42
3.1.1.4	Un passé teinté de deuils.....	43
3.1.1.5	Une force de caractère propre à chacun.....	43
3.2	Les trajectoires de relogement.....	45
3.2.1	Les motifs et les circonstances entourant l'entrée en résidence.....	45
3.2.1.1	Un relogement envisagé depuis longtemps.....	46
3.2.1.2	Des aidants en difficulté ou inexistants.....	47
3.2.1.3	Transiter par le centre hospitalier.....	48
3.2.1.4	Les difficultés financières.....	49
3.2.2	Le processus décisionnel et les acteurs concernés. Qui décide?.....	50
3.2.2.1	Prendre seul la décision d'aller vivre en résidence.....	50
3.2.2.2	La famille et les proches.....	52
3.2.2.3	Le médecin et les travailleurs sociaux.....	53
3.2.3	Le relogement.....	55
3.2.3.1	La recherche d'une résidence et la visite des lieux.....	56
3.2.3.2	Les types d'hébergement.....	58
3.2.3.3	Les deuils relatifs au relogement.....	61
3.2.3.4	Le bilan après quelques mois ou quelques années.....	63

CHAPITRE IV	
LES PISTES D'ANALYSE : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS.....	66
4.1 Un processus décisionnel teinté par la trajectoire de vie des gens.....	66
4.1.1 Prendre la décision d'aller vivre en milieu d'hébergement.....	67
4.1.2 Un processus complexe.....	68
4.1.3 L'espace décisionnel et l'influence des familles.....	69
4.2 Le rôle des travailleurs sociaux.....	71
4.2.1 Les travailleurs sociaux: absents ou méconnus?.....	71
4.3 Se reloger au grand âge: des enjeux organisationnels et personnels.....	74
4.3.1 Choisir les ressources d'hébergement privées ou publiques.....	74
4.3.2 Faire de nombreux deuils.....	76
CONCLUSION.....	79
APPENDICE A	
LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	83
APPENDICE B	
LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	85
RÉFÉRENCES.....	87

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1

Données socio démographiques des participants à l'étude.....	33
--	----

LISTE DES SIGLES UTILISÉS ET LEURS SIGNIFICATIONS

CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longues durées
CLSC	Centres locaux de services communautaires
COOP	Coopératives d'habitation
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
HLM	Habitations à loyers modiques
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
MAH	Mécanismes d'accès à l'hébergement
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OPTSQ	Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
OSBL	Organisme sans but lucratif
RI	Ressources intermédiaires
RNI	Ressources non institutionnelles
RTF	Ressources de types familiales
UQÀM	Université du Québec à Montréal

RÉSUMÉ

Dans notre société, de plus en plus vieillissante, nous constatons que malgré la politique gouvernementale du chez soi le premier choix, plusieurs aînés doivent quitter leur domicile initial pour aller vivre dans une ressource d'hébergement afin d'y recevoir l'aide et l'assistance nécessaires. Cette recherche a pour objectif d'explorer le processus décisionnel qui conduit ces aînés à aller vivre en résidence ou en centre d'hébergement.

Ce mémoire de maîtrise s'inscrit dans le cadre d'une recherche qualitative menée à l'École de travail social par Michèle Charpentier¹, dans laquelle nous étions assistante de recherche. Avec l'autorisation de la chercheuse principale, il fut permis d'utiliser le matériel de la recherche afin d'explorer l'objet de notre étude. Pour nos analyses, nous avons retenu les entrevues de huit résidents âgés entre 74 et 93 ans que nous avons personnellement rencontrés à deux reprises, pour un total de seize entrevues. Le cadre théorique de cette recherche s'inspire de la théorie du constructivisme puisque ce qu'il importe de faire ressortir est le point de vue des personnes aînées, en lien avec leurs perceptions et leurs expériences de vie.

Les résultats de la recherche révèlent que le point de vue des personnes ayant dû se reloger est teinté par les expériences personnelles de chacune, de même que par les circonstances ayant amené ce relogement, lesquelles sont principalement: 1) une détérioration de leur maladie; 2) des proches aidants en difficulté ou inexistant; 3) une hospitalisation subite; et 4) une précarité financière. L'analyse des résultats démontre tout d'abord que le processus décisionnel est complexe et qu'il diffère d'une personne à l'autre, en regard de son histoire de vie, mais également en fonctions de multiples facteurs externes. De plus, il ressort que les situations de crise et plusieurs enjeux, tant organisationnels que personnels, sont parfois inhérents au fait de devoir se reloger. Par ailleurs, le rôle minime joué par les travailleurs sociaux est également mis en évidence et interrogé. De façon à améliorer les interventions auprès des aînés et de leurs familles, quelques interrogations et recommandations sont soulevées.

Mots-clé : personnes âgées, relogement/placement, processus de décision, perspective constructiviste

¹ Charpentier M et S Soulières (2006) *Paroles de résidents. Droits et empowerment des personnes âgées vivant en résidence et en milieu d'hébergement*. Rapport final de recherche soumis au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et au secrétariat aux aînés, École de travail social, UQÀM, 102 p.

INTRODUCTION

«Comment nos aînés peuvent-ils être respectés dans leurs choix?» C'est ainsi que s'intitulait l'éditorial du 28 février 2006 dans le quotidien *Le Soleil* (Boivin, 2006, p. A10). Dans cet article, le journaliste questionnait principalement l'espace décisionnel laissé aux personnes âgées en ressource d'hébergement. Ces quelques lignes suffirent à nous démontrer que d'autres que nous questionnaient les pratiques envers les aînés et l'importance de les laisser décider de leur vie. Effectivement, leur pouvoir décisionnel nous préoccupe énormément. Cet intérêt est né pour l'essentiel de notre expérience de travail et de nos études sur le terrain.

À la fin des années 1990, nous étions loin de penser qu'un jour nous serions à écrire ces lignes dans le cadre d'une maîtrise en travail social, spécialisée en gérontologie. Cela, c'était avant d'effectuer nos stages en travail social dans un CLSC spécialisé en gérontologie sociale, le CLSC René-Cassin. Notre expérience de stagiaire nous a amenées à côtoyer des gens passionnés par leur métier, mais avant tout à rencontrer et à aider des gens âgés ayant un tel goût de la vie que nous en fûmes séduites. Nos stages terminés, nous apprîmes que des études de deuxième cycle, spécialisées en gérontologie sociale, s'offraient à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). Nous y avons vu là, l'opportunité d'approfondir les questionnements qui nous hantaient depuis le début de notre travail. Comment peut-on arriver à décider en si peu de temps et dans des circonstances souvent difficiles du lieu où nous terminerons notre vie et qui deviendra notre nouveau «chez nous»? Comment peut-on s'adapter à une telle décision prise si rapidement? Ces questions nous sont venues à maintes reprises lors de notre pratique alors que nous aidions et accompagnions de nombreuses personnes âgées et leurs familles à faire le choix d'entrer en résidence, et ce, malgré le contexte actuel de l'hébergement pour personnes âgées au Québec. Un contexte qui s'est vu transformé au fil des décennies au Québec et qui a amené les résidences privées à jouer un rôle de plus en plus prépondérant au niveau social (Charpentier, 2002).

Travaillant actuellement au Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher dans un programme de soutien à domicile, il nous a été permis de constater plusieurs limites de notre système de santé, notamment en ce qui a trait au domaine de l'hébergement pour les personnes âgées. Il va sans dire que ces contraintes ont des répercussions directes sur les aînés et leurs familles. Les occasions d'accompagner les gens au travers ces limites sont fréquentes et il nous apparaît primordial de les aider à faire, malgré tout, du sens avec ce qu'elles vivent.

Notre principale préoccupation se situe actuellement au niveau du processus de relogement des personnes âgées. Méconnues du public en général, les démarches sont nombreuses et quelques fois compliquées. Le réseau actuel de l'hébergement pour personnes âgées est complexe et parfois une aide professionnelle est la bienvenue afin de simplifier les démarches auprès des ressources (Lemieux, 1994), ne serait-ce que pour aider à cerner les besoins des gens, évaluer les lieux, les coûts ou pour avoir du soutien durant le processus entourant l'entrée en résidence. En ce sens, si déménager est considéré en soi comme étant un facteur important de stress pour l'ensemble de la population, il en est tout autant pour nos aînés, sinon plus. Pour plusieurs personnes âgées, la nécessité de se chercher un nouveau lieu de vie implique obligatoirement d'envisager un avenir hors des lieux communs rassurants. Plusieurs écrits que nous avons recensés parlent de «placement», un terme que nous avons volontairement omis afin de le remplacer par le mot relogement. Nous avons appuyé ce choix de terminologie en regard des propos de Charazac (2001), tels que cités dans Dorange (2005) :

Lorsque l'on parle d'entrée en institution, le terme «placement» ou l'expression «placer son parent» sont souvent employés. La terminologie elle-même est excluante, la personne semble dépossédée de son libre arbitre, du choix de sa vie et livrée à la décision de tiers. Placer ou placement renvoie à des objets, à des choses, à des fonctions, le sujet devient objet de placement. (Charazac, 2001, p. 217; Dorange, 2005, p.125).

Ces auteurs décrivent bien comment le mot placement dépossède la personne de toute décision la concernant. Alors que notre mémoire porte sur le processus décisionnel menant l'hébergement, le terme de relogement nous semblait plus approprié.

Si dans les faits, la décision finale d'aller vivre en résidence revient à la personne âgée jugée apte, il n'en demeure pas moins que lors des nombreux questionnements entourant l'entrée en résidence, plusieurs se font accompagner et soutenir par des proches. Outre les multiples interrogations, incertitudes et démarches techniques, on ne peut passer sous silence les aspects émotifs liés au fait de devoir se reloger. Que ce soit les personnes en perte d'autonomie, leurs proches, les propriétaires des résidences ou encore les professionnels, tous vivent différemment ce processus de relogement, chacun y allant de leurs propres perceptions. Par conséquent, il nous apparaît important d'accompagner chacun tout au long de ce processus et ainsi faciliter les démarches tant administratives qu'émotives.

À ce jour, peu nombreuses sont les études qui font ressortir ces aspects liés à la perception des principaux acteurs concernés: les personnes âgées ayant dû se reloger en milieu d'hébergement. C'est pertinemment à partir de leur vécu, tel que raconté par elles, que seront dégagés dans notre mémoire de maîtrise la signification d'aller vivre en résidence et le processus décisionnel s'y rattachant. Compte tenu du contexte actuel de désinstitutionnalisation et de privatisation des ressources d'hébergement au Québec, nous espérons avant toute chose que cette recherche sera profitable à l'ensemble des personnes concernées par cette problématique, c'est-à-dire non seulement les personnes âgées et leurs proches, mais aussi les intervenants du réseau, particulièrement les travailleurs sociaux impliqués, et les gestionnaires des services de santé.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE DE L'HÉBERGEMENT POUR AÎNÉS

Ce chapitre sera divisé en deux parties, la première portant sur le contexte actuel de l'hébergement des personnes âgées au Québec. Y seront présentées et expliquées, la diversité des milieux d'hébergement pour les personnes âgées, relevant des secteurs publics et privés et les procédures pour y être admis. En deuxième partie, il sera question de la pertinence sociale d'une telle recherche ainsi que des questionnements qui en ont découlé.

1.1 L'hébergement des personnes âgées: l'état de la question

La recherche dont il est question porte sur le processus menant à l'entrée en résidence privée ou publique des personnes âgées dans un contexte de désinstitutionnalisation et de privatisation des ressources d'hébergement au Québec. Ainsi, cette recherche a pour objectif d'analyser et de documenter l'expérience de vie de ces personnes et leurs perceptions reliées à la décision d'aller vivre dans un milieu d'hébergement. Afin de documenter notre travail, nous avons effectué plusieurs recherches bibliographiques et passé de nombreuses heures à lire de multiples périodiques liés à la gérontologie, à l'hébergement, au vieillissement et aux aînés. Des banques de données telles que *Ageline*, *Sociological abstracts*, *Sociofile*, *Francis* et *Repères* nous ont été très utiles et ont permis d'affiner nos recherches. Il va sans dire que sans les collections de la bibliothèque de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), nous serions encore à la recherche de précieuses données. Avec ces nombreuses références, ce chapitre vient ainsi exposer l'état actuel de l'hébergement pour les personnes âgées au Québec.

Il nous apparaît important de spécifier que cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus large dirigée par Michèle Charpentier qui eut lieu à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM) et qui portait sur le droit et l'*empowerment* des personnes âgées. Nous y étions également assistante de recherche. Bien que différente de notre projet de mémoire, cette recherche s'intéressait aux droits fondamentaux et au pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes âgées qui vivent dans divers milieux d'hébergement et aux stratégies permettant d'en assurer ou du moins d'en favoriser l'exercice (Charpentier et Soulières, 2006). Parmi les données recueillies auprès des personnes âgées vivant en résidence, certaines portèrent sur le processus d'entrée en résidence, ce qui constitue l'objet spécifique de notre projet de maîtrise. Avec l'accord de la chercheuse, nous utiliserons donc certaines données obtenues lors des entrevues que nous avons menées au cours de cette recherche.

La recension des écrits que nous avons réalisée nous a d'abord confrontée à un manque flagrant d'intérêt sur la perception des aînés en ce qui concerne l'entrée en résidence au Québec. Seuls quelques auteurs (Maltais, 1999; Charpentier, 2002) font référence aux différents lieux d'hébergement existant ou encore au contexte institutionnel. C'est du côté de la littérature française que nous avons trouvé plusieurs ouvrages qui abordaient l'expérience des personnes âgées amenées à se reloger dans un lieu d'hébergement et le pouvoir décisionnel qui leur revenait (Villez, 1995; Arfeux-Vaucher, 1995; Argoud et Puijalon, 1999; Dorengé, 2005; Donnio, 2005; DeConto, 2005; Badey-Rodriguez, 2005; Billé, 2005; Le Doujet, 2005).

À la suite de nos recherches, d'autres travaux anglophones, nous apparurent étroitement liés à notre sujet de recherche: *Relocation of the Elderly* (Castle, 2001), *Searching for and Selecting a Nursing Facility* (Castle, 2003), *Factors Influencing Nursing Home Placement Decisions* (Johnson, Schwiebert et Rosenmann, 1994), *Decision Making in Nursing Home Placement* (Bell, 1996) et *Decision as Process: a Conceptual Model of Black Elders Nursing Home Placement* (Groger, 1994). À notre avis, ce dernier ouvrage propose des pistes intéressantes en ce qui concerne la conception du processus décisionnel et nous

nous en inspirerons lors de l'opérationnalisation de l'un de nos concepts clés, celui de la prise de décision.

Avant de questionner le processus de décision et de relogement, il nous semblait à propos de situer le contexte général de l'hébergement au Québec pour en comprendre la dynamique et la complexité. En effet, pour la plupart des aînés, prendre la décision d'aller vivre en résidence, que ce soit dans le réseau public ou privé, cela implique nécessairement un questionnement quant aux ressources disponibles. Pour ce faire, il nous est apparu primordial de tracer les grandes lignes du contexte de l'hébergement au Québec.

1.1.1 Le contexte actuel de l'hébergement au Québec

Au cours des dernières décennies, le Québec a été témoin de grandes transformations au sein des milieux d'hébergement. Afin de bien comprendre le réseau actuel de l'hébergement québécois, nous tracerons un bref portrait socio-historique. Que l'on parle des années 1940, 1980 ou 2000, chacune de ces périodes s'est distinguée par une façon de faire et de penser particulière. Comme le décrit Charpentier (2002), chaque période fut caractérisée par des normes et des représentations sociales différentes. Le début du siècle a été témoin de l'émergence d'une ère d'industrialisation et de modernisation. À cette époque, les gens vivaient majoritairement de l'agriculture et les familles étaient élargies. Les aînés partageaient alors le toit familial avec leurs descendants. L'institutionnalisation et les placements étaient davantage réservés aux personnes âgées démunies, abandonnées et pauvres. Les familles et l'Église étaient les « piliers de l'aide aux démunis » (Charpentier, 2002). La période suivante, celle des années 1940-1980, s'est différenciée de la première par l'émergence de l'État-Providence. Un État qui eut vite fait de prendre en charge tout ce qui concernait les services et les institutions. À cette période, la taille des familles a connu des mutations importantes. Ce fut l'émergence des familles nucléaires. Ces nouvelles familles, plus petites, se limitaient régulièrement au père, à la mère et à leurs enfants. L'espérance de vie s'est accrue, les conditions sanitaires se sont standardisées et les soins sont devenus plus accessibles. Au courant de cette même période, mais plus particulièrement vers les années 1960-1980, la société québécoise fut témoin d'une très forte institutionnalisation des

personnes âgées où les besoins étaient gérés collectivement et non individuellement. C'est également à cette période que furent créés les centres d'accueil d'hébergement (CAH). «Le centre d'accueil (se voulait) une institution publique d'homogénéisation des personnes âgées.» (Charpentier, 2002, p. 22). D'une gestion cléricale, la société de cette époque est donc passée à une gestion par l'État- Providence. C'est à ce moment qu'eurent lieu les balbutiements d'une conscientisation sociale à l'égard des personnes âgées, de même que la création des premiers groupes sociaux d'aînés. À la suite des deux premières périodes, nous pourrions dire que l'époque des années 1980-2000, dans laquelle nous sommes toujours, se décrit par le phénomène de désinstitutionnalisation et de maintien à domicile. L'institutionnalisation automatique des personnes âgées en perte d'autonomie n'est plus monnaie courante et les politiques qui prévalent mettent davantage l'accent sur le maintien à domicile (MSSS, 1994; MSSS, 2003).

Des centres d'accueil, nous sommes passés à des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Les admissions vers ces institutions demeurent toujours possibles, mais l'accessibilité en est grandement restreinte (MSSS, 1997). C'est ce que nous avons pu observer dans le cadre de notre pratique en Montérégie alors que la politique de maintien à domicile des personnes âgées a favorisé la mise en place de ressources à domicile tout en déléguant une partie des soins aux proches et aux familles (MSSS, 2003). À la lecture de cette politique, nous pouvons constater que l'État se positionne dorénavant comme étant un partenaire lorsqu'il est question de prise en charge au domicile par les familles et les proches :

Le désengagement de l'État face aux populations jugées dépendantes, mais souhaitées autonomes, et les aménagements qu'il propose en terme de services et de responsabilité selon les groupes et les institutions ont permis de penser la responsabilité en terme de partage, voire de partenariat. (Saillant et Gagnon, 2001, p. 56).

Toutefois, les contraintes budgétaires qui fusent de partout laissent présager que l'aide proposée se fait attendre. Cette attente ne se fait pas sentir seulement au niveau de l'aide à domicile, mais également au niveau des milieux de vie substitués, des lieux d'hébergement publics. Ainsi, en 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux élaborait sa Politique

de soutien à domicile, intitulée *Chez soi: le premier choix*. Cette politique avait comme objectif principal de cibler en premier lieu le domicile des gens comme endroit de prestations de services, de tenir compte des besoins des proches aidants et de ne pas seulement offrir des services, mais également de soutenir les usagers et leurs proches tout au long de leurs besoins. Avec les changements que connaissent les gouvernements en place, c'est un vent de réorganisation majeure, «de réingénierie» qui s'est effectué dans le réseau de la santé et des services sociaux en 2004. Les CLSC et les CHSLD se sont vus fusionnés avec d'autres établissements pour créer les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Pour le moment, le réseau de la santé est encore en pleine réorganisation et les impacts sur le réseau de l'hébergement se font à peine sentir. Toutefois, on doit s'attendre à des changements quant à l'organisation de ces services puisque les listes d'attente nécessitent un réaménagement important. Il va sans dire qu'une réorganisation importante dans le domaine de l'hébergement public est à venir. En attendant, nous ne pouvons que constater l'importance des besoins d'aide à domicile et le manque de disponibilités des établissements publics à répondre à toutes les demandes. Devant le fait que ceux-ci soient de plus en plus importants à domicile, certains font le choix de déménager et de se reloger vers des résidences avec services. Toutefois, les ressources d'hébergement publiques étant limitées, nous constatons une expansion phénoménale des résidences privées pour personnes âgées, autonomes, semi-autonomes et en perte d'autonomie. En 2004, le nombre de personnes âgées au Québec se chiffrait à 1 021 777. De ce nombre, 7,9 % rapportaient vivre dans des résidences privées avec services, 0,5 % habitaient des ressources intermédiaires ou d'accueil (RNI) et environ 4 % vivaient dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (Aubry, 2005; MSSS, 2005).

1.1.2 Les milieux d'hébergement et leurs procédures d'admission

Nous le constatons, les types d'hébergement pour aînés sont multiples. Ainsi, les résidences pour personnes âgées font partie d'un réseau complexe d'habitations partagé entre le public et le privé. De façon à mieux saisir les particularités de chacun, nous vous

présenterons donc ces milieux d'hébergement, en commençant par ceux du réseau public pour terminer avec les résidences privées, qui sont très majoritairement à but lucratif .

1.1.2.1 Le réseau public de l'hébergement

Lorsque l'on parle de ressources d'hébergement publiques, nous faisons référence aux ressources qui sont régies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RRSSS, 2002). Ces ressources se divisent en deux catégories, les CHSLD et les ressources non institutionnelles (RNI). Les CHSLD peuvent être de trois ordres: publics, privés conventionnés ou privés non conventionnés :

Quand un établissement est public, le terrain et la bâtisse sont la propriété de l'État et un budget est octroyé par le MSSS pour l'administration, le fonctionnement et les services dispensés à la clientèle [...] Un établissement privé qui a conclu avec le ministère une convention prévue à la LSSS est un établissement privé conventionné : le terrain et la bâtisse appartiennent à un propriétaire privé qui reçoit du MSSS un budget pour l'immeuble, le mobilier, le fonctionnement et les services à dispenser [...] L'admission en CHSLD public ou privé conventionné relève du système régional d'admission [...] Tout autre établissement est privé non conventionné : le terrain et la bâtisse sont la propriété du promoteur et les services sont payés par les personnes demeurant au centre d'hébergement [...] La Loi laisse le soin à ces établissements d'assumer eux-mêmes l'admission de leurs bénéficiaires. (RRSSS, 2002, p.3).

Le statut de ces centres est important lorsqu'on y est admis puisque les coûts seront fixés en conséquence. Dans un centre entièrement public ou privé conventionné, les frais de l'hébergement se verront fixés par décret en fonction du revenu de l'usager, jusqu'à concurrence d'un montant maximum, alors que dans un centre privé non conventionné, il n'existe pas de limite aux frais d'hébergement et le montant est fixé selon le propriétaire. Cette caractéristique a un impact considérable sur les personnes âgées qui doivent recourir à des services d'hébergement, puisqu'il s'agit souvent de personnes à faible revenu, majoritairement des femmes. Les CHSLD sont reconnus comme étant les centres qui accueillent les personnes en très lourde perte d'autonomie et qui nécessitent plusieurs heures de soins par jour. Comme en témoigne certains auteurs, «l'institution publique s'est

considérablement alourdie et devient de moins en moins accessible; on la réserve aux plus malades et dépendants.» (Charpentier, Delli-Colli et Dalpé, 2000, p.70).

En ce qui concerne les ressources non institutionnelles (RNI), elles se divisent en deux catégories: les ressources intermédiaires (RI) et les ressources de types familiales (RTF) aussi appelées les résidences d'accueil (RRSSS, 2002). Ces ressources sont rattachées à un établissement public et la classification des services offerts est fondée sur le degré de soutien ou d'assistance requis par les usagers (RRSSS, 2002). Tout comme pour les CHSLD publics et privés conventionnés, les frais d'hébergement en ressources non institutionnelles sont fixés par le réseau public et ne peuvent dépasser un maximum. Les personnes qui sont admises dans les ressources intermédiaires sont celles qui présentent des besoins physiques tels de l'aide totale pour le bain et une aide partielle pour l'habillement. Les soins qui y sont prodigués sont alors axés sur la personne plutôt que sur de simples tâches de surveillance. Quant aux ressources de types familiales, elles hébergent une clientèle requérant de la surveillance et de l'accompagnement pour des besoins de base tels que l'hygiène, l'alimentation ou la sécurité (Charpentier, 2002).

- **La procédure d'admission dans le réseau public**

Pour avoir accès aux ressources d'hébergement publiques, les usagers doivent obligatoirement passer par un intervenant du réseau afin d'être évalués et orientés par le système régional d'admission (MSSS, 1997). Dans les années 1980, est apparu un outil d'évaluation, le CTMSP (Classification par types en milieux de soins et services prolongés). Cet outil visait à évaluer les besoins de la personne en perte d'autonomie (physique, psychologique et sociale). Dans cette évaluation qui comprenait plusieurs parties, on retrouvait tout ce qui touchait aux capacités et incapacités liées à la mobilité, à la communication, aux AVD (activités de la vie domestique) et aux AVQ (activités de la vie quotidienne). Aujourd'hui, le CTMSP a fait place à un outil d'évaluation unique, l'outil d'évaluation multIClientèle (OEMC), qui sert à la fois pour le soutien à domicile et pour les demandes d'hébergements institutionnelles (MSSS, 1997). Le processus d'évaluation peut s'avérer long, et ce, parce qu'il nécessite deux évaluations conjointes. La première doit être

effectuée par un médecin et l'autre effectuée par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux (travailleur social, infirmière, ergothérapeute, etc.) qui évalue la globalité des besoins de la personne en perte d'autonomie. La demande n'est acheminée aux mécanismes d'accès à l'hébergement (MAH) que lorsque les évaluations sont dûment complétées. Dans le contexte actuel où il y a pénurie de médecins et où plusieurs n'ont pas de médecin de famille, l'évaluation médicale peut ralentir considérablement le processus. Une fois les formulaires complétés, les MAH ont la responsabilité d'évaluer le nombre d'heures de soins que nécessitera la personne une fois hébergée et de déterminer, voire décider, si la personne âgée pourra être admise dans un établissement du réseau et si oui, dans quel type de ressources (CHSLD ou RNI).

En CHSLD, à la fin des années 1980, les personnes pouvaient être admises lorsqu'elles nécessitaient plus de 2 h 30 de soins quotidiens. Actuellement, il existe certaines régions où, pour accéder à un CHSLD, le nombre d'heures de soins requis quotidiennement doit être de plus de 3 heures (Conseil des aînés, 2000; Charpentier, 2002). Dès le début des années 1990, plusieurs coupures budgétaires au niveau gouvernemental ont entraîné des réductions de lits d'hébergement dans le réseau public (Delli-Colli, Dubuc et Caron, 2006). Pour les ressources intermédiaires de type pavillon, c'est une réduction de 7,5 % qui s'est effectuée entre les années 1991 et 1998, faisant ainsi disparaître 313 lits (Conseil des aînés, 2000).

Advenant une admission possible au niveau public, la personne et les proches touchés par le besoin d'être relogée ont théoriquement un mot à dire sur le choix de l'établissement vers lequel ils seront orientés. En fait, ils ont le droit de désigner quelques endroits qui leur conviendraient. Souvent, ces lieux présélectionnés sont dictés par une situation géographique particulière et par un désir du conjoint et des enfants d'avoir leurs parents proches. Qu'arrive-t-il lorsque les MAH ont statué sur le nombre d'heures de soins et qu'ils ont procédé à l'orientation de la demande vers les centres désignés par les familles? La prochaine étape est l'attente. Une attente qui peut paraître interminable lorsque les besoins de base sont à peine comblés et que les conditions de vie sont très précaires. Une fois inscrit sur la liste d'attente, il peut se passer plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avant qu'une place d'hébergement ne soit disponible vers le lieu désiré. Si la situation se détériore, il est possible d'en informer

les responsables et ils pourront statuer sur la possibilité d'héberger en urgence l'utilisateur. Lorsque l'on dit urgence, cela peut aussi se traduire par un *non-choix* quant au lieu d'hébergement. En urgence, les gens sont relogés dans les centres d'hébergement où des lits sont disponibles, parfois très loin de chez eux et des familles. Les responsables de la coordination des lieux d'hébergement tentent le plus possible de trouver un endroit qui convient, tant par les besoins que par la proximité géographique, mais il y a des fois où il n'y a pas d'autres choix que d'orienter les gens vers des centres éloignés. Une fois hébergés, les usagers et leur famille peuvent demander à être mis en attente pour un centre de leur choix, souvent pour se rapprocher des leurs. Il va sans dire que l'attente peut être très longue puisqu'à ce moment la personne n'est plus considérée en danger et que les priorités sont laissées aux urgences. Il en est ainsi des gens qui sont hospitalisés et qui doivent être orientés vers un centre d'hébergement. À ce moment, ces usagers sont considérés en priorité car on doit «désengorger» le plus vite possible les hôpitaux.

Cette façon de faire, c'est-à-dire de prioriser les demandes d'hébergement en provenance des centres hospitaliers, a amené une pratique à se développer, celle des hébergements transitoires (les « transits » ou « les achats de places »). Le manque de lits dans les institutions publiques encourage le réseau de la santé à favoriser un partenariat avec le réseau privé de l'hébergement. Ainsi, des chambres sont « achetées » aux résidences privées afin que des gens en attente d'une place dans le réseau public puissent y être hébergés temporairement, transitoirement. Au bout de quelques mois, les besoins des gens sont réévalués afin de s'assurer qu'ils seront orientés vers la ressource d'hébergement publique appropriée à leurs besoins. Ces gens qui sont hébergés de façon transitoire ont à payer 25 \$ par jour d'occupation alors que pour les autres résidents qui habitent la même résidence privée de façon permanente et n'ayant pas transité par le réseau public d'admission, les coûts sont fixés selon le bon vouloir du propriétaire de la résidence. Parfois, ce sont des écarts de plus 1000 \$ par mois que l'on peut constater au sein de la même résidence. Les responsables d'une ressource de la sous-région de Longueuil que nous avons visitée à l'automne 2004 nous disaient que ce partenariat public-privé avait occasionné des frictions au sein des résidents et qu'il avait fallu séparer la salle à manger en deux sections (secteur public, secteur privé) afin d'éviter des conflits liés aux frais d'hébergement.

Dans le cadre de notre pratique, nous avons pu observer que ces «achats de places» dans le réseau public peuvent se traduire par des temps d'attente de plusieurs mois, voire une année ou deux pour le CHSLD souhaité. Nous constatons que les gens s'adaptent, se refont un réseau et retrouvent un sens à leur vie, dans ces lieux transitoires. Certains en oublient même qu'ils ne sont là que transitoirement et lorsque leur nom arrive en haut de la liste d'attente, ils vivent un grand choc de devoir subir un autre déracinement et une acclimatation à un nouveau centre. Après tant de temps passé en résidence, ils n'ont plus la volonté et parfois la capacité de faire face à une nouvelle adaptation. Qui en serait encore capable après les nombreux deuils vécus et le cheminement parcouru?

La façon de traiter, d'évaluer et d'orienter les demandes d'hébergement du réseau public révèle une autre difficulté que peu d'écrits ont commentée, celle de la séparation des couples qui n'affichent pas le même degré d'autonomie. En effet, malgré une union de 50, 60 ou même 70 ans, les partenaires n'ayant pas un profil similaire d'autonomie, ou du moins pouvant être orientés vers le même type d'établissement d'hébergement, sont séparés. Un reportage (Courchesne, 2003) présenté dans le cadre de l'émission Enjeux, en mars 2003, expliquait cette dure réalité et présentait quelques moyens favorisant l'union des couples malgré leurs besoins d'hébergement. Certains CHSLD sont reliés par une passerelle à une autre ressource d'hébergement où la clientèle nécessite des soins plus légers. Toutefois, ces types de résidence sont de rares exceptions. En attendant le développement de lieux d'hébergement similaires, les gens devant impérativement se reloger au niveau public n'ont d'autres choix que ce qui leur est proposé.

Par conséquent, devant les difficultés à se loger dans le réseau public, encore plus vers l'établissement de leur choix, les personnes touchées par ce manque de ressources ont très peu de place pour exprimer leur opinion. Avec la restriction des critères d'accès aux hébergements publics, les longues listes d'attente, de même qu'une éventuelle séparation de leur couple, certaines personnes âgées doivent donc se tourner vers les ressources privées afin de combler leurs besoins de sécurité et de soins. Ainsi, ce sont donc les portes du privé qui s'ouvrent à elles. La diminution des lits disponibles au niveau public a créé une forte pression

sur le réseau d'hébergement privé pour les personnes âgées, qui s'en est lourdement ressenti. Les taux d'inoccupation des ressources privées sont passés de 12,4 % en 1987 à 3,1 % en 1998 (Conseil des aînés, 2000). Il y a un risque de surcharge au niveau des ressources privées puisqu'elles ne sont pas mandatées formellement pour prendre en charge des personnes en très grande perte d'autonomie. Ainsi, depuis les années 1980, nous pouvons donc constater au Québec une forte désinstitutionnalisation en matière d'hébergement, ce qui a favorisé l'essor des résidences privées (Anghelou, 1995; Champagne, 1996; Roy, 1996; Charpentier, Delli-Colli et Dalpé, 2000). En 1991, ce sont 46410 places d'hébergement publiques en soins de longues durées qui couvraient l'ensemble de la province. Douze ans plus tard, ce ne sont plus que 41 875 places d'hébergement qui demeurent (MSSS, 2004). Paradoxalement, nous avons affaire à une population de plus en plus vieillissante alors que le réseau de la santé diminue ses lits d'hébergement. Quelle logique devons-nous comprendre? Ce manque flagrant de ressources publiques nous amène donc à parler des autres types d'hébergement, plus spécifiquement des résidences privées d'hébergement.

1.1.2.2 Le secteur privé d'hébergement

Comme nous en avons fait mention ci-haut, parler d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie ne se limite pas au seul réseau public. Il faut comprendre qu'il existe plusieurs autres types de ressources en parallèle: résidences privées avec ou sans services, les habitations à loyer modique (HLM), les coopératives d'habitation (COOP), les logements sans but lucratif (OSBL), les appartements avec services. Tous peuvent se regrouper sous la terminologie de milieux de vie substitués. Ce dernier terme est défini par le Conseil des aînés (2000) de la façon suivante: « [...] c'est un lieu constituant l'adresse permanente d'une personne qui lui donne accès en plus du gîte, au couvert et, généralement, à des services d'aide et d'assistance et même à des soins de santé.» (Conseil des aînés, 2000, p.3). Ces milieux de vie peuvent être de gestion publique, privée, communautaire ou d'économie sociale. La très grande majorité sont des résidences privées. Selon l'inventaire tenu dans chaque région, ces dernières accueilleraient environ 80 000 personnes âgées (Aubry, 2005). Pour les besoins de ce mémoire, nous nous en tiendrons à ce type

d'hébergement. Pour définir ce que nous entendons par résidence privée, nous utiliserons la définition donnée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, à l'article 346.1.1:

Une résidence pour personnes âgées est un immeuble d'habitation collective où sont offerts, contre le paiement d'un loyer, des chambres ou des logements destinés à des personnes âgées et une gamme plus ou moins étendue de services, principalement reliés à la sécurité et à l'aide à la vie quotidienne ou à la vie sociale. (MSSS, 2004, p.11).

Jusqu'à tout récemment, ces résidences n'étaient soumises à aucune exigence en vertu de la Loi relevant de la santé et des services sociaux. Il allait du bon vouloir des propriétaires de déterminer la quantité et la qualité des services qu'ils offraient. Avant l'apparition du Projet de Loi 83, aucune norme sociosanitaire, autre que celle qui prévaut actuellement dans le code du bâtiment, ne s'appliquait (Maltais, 1999; Charpentier, 2002). Ainsi, en 2006, à la suite de plusieurs pressions et recommandations, provenant notamment des groupes d'aînés, le ministre québécois de la santé, Philippe Couillard déposait le projet de Loi 83. Avec l'application de cette Loi, toutes les résidences privées devront se prémunir d'un certificat de conformité qui sera géré par les réseaux locaux de santé et de services de santé et qui devra être renouvelé à tous les deux ans (Marchand, 2006).

- **Les procédures d'admission dans le réseau privé**

Contrairement au réseau public d'hébergement où les coûts mensuels sont fixés selon des critères stricts et avec une limite maximale de 1527 \$, les résidences privées n'ont aucun barème de coûts préétablis et les prix mensuels peuvent varier de 825 \$ à 4650 \$ (Conseil des aînés, 2000). L'écart qui existe peut nous amener à réfléchir sur le fait qu'il puisse exister un système d'hébergement pour aînés à deux vitesses, au détriment des plus vulnérables et les plus nécessiteux (Charpentier, 2002).

Si se reloger dans le secteur public nécessite une évaluation préalable par un intervenant social, il en va autrement pour le réseau privé. Parfois, le simple fait de rencontrer le responsable de la résidence peut suffire et la personne peut faire elle-même ses

démarches. Lorsque vient le temps de faire un choix pour leur prochain lieu de vie, certaines familles et leurs parents se sentent démunis vis-à-vis la panoplie de ressources existantes. Les gens peuvent craindre de se retrouver dans un lieu peu convenable et à risque d'abus de toutes sortes. Devant cette offre marchande de ressources, qui ne le serait pas? Ainsi, au fil des années, différentes agences de placement se sont développées et ces dernières se spécialisent dans l'accompagnement gratuit des gens vers une résidence privée adaptée à leurs besoins. Les services sont gratuits pour les gens à la recherche d'un lieu d'hébergement, mais, dans les faits, ce sont les résidences qui doivent payer les frais une fois que les gens y sont orientés ou référés.

S'il est véhiculé que les résidences privées offrent de l'hébergement aux personnes autonomes ou en légère perte d'autonomie, on constate en réalité que les clientèles se sont alourdies et beaucoup d'aînés en perte d'autonomie s'y retrouvent, n'ayant pas toujours les soins requis par leur état de santé (Charpentier 2002). Puisque le resserrement des critères d'admissibilité en résidences publiques (RTF, RI et CHSLD) a eu comme conséquence d'accroître les besoins d'une clientèle de plus en plus en perte d'autonomie dans les résidences privées (Roy, 1996; Charpentier, 2000), certaines se sont dotées d'un statut de CHSLD privé (sans barème de prix), mais ont peine à offrir les services nécessaires tout en fixant mensuellement des coûts onéreux.

Certains centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont mis en place un petit bottin de résidences de leur secteur qui certifie que les résidences y figurant ont été visitées par un représentant de la ville et du CSSS. Néanmoins, cela n'exclut pas les risques d'abus, et les aînés et leurs proches doivent en tout temps demeurer vigilants.

Sans faire une analyse exhaustive du projet de Loi 83, nous croyons qu'il aura de bons côtés à prémunir les résidences privées d'une certification obligatoire. Les gens et leurs familles pourront à l'avenir être un peu plus confiants puisque certains services seront encadrés et respectés. Si le projet de certification aidera à contrôler une certaine qualité de soins et de services au sein des résidences, qu'advient-il toutefois des résidences qui ne se conformeront pas et où sont actuellement hébergés des aînés bien souvent vulnérables et

présentant une précarité financière? Demeureront-ils hébergés au même endroit? Sinon, qui les aideront à se reloger et où? Auront-ils un mot à dire? Pourront-ils émettre leurs opinions quant à leur futur lieu de vie? Ces questionnements sont partagés par madame Lise Denis, Protectrice des usagers dans un communiqué disponible sur le site internet du ministère :

Malgré les incitatifs mis en place par le gouvernement, un certain nombre de résidences n'adhéreront pas à ce programme et d'autres ne réussiront pas à se qualifier. Donc, des personnes âgées en grande perte d'autonomie risquent de continuer à vivre dans des milieux qui ne peuvent pas leur garantir le niveau de services et la sécurité que requiert leur état. Nous parlons, dans bien des cas, d'une clientèle dépourvue financièrement, généralement vulnérable, sans réseau social et qui se trouve souvent dans ces résidences pas nécessairement par choix. (Denis, 2006).

Nous en faisons mention en introduction de ce chapitre, les travaux québécois réalisés à ce jour se sont surtout penchés sur la description et les caractéristiques des résidences privées (Lavoie, Grandmaison et Ostoj, 1988; MSSS, 1997; Conseil des aînés, 2000) et la plupart de ceux qui ont porté sur les trajectoires des aînés et leurs expériences de relogement viennent de l'étranger (Groger, 1994; Castle, 2001; 2003; Johnson, Schwiebert et Rosenmann, 1994; Bell, 1996; Villez, 1995; Arfeux-Vaucher, 1995; Argoud et Puijalon, 1999; Dorengé, 2005; Donnio, 2005; DeConto, 2005; Badey-Rodriguez, 2005; Billé, 2005; Le Doujet, 2005). Néanmoins, que ce soit vers le secteur public de l'hébergement ou vers les autres milieux de vie substitués, nous comprenons que se reloger implique tout un processus qui a des impacts majeurs sur la personne âgée et ses proches (Castle, 2001) et qui influence sa décision d'être hébergée. C'est ce processus, tel que vécu et raconté par les aînés qui nous intéresse particulièrement et qui est à l'origine de ce mémoire et de nos questionnements.

1.2 La pertinence sociale de la recherche

En regard de nos pratiques professionnelles, nous pouvons comprendre que le système d'hébergement public n'est pas axé sur les usagers, mais plutôt sur l'efficacité du désengorgement des hôpitaux et la gestion des situations de crise. Comme nous le disions antérieurement, la personne qui ne requiert plus de soins aigus à l'hôpital, mais qui ne peut retourner chez elle et qui ne peut être hébergée, quitte le centre hospitalier pour un endroit

qu'elle n'a souvent pas choisi. Parfois, elle sera hébergée dans un CHSLD ou une ressource intermédiaire qu'elle n'aura également pas choisie, en attendant d'être relogée vers l'endroit désiré. Souvent, c'est vers une résidence privée, en achats de place, avec services, en attendant le lieu souhaité. Ce qui apparaît souvent problématique est le peu de pouvoir des personnes âgées quant aux lieux où elles seront orientées et le peu d'alternatives qui s'offrent à elles. Nous questionnons l'impact de ce contexte sur les personnes âgées et sur les pratiques. Les personnes âgées sont-elles préparées, informées? Les pratiques d'intervention pourraient-elles davantage informer et préparer les personnes âgées à vivre cette réalité, et les informer sur l'implication qu'elles peuvent avoir lors du processus décisionnel entourant leur entrée en résidence? Puisque le Québec vit actuellement une réorganisation majeure en ce qui a trait aux soins de santé et aux services sociaux, ce mémoire veut certainement contribuer à une remise en question des pratiques sociales qui entourent le relogement des aînés présentant une perte d'autonomie et de leur participation aux décisions qui les concernent. La présente étude pourra aussi avoir des retombées en terme d'intervention auprès des familles, car elles sont, la plupart du temps, impliquées auprès de la personne qui sera hébergée.

Comme décrits ci-haut dans l'élaboration de notre problématique, les écrits sont peu nombreux en ce qui concerne la parole des aînés québécois sur leur vécu lors de leur entrée en résidence. Puisque l'importance de la place accordée à la voix des aînés nous interroge professionnellement, il nous semblait essentiel d'y donner préséance lors de l'élaboration de notre projet de recherche.

1.2.1 Les questions et les objectifs de la recherche

La recherche dont il est question dans le présent travail porte sur la décision d'aller vivre en résidence privée ou publique. Elle a pour but de connaître et comprendre le point de vue des personnes âgées qui ont vécu cette expérience. Cette recherche aura des répercussions à plusieurs niveaux. Ce qui nous importe, c'est de faire ressortir la perception qu'ont les personnes âgées en perte d'autonomie sur le processus qu'elles ont vécu lors de leur entrée en résidence tant publique que privée. De plus, dans un contexte de rareté des ressources d'hébergement publiques où on tend à bousculer les personnes âgées, nous

espérons qu'une telle recherche permettra de dégager des pistes d'intervention pour mieux accompagner la décision d'aller vivre en hébergement et ainsi favoriser une meilleure intégration sociale.

Compte tenu le contexte actuel de l'hébergement des personnes âgées au Québec et des nombreux questionnements qui nous habitent, nous avons formulé nos questions de recherche comme suit :

- Quelle perception les personnes âgées ont-elles du processus de décision entourant leur entrée en résidence?

De cette question générale découlent des questions secondaires :

- Quelles furent les circonstances entourant cette décision?
- Quels acteurs sont intervenus dans le processus décisionnel et quels étaient leurs rôles?
- Quelle place et quels rôles ont joués les principaux concernés, soit les personnes âgées?

Avant de présenter le point de vue des personnes âgées hébergées, tel que recueilli lors de notre collecte de données sur le terrain, le prochain chapitre vient exposer les assises théoriques et méthodologiques de cette recherche.

CHAPITRE II

LES DIMENSIONS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE

Ce chapitre vient camper les assises théoriques et méthodologiques de notre recherche. Il est divisé en trois sections. La première présente la théorie du constructivisme de même que les concepts clés retenus, soit ceux du relogement et de la prise de décision. En deuxième partie, nous exposons la méthodologie de la recherche, précisant la population à l'étude, la sélection des sujets, la méthode de collecte, l'analyse des données ainsi que les limites de l'étude auxquelles nous avons dû faire face. Finalement, ce chapitre ne saurait être complet sans aborder les considérations éthiques de notre recherche de même que les impacts sur les sujets.

2.1 Le cadre d'analyse

Toute recherche doit être analysée sous un angle prédéfini. Puisque notre recherche vise à recueillir la perception qu'ont les personnes âgées du processus décisionnel entourant leur entrée en résidence, c'est la perspective du sujet qui nous intéresse. Il nous apparaît important de tenir compte de l'expérience de vie des gens âgés que nous interrogerons, de même que leur vécu antérieur afin de bien comprendre ce qui les a amenés à vivre où ils sont présentement. De plus, de par notre pratique professionnelle, qui en est une de respect du cheminement et des expériences de chacun, il nous semble qu'avant même de décider de notre projet de recherche nous savions que nous utiliserions l'angle d'analyse du constructivisme.

2.1.1 La perspective du constructivisme

Comme son nom l'indique, le constructivisme s'intéresse à la «construction» que le ou les sujets se font d'une réalité sociale. Plus particulièrement, il s'attarde à étudier les mécanismes et les processus permettant la construction de cette réalité. Ce courant de pensée, qui émerge de la psychologie (Piaget), a été repris dans de multiples sphères interdisciplinaires et a connu un développement important avec les travaux de Pierre Bourdieu (constructivisme structuralisme) et Alfred Schütz (constructivisme phénoménologique). En travail social, c'est dans les années 1980 que ce modèle théorique a pris de l'ampleur (Dorvil et Mayer, 2001), suivant le courant de l'interactionnisme symbolique des années 1960. La perception des sujets constitue le cœur de ce courant de pensée qui considère que celle-ci s'élabore (se construit) à partir des représentations que le sujet a déjà; représentations sociales (des milieux d'hébergement par exemple) et expériences de vie (trajectoires professionnelles, sociales, etc.). Schindler (1999) abonde dans le même sens que les auteurs précédemment cités, mais y ajoute la notion de vieillissement, ce qui vient circonscrire davantage notre angle d'analyse :

Constructivism suggests that we cannot comprehend reality independently of our interpretation of it. Extending this to gerontology, the aged person therefore has to be perceived on his/her terms and within their historical context. (Schindler, 1999, p.167).

Plusieurs autres théories liées au vieillissement auraient pu servir d'ancrage à l'analyse du processus menant à l'entrée en résidence. Que ce soit la théorie du désengagement ou celle de la continuité, nous avons préféré étudier celle de la construction sociale stipulant que les expériences sociales sont construites, incluant celle du vieillissement :

La réflexion gérontologique doit s'enraciner dans la réflexion sur la temporalité, dans l'expérience vécue du vieillir et vivre, ouvrant ainsi la porte à la recherche des liens entre le temps individuel, l'historicité des cohortes, et les structures de signification du temps humain. (Zuniga, 1990, p.21).

Cette construction sociale du vieillissement peut se faire de plusieurs façons et nous ne pouvons passer sous silence le rôle important joué par les représentations sociales. Ces

dernières sont un «savoir vulgarisé servant à tous les individus du même groupe qui disposent, de la sorte, d'un stock commun de notions dont le sens sera clair pour tous» (Mannoni, 2001, p.89-90). Les représentations sociales sont reliées à des normes culturelles dominantes qui permettent à chacun de trouver ses repères (Mannoni, 2001). Puisqu'elles se basent sur des données subjectives des gens et des sociétés qui les constituent, nous pouvons constater qu'elles ont aussi une fonction de déformation de la réalité. Ces représentations jouent donc un rôle important sur la perception que nous nous faisons de la réalité. Il peut en être ainsi quant au regard que nous portons sur les résidences pour personnes âgées, mais également pour toute autre problématique d'actualité. En effet, les résidences pour personnes âgées ou tout autre lieu d'hébergement avec services sont souvent perçus comme étant des lieux où les gens n'auront plus de pouvoir sur leur vie et où ils iront mourir (Davies et Nolan, 2003). Allez donc demander à une famille ou à une personne âgée ce qu'elle pense des résidences privées alors qu'elle n'en a jamais visitées. Les réponses qui vous seront données seront fort probablement teintées par la médiatisation excessive du sujet ou par tout ce qui s'est dit dans l'entourage. Ainsi, il est donc impossible de faire abstraction des représentations sociales (Bickerstaff, 2003; Grenier, 2006).

Outre les représentations sociales, le constructivisme s'inspire également des expériences individuelles de vie des gens. Ainsi, il prend compte du processus individuel des gens quant à leurs interprétations de la réalité en fonction de leurs expériences. La force de cette théorie, si on l'applique au vieillissement et à l'étude des aînés, réside dans le fait qu'elle rappelle à tous que les personnes âgées ne sont pas des sujets passifs, mais plutôt actifs qui participent à la construction sociale de leur monde (Quadagno, 2002).

Les perspectives reliées à la construction sociale partagent une vision subjective de la réalité, en regard de ce que chaque personne vit, mais également en lien avec leur environnement. Le monde est également composé de sens et de signification. Les tenants des théories axées sur la construction sociale conviennent que le sens ou la signification que les gens donnent à leur réalité se fait en fonction du contexte. Le sens des choses n'est donc pas immuable, mais est plutôt amené à changer en fonction des différentes expériences de la vie (Gubrium et Holstein, 1999; Hooyman et Asuman Kiyak, 2001). Ainsi, une perspective

constructiviste se construit au fil des jours au travers les expériences des gens avec leur environnement.

Ce modèle théorique nous apparaît pertinent pour l'analyse de notre recherche puisqu'il part des conceptions que chacun se fait de la réalité, et ici, des perceptions liées à la décision d'entrer en résidence. Cela, tout en tenant compte du contexte social et des représentations sociales associées au fait d'aller vivre en résidence. Comme en faisait mention Hazan (1994), les expériences humaines sont donc façonnées par les constructions que nous nous faisons de la réalité. Il en va ainsi de la gérontologie et du regard que la société porte sur les personnes âgées. Nous ne pouvons parler de la décision des gens sans parler de leurs trajectoires de vie. Selon nous, le passé est en quelque sorte la continuité du présent. L'histoire personnelle et sociale, c'est «l'histoire des présents successifs et des antécédents d'une personne à telle étape de sa vie. Ce passé personnel se modifie et s'écrit sans interruption [...] tout au long de sa vie.» (Tremblay, 2001, p.26).

À cet effet, nous nous proposons donc d'analyser les propos que nous aurons recueillis selon la perception que les aînés se font de leur vie, tout en tenant compte de leur histoire passée, de leurs perceptions et du sens qu'ils donnent maintenant à leur vie et à leur entrée en résidence. Cette notion de sens nous apparaît importante dans la construction que les gens se font de leur réalité. C'est également cette quête de sens lors de moments difficiles qui nous permet de mobiliser nos énergies et mieux nous adapter aux changements comme le stipule Leclerc (2001) : «Une restauration du sens permet à la personne de cesser de se considérer comme victime et de reprendre le contrôle de sa vie.» (p.53). D'autres auteurs parleront plutôt d'adaptation (Grogger 1994, Castle, 2001). L'impact du vieillissement ne fait pas exception et il demande une perpétuelle adaptation :

À travers nos expériences quotidiennes, nous construisons et reconstruisons sans cesse le sens que nous donnons à notre existence [...] Les nombreuses pertes qui jalonnent l'âge avancé sont autant d'occasions de réinterpréter notre réalité [...] Le vieillissement nous dépouille progressivement de ce qui constituait jusque-là nos centres d'intérêt et nos raisons de vivre[...] La question du sens se pose alors avec acuité de sorte que la découverte ou la création de nouveaux sens devient l'une des tâches incontournables du développement. (Leclerc, 2001, p.51).

2.1.2 Les concepts de relogement et de prise de décision

Tout en analysant nos données sous l'angle du constructivisme, nous rattacherons nos questionnements aux concepts suivants : le relogement et ses impacts et celui de la prise de décision (comme étant un processus lié au fait de décider de quitter son domicile et de trouver un lieu d'hébergement). C'est à l'aide des concepts élaborés et définis par certains auteurs que nous approfondirons ce que nous entendons par se reloger et en prendre la décision.

- **Le relogement et ses impacts**

Lorsque l'on se met à réfléchir à ce que cela signifie pour la plupart des gens se reloger, on peut comprendre que cela se définit comme étant le fait d'aller vivre ailleurs, changer d'un lieu de vie pour un autre. Si cela paraît simple de prime abord, il n'en demeure pas moins que pour les personnes âgées, ce changement peut devenir vite compliqué parce qu'il fait référence non seulement à des questions d'ordre technique (trouver un endroit, choisir les biens que l'on amènera, etc.), mais également à tout un cheminement émotif lié à des stressseurs tant externes (environnement non sécuritaire, aidants peu ou pas disponibles, etc.) qu'internes (perte d'autonomie, sentiment de dépendance, dépression, etc.).

Selon une étude effectuée aux États-Unis, Castle (2001) explique que les personnes âgées peuvent être amenées à vivre quatre types de relogement. Tout d'abord, il y a le fait de changer de lieu de vie entre deux institutions (relogement interinstitutionnel), par exemple pour les gens qui se retrouvent dans un centre hospitalier et qui doivent être relogés à partir de cet endroit pour un autre lieu institutionnel. En second lieu, Castle explique qu'il y a également les gens âgés qui sont confrontés à devoir changer de chambre au sein du même établissement (relogement intrainstitutionnel). Si ce déménagement peut sembler plus simple au départ, il est éprouvant émotivement puisque la chambre de la personne représente son univers rempli de souvenirs et de significations. En fait, cette chambre représente son «chez elle» et un changement d'étage en lien avec des soins plus appropriés n'empêche pas la

personne de vivre cela comme un autre déménagement éprouvant (Everard, Rowles et High, 1994). Troisièmement, il y a les déménagements habituels d'une résidence à une autre (relogement résidentiel), lorsque la personne décide de vendre sa maison pour s'en racheter une plus petite ou pour aller vivre en copropriété afin d'avoir moins d'entretien extérieur à effectuer. Finalement, il y a les relogements institutionnels où les gens sont amenés à quitter leur maison (domicile) pour aller vivre en centre de soins de longues durées ou toute autre ressource institutionnelle. La terminologie étant différente d'un pays à un autre et d'une langue à une autre, nous comprenons que dans son article, Castle considère les services institutionnels comme étant comparables aux CHSLD ou aux RNI (ressources non institutionnelles du Québec).

Notre pratique auprès des personnes âgées nous incite à corroborer ces différentes formes de relogement, mais nous ajouterions deux autres types de relogement à la liste préétablie de Castle (2001). Celui de se reloger en résidence privée (en appartement ou en studio) ou celle de devoir se reloger dans un endroit transitoire en attendant un lieu de vie définitif. Nous faisons ici référence aux hébergements « transits » ou aux achats de place dont nous avons discuté le chapitre précédent. Notre expérience professionnelle nous confronte régulièrement à ces types d'hébergements qui amènent leur lot de stress et d'inquiétudes chez les gens concernés.

Dans sa recension des écrits portant sur les impacts d'un relogement chez les personnes âgées, Castle (2001) observe que le décès des gens hébergés à court terme ou une dégradation de leur condition de santé étaient importants. Une hypothèse est émise à l'effet que les capacités d'adaptation des personnes âgées seraient limitées et se caractériseraient par le syndrome du stress de *relocation*. Par ailleurs, d'autres études (Johnson, Schwiebert et Rosenmann, 1994; Groger, 1994) ont démontré que lorsqu'une personne a eu le temps de se préparer à vivre un déménagement vers un milieu de vie substitut, les impacts étaient moindres. Or, toujours selon Castle (2003), plus de cinquante pourcent des aînés qui sont hospitalisés aux États-Unis et qui doivent envisager un autre lieu de résidence, ne sont pas impliqués dans le choix d'une éventuelle résidence. Les raisons d'un tel désengagement sont nombreuses, parmi lesquelles on peut noter la rapidité à faire un choix, la non-préparation à

envisager l'option d'un «placement», la perte d'autonomie physique et cognitive et la présence d'une personne de confiance dans l'entourage de l'ainé (McAuley et Travis, 1997). Les résultats d'une recherche récente démontraient que plus de soixante-dix pourcent des entrées en résidences aux États-Unis (publiques et privées) s'effectuaient à partir d'un centre hospitalier (Castle, 2003). Malheureusement, nous n'avons pu trouver de données similaires concernant la situation actuelle au Québec, ce qui aurait été intéressant à titre comparatif.

Il appert que, souvent bousculés et en perte d'autonomie, les gens doivent avoir recours à du soutien pour se reloger. Selon la littérature, c'est vers les familles ou leurs proches que les gens se tournent dans la plupart des cas (Grogger 1994; Bell 1996; Ploton, 2005). Ainsi, les impacts d'un relogement ne se font pas sentir seulement au niveau des gens hébergés, mais également auprès de leurs familles et de leurs proches. Que ce soit à la suite d'une détérioration des fonctions cognitives ou à une perte d'autonomie physique, les sentiments vécus par les proches sont similaires : culpabilité, perte de rôle, impuissance, isolement, colère (Lévesque, Roux et Lauzon., 1991; Société d'Alzheimer du Saguenay, 1993; Black, Moïse et Patterson 1995; Larochelle et Savoie, 1996). La plupart des proches passent par l'une ou l'ensemble de ces émotions et seront vécues différemment dépendamment des gens et de leur trajectoire de vie. Ces aidants représentent une aide inimaginable, mais ils ne sont pas infaillibles et il arrive parfois que la situation devienne tellement exigeante à domicile que les proches n'aient pas d'autres choix que de chercher un lieu qui convienne mieux que le domicile actuel. De nombreuses données et plusieurs ouvrages nous auraient permis d'élaborer davantage sur la situation qui prévaut chez les aidants «naturels» ou renommés dernièrement comme «proches aidants», mais l'objet de notre étude étant autre, nous laisserons à d'autres auteurs le soin d'approfondir davantage cet aspect.

On serait porté à croire, sur la base de la littérature, qu'il y a peu d'avantages à précipiter ou «imposer» un relogement puisque, les impacts se font sentir autant chez les gens hébergés que chez les proches et que l'adaptation n'en sera que plus difficile. Néanmoins, certaines situations exigent que les gens soient relogés et cela implique inévitablement qu'un processus lié à la prise de décision de devoir aller vivre ailleurs s'initie. Les prochains

paragraphes viennent ainsi expliquer comment nous définissons le concept de prise de décision.

- **La prise de décision**

Prendre une décision, c'est avant tout pouvoir décider, faire des choix et avoir du pouvoir sur ce que nous croyons bon ou non. Peu d'études ont abordé le concept de prise de décision lié au vieillissement comme étant un processus important dans le cheminement d'une personne. Toutefois, celle de Lisa Groger (1994) touche directement l'angle sous lequel nous désirons aborder notre analyse et nous nous en sommes inspiré pour l'élaboration de notre concept.

Selon elle, le processus décisionnel renvoie à de nombreux éléments : l'implication de plusieurs acteurs, différentes phases de réflexion, l'interaction entre les différents acteurs et les résultats inhérents à la décision d'aller vivre en résidence. Selon cet auteur, le «placement» est considéré comme la dernière option, cela, étant souvent associé avec des représentations sociales négatives. Tout comme nous en faisons mention, elle considère que les recherches doivent mettre l'accent sur le point de vue des acteurs et non pas seulement sur celui des proches et des autres professionnels impliqués. Dans la plupart des études, cela se fait souvent à cause des pertes cognitives des usagers. Les travaux de Groger mettent l'accent sur l'opinion personnelle et leurs interprétations liées au processus décisionnel entourant leur entrée en résidence. Ses entrevues ont porté auprès de dix résidents vivant aux États-Unis, d'origine afro-américaine, âgés entre 71 et 87 ans. La durée des séjours des gens interrogés variait de trois mois à 18 ans.

De ses entrevues, elle a dégagé un tableau dont nous nous inspirerons pour opérationnaliser notre concept de prise de décision. Selon elle, il existe quatre facteurs liés au processus décisionnel entourant l'entrée en résidence. Tout d'abord, c'est un processus qui implique plusieurs acteurs (soi-même, les autres, soi-même et les autres). Les autres incluent autant les familles et les amis que les professionnels de la santé. Si d'un point de vue légal, les familles n'ont aucun droit de décider pour un proche qui est considéré apte à consentir,

dans les faits, il en va autrement. Les proches aidants jouent un rôle très présent, apportent un support informel et peuvent exercer un pouvoir de persuasion important envers l'utilisateur (McAuley et Travis, 1997). Ensuite, vient la prise de connaissance des différentes phases : l'évaluation de l'état de santé, l'évaluation des conceptions que l'on se fait de la situation, l'évaluation des options disponibles, la recherche d'information, la visite et l'inspection des résidences, la signature de documents formels liés à l'entrée en résidence, l'importance de répondre aux volontés du patient et l'entrée à la résidence.

Dans l'étude du processus décisionnel, elle étudie aussi un troisième facteur, soit celui de l'interaction entre les différents acteurs: relation d'indépendance, d'imposition, d'opposition, de négociation, d'entente ou de délégation. Tout en reconnaissant l'intérêt et la pertinence de cette composante du processus, celle-ci s'inscrit davantage dans une perspective interactionniste et ne sera pas retenue dans la présente recherche. Finalement, l'auteure souligne que les résultats inhérents au « placement » peuvent changer avec le temps : les gens peuvent être insatisfaits, satisfaits ou décider de se trouver des stratégies d'adaptation pour faire face.

Tout en reconnaissant l'intérêt de son cadre conceptuel, nous nous permettons d'exprimer des réserves quant à ses résultats. En effet, si on tient compte de tous les facteurs qu'elle identifie comme agissant dans le processus décisionnel, il y a lieu de croire que les scénarios possibles dépassent largement le nombre de personnes qu'elle a interrogées. Tout comme pour notre échantillon, celui de l'auteure est trop restreint pour conclure à des résultats probants. Néanmoins, ceux-ci lui permettent de constater que les gens âgés interrogés sont différents les uns des autres; leur trajectoire de vie étant unique. Ainsi, leur expérience de vie et leur personnalité vont affecter le processus décisionnel, ce que nous croyons également pouvoir observer. Autre constat à explorer, son étude a révélé que les travailleurs sociaux sont des acteurs importants dans la prise des décisions des aînés quant à aller vivre en résidence.

Il appert ainsi que le processus décisionnel constitue un concept dynamique. Les éléments qui ont émergé des entrevues indiquent la complexité du concept de prise de

décision et tendent à démontrer que le processus est propre à chaque décision d'aller vivre en résidence. Finalement, la réaction au « placement » doit être vue comme une adaptation qui est amenée à changer avec le temps. Si les entrevues étaient repassées aux mêmes personnes une année ou deux plus tard, les résultats seraient probablement différents. Tout comme Groger, et à la lumière de la littérature recensée sur les impacts d'un relogement, nous étudierons ce concept de prise de décision en tenant compte des motifs ou circonstances entourant l'entrée en résidence, des acteurs impliqués et du rôle qu'ils ont exercé, des différentes phases inhérentes au processus décisionnel et de « placement » (visites des milieux, etc.), de même que les réactions et les sentiments exprimés par les aînés interrogés (bilan qu'ils font de leur entrée en résidence).

Comme le prétend la théorie du constructivisme, cette prise de décision se réfère au vécu antérieur de la personne, à sa trajectoire de vie, à sa personnalité, aux deuils qu'elle a à faire et à la réalité actuelle qui la confronte à devoir faire un choix à ce moment de sa vie. Ce concept de prise de décision est important puisqu'il suggère une certaine prise de conscience qui amène la personne à devoir aller de l'avant et à modifier son parcours de vie. Ce concept est crucial et au cœur même de notre démarche de recherche puisqu'il est un préalable important à tout changement de lieu de vie. Devoir prendre la décision de quitter son domicile actuel et aller vivre ailleurs suggère des moments de réflexions où la personne doit prendre conscience des événements qui l'entourent et qui la poussent à devoir faire un choix. Un choix parfois difficile puisqu'il est souvent fait dans un contexte de crise et qui n'est pas toujours effectué dans le but d'améliorer la qualité de vie si l'on fait référence aux nombreux deuils qui pourraient s'en suivre.

Vivre en résidence, veut dire vivre en communauté, devoir s'acclimater à des règles de vie, partager notre quotidien avec des étrangers (Bickerstaff C, 2006). Vivre en résidence fait également référence aux attentes que l'on se crée et aux déceptions que l'on a vécu en y emménageant. Aller vivre en résidence signifie devoir faire le deuil des habitudes enracinées au fond de soi afin de les modifier aux nouvelles règles de vie. Cela veut également dire que l'on devra respecter un code de vie où certaines de nos habitudes personnelles n'auront plus leur place. Puisque les événements de vie encouragent la personne à se construire et à

s'adapter perpétuellement, il en va de même avec les décisions que prendront les gens quant au fait d'entrer en résidence. Ainsi, vous constaterez, lors de notre collecte de données, que nous avons prévu recueillir quelques données relatives au passé des gens, à leurs parcours de vie, afin de mieux les connaître et comprendre davantage le processus qui les a amenés à prendre la décision d'aller vivre en résidence.

2.2 La méthodologie de recherche

Puisque ce mémoire de maîtrise s'inscrit dans le cadre d'une recherche plus large portant sur les droits et l'empowerment des personnes âgées vivant en milieu d'hébergement, avec l'accord de la chercheuse principale, nous utiliserons les entrevues effectuées à titre d'assistante de recherche. Dans cette recherche réalisée à l'École de travail social de l'UQÀM, notre rôle était tout d'abord de repérer les résidences présentant les profils recherchés, d'interroger les propriétaires des résidences et se faire introduire auprès des résidents ciblés (répondant aux critères de sélection), capables et voulant bien répondre à nos questions d'entrevue. L'échantillon de notre étude est donc un sous-échantillon de l'étude portant sur les droits et l'empowerment des aînés (Charpentier et Soulières, 2006). Des vingt sujets âgés de l'étude initiale, dont douze habitaient le territoire de la Montérégie, nous en avons retenu huit pour ce mémoire. Ce choix fut dicté par plusieurs facteurs, notamment par le choix de se limiter au territoire de la Montérégie, de ne retenir que les entrevues que nous avons personnellement menées et analysées, par l'âge diversifié des résidents et par leur degré d'autonomie (voir caractéristique des résidents 2.2.3).

Chaque résident que nous avons rencontré a été interrogé à deux reprises. La première entrevue portait sur la trajectoire qui a conduit les personnes à choisir leur ressource d'hébergement, de même que les événements relatifs au fait de prendre une telle décision. La deuxième entrevue était axée sur la perception qu'avaient les résidents de leur milieu de vie et de leurs droits au quotidien. Les analyses réalisées dans le cadre de ce mémoire portent essentiellement sur les premières entrevues. Toutefois, il nous semble important de spécifier que les deuxièmes entrevues nous ont aidées à mieux connaître les gens et ainsi nous

permettre d'expliciter davantage leurs opinions personnelles et l'impact de leur emménagement en résidence. Deux résidents que nous avons interrogés ont refusés de participer à la deuxième entrevue, ce qui nous a privés de données intéressantes pour approfondir leurs analyses.

2.2.1 Population à l'étude

La population à l'étude est composée de personnes âgées de 65 ans et plus et vivant en résidence privée ou publique en Montérégie depuis au moins trois mois. Nous avons décidé de limiter notre échantillon au territoire de la Montérégie pour deux raisons distinctes. Tout d'abord, parce qu'il est le lieu de notre travail et que nous avons l'opportunité d'y mener notre recherche et, ensuite, parce que la population âgée y est sans cesse grandissante et que dans les années à venir, les statistiques semblent vouloir démontrer que les aînés y seront en grand nombre. Le territoire de la Montérégie couvre une superficie de 11 142 kilomètres carrés et on y compte 200 municipalités (Portail gouvernemental, 2004). En 2001, la population de la Montérégie s'élevait à 1 324 799 personnes et de ce nombre, 11,3 % étaient âgés de plus de 65 ans. D'ici 2011, cette proportion pourrait atteindre 15,2 % (Direction de la Santé publique, 2002). L'agence de développement du secteur s'attend à une augmentation de 32,2 % entre 1996 et 2006 en Montérégie, alors qu'ailleurs au Québec ce sera une hausse de 21,5 % (Guilbault, 2003).

En Montérégie, ce sont 90,8 % des personnes âgées de 65 ans et plus qui habitent leur domicile alors que le taux d'occupation des résidences collectives (privées, publiques, etc.) augmente à 42,4 % pour les personnes âgées de plus de 85 ans (Direction de la Santé publique de la Montérégie, 2002). Il existe plus de 575 résidences privées. En CHSLD, ce sont plus de 5046 lits qui sont mis à la disposition des gens en très grande perte d'autonomie (*ibid.*, 2002).

2.2.2 Sélection des sujets et échantillonnage

Dans le cadre de l'étude portant sur les droits et l'*empowerment*, nous avons sélectionné diverses résidences (privées, publiques et communautaires) en Montérégie et y avons fait un premier contact avec les responsables afin qu'ils puissent nous présenter, dans un premier temps, un portrait de leur établissement et, par la suite, nous introduire auprès des résidents susceptibles de pouvoir répondre à nos questions. Nous avons ainsi sélectionné les ressources d'hébergement de façon à assurer une diversification (type, taille, réputation). Par la suite, une sélection des résidents au sein de ces établissements a été effectuée en regard de leur âge, de leur sexe, de leur origine et de leur durée de séjour. Nous avons retenu les résidents qui habitaient ces résidences depuis au moins trois mois, car nous trouvions important que les gens aient eu le temps de s'intégrer à la résidence et soient capables de prendre un certain recul en ce qui concerne le processus décisionnel entourant leur entrée en résidence. Pour les besoins de notre mémoire de maîtrise, nous n'avons retenu que les entrevues effectuées dans les résidences privées ou publiques.

Pour des raisons de validité, nous avons exclu les personnes ne pouvant répondre à nos questions ou qui présentaient des pertes cognitives évidentes pouvant affecter leur discours. Pour l'analyse des matériaux, nous avons pensé retenir les entrevues des gens âgés de 75 ans et plus seulement, mais à la lumière des données recueillies à ce jour, il s'avère pertinent d'élargir l'âge des répondants et d'y inclure ceux un peu plus jeunes.

2.2.3 Caractéristiques des résidents de notre échantillon

Notre échantillon était composé de huit participants francophones âgés de 74 à 93 ans, vivant dans des centres d'hébergement publics ou privés. Nous avons interrogé sept femmes et un homme dont l'âge moyen était de 84 ans (3 septuagénaires, 2 octogénaires et 3 nonagénaires). Les types de milieux où se sont déroulés les entrevues sont variés : 2 personnes vivent dans des CHSLD publics de très grande taille (100 personnes et plus), 1 personne vit dans une résidence privée de petite taille (9 personnes et moins), 2 personnes vivent dans une résidence privée de moyenne taille (10-49 personnes), 3 personnes vivent dans une résidence

privée de grande taille (50-99 personnes). Les durées de séjour varient de trois mois à dix ans. Les durées de séjour furent déterminées dans le cadre de l'étude initiale de façon à assurer une diversité de l'échantillonnage.

Tableau 1

Données socio démographiques des participants à l'étude

Catégorie d'âge	70 à 79 ans	80 à 89 ans	90 à 99 ans
	3	2	3
Genre	Hommes		Femmes
	1		7
Langues parlées	Français		Anglais
	8		0
Type de milieu de vie	CHSLD privé (grande taille)	Résidence privée (grande taille)	Résidence privée (moyenne taille) / Résidence privée (petite taille)
	2	3	2 / 1
Durée du séjour	3 mois à 2 ans	3 à 5 ans	6 ans et +
	2	4	2

2.2.4 Méthode de collecte et d'analyse des données

Une méthodologie qualitative a été utilisée pour la collecte des données via des entrevues individuelles semi-dirigées. Comme l'indique Mayer *et al.* (2000), «ce type d'entrevue se prête bien aux recherches visant à circonscrire les perceptions qu'a le répondant de l'objet étudié, les comportements qu'ils adoptent, les attitudes qu'ils manifestent.» (p.120). Les données tirées des entrevues ont été recueillies sur magnétophone après l'approbation signée ou verbale des interviewés. Comme les personnes ciblées pour notre recherche pouvaient être fragiles ou vulnérables, il nous a fallu être attentives aux signes de fatigue et adapter nos entrevues en fonction de ces éléments. L'entretien durait entre 40 et 50 minutes. Le guide d'entrevue a été conçu de façon à convenir aux gens du grand âge et les thèmes abordés portaient sur la trajectoire de vie et de relogement de la personne hébergée (trajectoire familiale et professionnelle, mode de vie précédent, motifs et circonstances du relogement, acteurs impliqués, visite des lieux, etc.). La grille d'entrevue intégrale est présentée en première partie des annexes.

L'analyse des données sera effectuée par la technique d'analyse de contenu. Celle-ci est «une méthode qui vise à découvrir la signification d'un message, que celui-ci soit un discours, un récit de vie [...]» (Mayer *et al*, p.161). Comme pour l'étude plus large pour laquelle nous avons recueilli les entrevues, une analyse de type thématique précédait l'analyse conceptuelle de chaque cas. L'analyse thématique consiste à identifier et à regrouper les éléments qui se dégagent de propos pour chacune des catégories préexistantes (correspondant à celles des grilles d'entrevues : trajectoires de vie et de placement/perception du milieu de vie/droits et pouvoir d'agir au quotidien) et pour de nouvelles catégories émergeant du matériel recueilli (Charpentier et Soulières, 2006). Puisque notre question centrale concerne la décision d'aller vivre en résidence, les thèmes dégagés seront ceux des trajectoires de vie de chacun des résidents interrogés et de leur trajectoire de relogement (milieux de vie ou habitats précédents, circonstances entourant leur entrée en résidence, les acteurs impliqués, les sentiments éprouvés par les usagers au moment du processus décisionnel et une fois hébergés à la résidence). Finalement, les analyses intra-cas étaient suivies d'analyses transversales, visant à les comparer les unes aux autres et à en dégager les points de divergence et de convergence.

2.2.5 Limites de l'étude

Par souci de transparence, lors de l'étude de madame Charpentier, nous avons rencontré les responsables des résidences afin de les informer de l'objectif de la recherche et obtenir l'autorisation d'effectuer nos entrevues au sein de leur établissement. Ce sont ces responsables qui nous ont remis une liste des personnes hébergées à leur résidence et que nous avons par la suite contacté. À notre avis, cela a pu représenter un biais lors de la sélection des personnes interrogées puisque ce sont des gens qui ont d'abord été ciblés par un tiers. Les personnes âgées en perte d'autonomie que nous avons rencontrées ont été assurées à maintes reprises de la confidentialité de leurs propos, de même que de l'anonymat lors de la retranscription des entrevues. Néanmoins, nous comprenons que leurs dires aient pu être conditionnés par les craintes de représailles de la part du personnel et de l'établissement où elles résident. Nous savons que les sujets abordés pouvaient être délicats ce qui a pu susciter

de la réserve pour plusieurs et limiter le matériel recueilli. Il a fallu porter une attention particulière quant à l'anonymat de ces personnes et les conforter dans cette perspective. Bien que nous ayons préalablement choisi des résidents considérés alertes et aptes à répondre à nos questions, nous avons pu constater à quelques reprises certains problèmes de mémoire, ce qui a pu influencer leurs réponses. Une autre limite de l'étude se situe au niveau des durées de séjour des gens interrogés. Il est certain qu'après plusieurs années de vie en résidence, la perception des gens face à leur entrée en résidence ait pu être modifiée, notamment à cause de la mémoire et en regard de l'adaptation de chacun. Avoir interrogé des aînés présentant les mêmes durées de séjour aurait permis de réduire ce biais de la temporalité et d'avoir des résultats plus représentatifs et comparables du processus décisionnel entourant l'entrée en résidence. Finalement, le nombre d'entrevues retenues étant restreint, nous ne pouvons généraliser les résultats de nos analyses.

2.3 Les considérations éthiques

Ayant effectué des stages en travail social au CLSC René-Cassin désigné centre affilié universitaire, spécialisé en gérontologie sociale, nous avons été sensible à toutes formes d'abus qui auraient pu nous être révélées lors des entretiens. Nos années d'expérience nous ont appris à bien intervenir en situation d'aide et à soutenir les gens le plus adéquatement possible en regard de leurs besoins. Notre expérience d'intervenante nous a permis de développer des connaissances et des habiletés nécessaires afin de détecter toute situation problématique. En cas de besoins lors des entrevues, nous aurions dirigé les résidents vers les services les plus appropriés pour les aider, et ce, dans le respect de leur autonomie.

Comme établi dans le protocole de recherche, la personne pouvait se désister à tout moment et en tant qu'intervieweur, nous devons être à l'écoute des signes envoyés par la personne quant à ce qu'elle vivait durant l'entrevue. Un formulaire de consentement a été signé pour la plupart des résidents (voir Appendice B), mais certains ont trouvé cette procédure trop contraignante et ont préféré nous donner leur accord verbal. Nous avons pris soin d'enregistrer ces consentements sur cassette-audio.

Finalement, même si les propriétaires des résidences et les autres résidents aient pu être au courant que nous interroguions telle personne pour notre entrevue, il demeurerait essentiel de préserver les données confidentielles. Les résidences étant des milieux de vie où tous et chacun sont amenés à se côtoyer, les faits et gestes des gens sont souvent connus de tous et il peut être impossible de passer inaperçu.

2.3.1 Risques et avantages de la recherche pour les sujets

Puisque la recherche que nous désirons effectuer s'appuie sur des entrevues auprès de sujets humains, il est évident qu'elle comporte des avantages et des inconvénients pour les sujets. Tout d'abord, la peur que les données soient transmises aux responsables des résidences est une peur réelle pour les personnes interrogées. Malgré la confidentialité des données dont fait état le formulaire de consentement, il n'en demeure pas moins que les gens peuvent avoir peur des retombées au niveau des soins qui leur sont prodigués. Lors de nos entrevues, nous avons pu constater comment cette peur était présente. Nous avons dû, à maintes reprises, rassurer les gens que nos discussions avec les responsables étaient de simples relations de convivialité sans divulgation des données.

Un autre risque réside dans la peur de ne pas savoir répondre correctement aux questions qui leur sont posées. Au début des entretiens une attention particulière est accordée à ce niveau afin d'informer les gens qu'il n'existe pas de bonnes ou de mauvaises réponses et qu'il est important que leurs réponses soient en lien avec ce qu'ils ressentent.

2.3.2 Moyens pour obtenir le consentement des sujets

Afin d'obtenir le consentement des sujets, nous avons contacté les responsables des résidences préalablement ciblées. Lors du premier contact avec les responsables, nous leur avons décrit notre projet de recherche et les avons questionnés quant à la possibilité d'interroger quelques résidents habitant dans leurs établissements. Le choix des résidents s'est effectué de façon aléatoire, en s'assurant que les personnes choisies pouvaient

comprendre et répondre à nos questions. Par l'intermédiaire du responsable de la résidence, nous avons présenté l'objet de l'étude à chacun des participants et avons vérifié leur intérêt à vouloir participer. Une fois leur accord donné, nous avons fixé le rendez-vous pour l'entrevue. Lors de cette rencontre, nous avons pris le temps nécessaire pour lire avec eux le formulaire de consentement relié à la recherche en cours et avons cosigné le formulaire.

2.3.3 Respect de la confidentialité des données

Sur le formulaire de consentement, il est inscrit que les données seront détruites après la compilation du matériel. Nous avons informé les participants que les données seraient utilisées également pour notre projet de mémoire. Nous leur avons assuré qu'une fois les projets terminés, les données seraient détruites.

Puisque nous avons interrogé des aînés en perte d'autonomie physique et que leurs déplacements étaient limités, nous avons effectué les entrevues à même le centre d'hébergement, dans les chambres des résidents. Ce lieu de rencontre, préalablement choisi par les sujets, a eu pour objectif de préserver la confidentialité des propos recueillis et ainsi mettre à l'aise les personnes qui ont bien voulu répondre à nos questions. Toutefois, il était possible pour les autres résidents ou membres du personnel de savoir que cette personne participait à l'étude.

CHAPITRE III

ALLER VIVRE EN RÉSIDENCE : LA PERSPECTIVE DES RÉSIDENTS

Ce troisième chapitre présente les résultats des entrevues que nous avons menées auprès de huit personnes âgées vivant en résidences publiques et privées sur le territoire de la Montérégie. La première partie du chapitre porte sur les trajectoires de vie de ces aînés. La seconde s'intéresse à leurs trajectoires de relogement en résidence. Nous y faisons ressortir les motifs et les circonstances entourant leur entrée en résidence. Par la suite, nous nous attardons au processus décisionnel tel que vécu par les personnes âgées de même que les acteurs concernés. Nous terminons le chapitre en abordant le relogement, celui de chercher la bonne résidence, les deuils qui y sont liés, de même qu'un bilan exprimé par nombre des personnes interrogées en ce qui concerne le processus de se reloger. Il nous apparaît important de spécifier que pour des raisons évidentes de confidentialité, nous avons omis volontairement le nom des résidents et de leurs lieux de vie et les avons remplacés par des lettres, attribuées de façon aléatoire.

3.1 Les trajectoires de vie: on vieillit comme on a vécu

Les huit personnes que nous avons rencontrées possèdent une richesse de vie sans pareil et ont su mettre des mots justes sur ce qui est la plupart du temps véhiculé par l'opinion publique concernant les personnes âgées. Le premier constat que nous avons été amené à faire est celui d'une continuité entre le passé et le présent. Pris dans le tourbillon du travail et des nomenclatures bureaucratiques propres aux travailleurs sociaux qui accompagnent les gens âgés dans les démarches d'hébergement, il peut être parfois facile d'escamoter certaines données, dont celles du passé des gens. Un passé qui compte parfois 80, 85 ou même 90 ans d'expériences multiples. Dans ces entretiens en profondeur que nous avons eu le privilège de

réaliser, les aînés ont des histoires et des expériences qui ont marqué leur vie et qui, comme nous le constatons, permettent une continuité avec le temps présent.

3.1.1 Des vies remplies

Les facteurs qui ont influencé la vie des gens sont nombreux et, à la lumière de nos résultats, nous en avons retenu cinq majeurs qui font référence tant à l'environnement des gens qu'à des aspects plus personnels de leur vie. Ainsi, vous trouverez dans les prochains paragraphes ce que les gens nous ont raconté de leur passé en lien avec le contexte social de leur époque et les emplois qu'ils ont eus, de leur milieu familial, des maladies qui ont fait partie de leur vie et des deuils qui s'en sont suivis. Aussi, on constatera comment, malgré les aléas de la vie, les gens savent faire face aux épreuves et peuvent arriver à s'adapter.

3.1.1.1 Le contexte social et l'emploi

Avoir 90 ans ou quand même bien 80, c'est se souvenir d'avoir vécu la Deuxième Guerre mondiale, la grande crise économique de 1930, l'importance du catholicisme, les familles nombreuses et les emplois multiples pour joindre les deux bouts. Les récits des résidents rencontrés sont empreints de ces souvenirs. Si la Deuxième Guerre a favorisé la migration de certains vers les grandes villes, plusieurs y ont vu la chance de trouver du travail afin de subvenir à leurs besoins : «Vers 43, je suis arrivée en ville. Je suis native du bas du fleuve. Ce qui fait qu'en 43 je suis montée à Montréal et c'est là que j'ai travaillé.» (Madame A., 87 ans).

Les emplois occupés par ces gens étaient variés, mais se caractérisaient surtout par des travaux ouvriers ou non spécialisés. Les études universitaires n'étaient pas de mise, ce qui explique que plusieurs résidents interrogés ont occupé plusieurs emplois tout aussi précaires les uns que les autres : «Bien oui, je travaillais chez Morgan à Montréal [...] Et puis, j'ai toujours été vendeuse.» (Madame D, 93 ans).

Ainsi, même si les gens rencontrés nous ont dit ne pas avoir été à l'aise financièrement : «On n'était pas riches» (Madame B., 76 ans), ils arrivaient tout de même à subvenir à leurs besoins en faisant de multiples travaux. Cette habilité à faire mille et une choses, à exercer différentes occupations, se transmettait d'une génération à l'autre au sein des familles:

J'ai fait à peu près toutes sortes d'ouvrage parce qu'on était en campagne. Puis on a travaillé sur la terre. Puis on a fait des *failloches*, on a cherché du foin, on a tout fait à peu près, à part de ça, la cuisine. Quand je me suis mariée, bien je savais cuisiner pareil comme ma mère, autant que ma mère. Elle avait assez une grosse famille. (Madame E., 93 ans).

À la lecture des entrevues, nous constatons alors que les gens ont eu au cours de leur vie la capacité à s'adapter aux situations qui se présentaient à eux. Cet extrait d'entrevue avec une dame de 92 ans le démontre avec éloquence :

Je faisais de la couture pour des infirmières. Je restais dans l'est, sur la rue Marseille. Après ça, je suis déménagée. J'apportais leur linge aux gardes-malades, ils les ajustaient à l'hôpital et après je les rapportais à la maison. Ils trouvaient que je restais loin, donc ils ont arrêté de venir. Par contre, j'avais d'autres clients. C'est comme ça, il fallait bien que je gagne ma vie. (Madame H., 92 ans).

La plupart des gens interrogés se sont mariés et ont eu des enfants. Les quelques femmes qui n'en ont pas eu ont passé une grande partie de leur vie sur le marché du travail : «J'ai été mariée, je suis veuve depuis 10 ans. Je n'ai pas d'enfants. J'aurais bien aimé en avoir, mais je n'en ai pas eu. Ensuite, j'ai travaillé durant une partie de ma vie, [...] au gouvernement fédéral. J'ai travaillé pendant 30 ans. (Madame F., 84 ans).

Tous les résidents interrogés ont donc mis la main au travail, de quelque nature que ce soit et tous s'entendent sur une chose : on ne se tue pas au travail. «J'ai travaillé toute ma vie. Ça ne m'a pas fait mourir, je suis encore en vie.» (Madame D., 93 ans).

3.1.1.2 La famille comme institution

Au fil des entrevues, l'importance accordée à la famille est une caractéristique du passé des gens qui est ressortie. Les familles étaient nombreuses et l'entraide constituait une valeur fondamentale. Il était coutume de voir plusieurs membres d'une famille vivre sous le même toit:

Je travaillais les fins de semaine, je restais avec maman les dix premières années que je me suis mariée pis maman gardait les enfants. J'avais deux enfants; on est parti de chez maman, mon plus vieux avait 10 ans pis l'autre avait 5 ans. Là, ils m'appelaient, j'étais comme sur appel pour remplacer les filles. Maman m'a dit : « si tu veux y aller L., je vais garder les enfants ». (Madame B., 87 ans).

Ce n'est pas sans surprise d'ailleurs que nous observons que plusieurs des femmes interrogées ont joué un rôle d'aidante auprès d'un proche parent : «Moi j'ai déjà travaillé, puis après ça, bien j'ai eu soin de ma mère, mon père [...] Là, j'ai habité chez ma nièce un bout de temps.» (Madame G., 77 ans).

Plusieurs des femmes interrogées se sont mariées et ont fondé leur propre famille. Certaines nous ont dit avoir été soumises à leur mari. Une fois le mariage prononcé, il n'était pas rare que le pouvoir décisionnel revienne entièrement au mari comme le démontre cet extrait : «J'ai travaillé, je n'ai pas travaillé longtemps, à peu près deux ans. Après ça, je me suis mariée et je n'ai plus travaillé [...] Mon mari ne voulait pas que je travaille. Il trouvait que j'avais assez d'ouvrage à la maison.» (Madame A., 87 ans).

Si, pour la plupart, la famille était un refuge, il en fut autrement pour d'autres. Les séparations, bien que moins nombreuses et fréquentes qu'aujourd'hui, étaient présentes et amenaient leurs lots de difficultés :

«J'ai été à l'orphelinat. J'étais à Chicoutimi. J'ai fait mon enfance là. Une dizaine d'années. C'est parce que mon père pis ma mère se sont séparés puis il n'y avait personne pour garder les enfants, pis ils nous ont placés à l'orphelinat toute la gang.» (Monsieur C., 74 ans).

En regard des entrevues, nous constatons comment les valeurs familiales étaient empreintes de partage et d'entraide, ce qui n'exclut pas, néanmoins, les séparations qui pouvaient survenir, bien que ce n'était pas une situation habituelle. En étant un témoin privilégié du passé des gens, nous avons été amenées à comprendre le contexte social dans lequel ils ont évolué, de même que les valeurs familiales qui étaient les leurs. Aussi, en analysant les entrevues plus en profondeur sur leurs situations personnelles, nous avons pu également constater comment les problèmes de santé ont fait cheminer les gens.

3.1.1.3 La maladie

La maladie n'a épargné aucune des personnes âgées rencontrées et leurs récits en témoignent. En plus de vivre des transformations sociales importantes, des responsabilités familiales exigeantes et prenantes, plusieurs ont dû composer avec des problèmes de santé, parfois tôt dans leur vie, ce qui a affecté leur quotidien et leur avenir :

Moi, je suis épileptique. Puis dans mon temps, l'épilepsie c'était considéré comme une maladie du diable. Aussitôt qu'on apprenait à la fille avec qui je sortais que j'étais épileptique, elle me laissait tomber. C'est pour ça que je ne me suis pas marié. J'ai resté vieux garçon. (Monsieur C., 74 ans).

Pour d'autres, le deuil d'une autonomie s'est immiscé tranquillement et progressivement, à leur grand regret :

Ça pris du temps avant qu'ils trouvent la maladie [...] ils m'ont opérée pour la colonne. Ils voulaient voir qu'est-ce qu'il y a, mais ils m'ont opérée pour rien, puis ça a commencé à empirer, je n'étais plus capable de marcher ; je marchais, mais je tombais tout le temps. (Madame B., 76 ans).

Ne plus pouvoir marcher, tomber à répétition signifiait pour cette dame de faire les choses autrement et de faire le deuil de son autonomie. Ainsi, nous constatons comment les gens ont été amenés à cheminer bien malgré eux et comment ils ont dû adapter leur vie, leurs

emplois à leur situation personnelle. Ce n'est pas sans quelques deuils que s'est effectué ce cheminement.

3.1.1.4 Un passé teinté de deuils

Si certains résidents âgés ont vu leur santé diminuer au fil du temps, d'autres ont assisté au départ de plusieurs êtres chers, laissant un vide irréparable : «Mon mari c'était un bon. Je l'ai beaucoup pleuré et je le pleure encore. On s'écrivait des petits mots.» (Madame H., 92 ans). Durant près d'un siècle de vie, on peut imaginer comment les pertes et les deuils peuvent être nombreux. Les récits des gens le démontrent. Bien qu'à un âge avancé, les souvenirs demeurent présents et l'absence des êtres aimés se fait constamment sentir. Certains adoptent une philosophie de vie pour continuer à aller de l'avant : «Mais qu'est-ce que vous voulez, il faut tous partir un jour. Puis, quand même qu'on se rebifferait, c'est la vie.» (Madame D., 93 ans).

En regard des récits des résidents, nous constatons que malgré les différents deuils vécus, plusieurs personnes ayant rencontrées des problèmes de santé physiques avaient commencé à penser qu'un jour elles devraient se reloger. Un processus psychologique d'hébergement était en cours depuis longtemps : «Je savais qu'une journée, il aurait fallu finir dans un foyer.» (Madame B., 76 ans).

Même si ce n'est pas l'ensemble de nos résidents qui ont été marqués par des problèmes de santé, il en ressort tout de même que pour la majorité des gens, leur vie durant fut un cheminement personnel les ayant amenés à faire preuve de débrouillardise, d'adaptation et de détermination quant aux épreuves encourues.

3.1.1.5 Une force de caractère propre à chacun

Alors que les médias nous renvoient bien souvent une image négative de la vieillesse, surtout des personnes âgées qui vivent en résidence et en centre d'hébergement, les entrevues que nous avons menées nous ont permis de faire ressortir un point en commun à chacune des

personnes rencontrées : une force de caractère surprenante les ayant encouragées à toujours aller de l'avant et à affronter ce que la vie leur réservait. Cela, en tenant compte de la personnalité de chacun évidemment.

Une dame que nous avons rencontrée, nous a expliqué comment elle avait fait fi de l'opinion médicale pour aller au bout de ses rêves. Elle nous a partagé avoir vécu de gros problèmes de santé et, lorsqu'elle avait partagé à son médecin qu'elle s'était acheté un magasin, ce dernier lui aurait dit que s'il l'avait su, elle n'aurait jamais pu l'acquérir. Elle était heureuse de lui dire que ça faisait douze ans qu'elle l'avait.

Comme nous en avons été témoin, la débrouillardise et la détermination sont des qualités qui ont caractérisé les trajectoires de vie de la quasi-totalité des résidents interrogés et qui continuent encore à être présentes dans leur quotidien. Une résidente nous disait que ce n'est pas parce que les personnes vieillissent que les gens peuvent tout se permettre à leur égard. Une autre dame que nous avons rencontrée, nous a raconté à micro fermé qu'au centre hospitalier où elle avait été admise temporairement, les professionnels l'avaient jugée inapte et demandaient que la curatelle s'occupe de ses biens, dont une compagnie de plusieurs centaines d'actionnaires. Organisée et à son affaire, cette dame a fait elle-même les démarches pour être représentée par un avocat et faire annuler les démarches d'inaptitudes en cours. La rencontrant par hasard quelques mois plus tard, elle était très fière de nous dire qu'elle avait eu gain de cause. La persévérance de cette dame lui aura été bénéfique et démontrera encore une fois comment les personnes âgées sont pleines de ressources personnelles et de détermination.

Cette force de caractère que l'on retrouve chez chacun des résidents, s'est-elle fait sentir lorsque vint le temps de faire des démarches pour aller vivre en résidence ou en centre d'hébergement? Nous verrons que, si les circonstances ont un grand rôle à jouer lorsque vient le temps de prendre la décision d'aller vivre en résidence, chaque résident tend par la suite, à s'adapter à sa façon et que la plupart ont su développer leurs propres stratégies pour faire face à cette étape que représente l'entrée en résidence.

3.2 Les trajectoires de relogement

Avec tout ce qui est véhiculé concernant les résidences pour aînés, plusieurs vivent de l'appréhension quand vient le temps de prendre la décision de s'y installer. Nous l'avons expérimenté dans le cadre de notre pratique : la plupart des aînés voient cette option comme étant la dernière solution possible. Parfois même, on ne veut pas en parler, car on espère ne jamais être confronté à cette décision. Comme l'expliquait Groger (1994), le relogement est la dernière option, puisque souvent associé à des représentations sociales négatives. Pour d'autres, cette option devient une triste réalité alors que l'on prend conscience des limites physiques qui nous envahissent et de l'aide d'autrui qui devient de plus en plus nécessaire, voire essentielle. Prendre la décision d'aller vivre en résidence demande de la réflexion, mais, à la lecture de certains auteurs (Groger, 1994; Davies et Nolan, 2003) et à la lumière de nos entrevues, nous constatons que c'est une solution qui, bien souvent, s'impose rapidement. Alors que nous nous attendions à n'entendre que des récits négatifs, de soumission, sans aucun pouvoir, nous avons réalisé qu'en fait, même si cela devient inévitable, plusieurs résidents ont joué un rôle dans le processus de relogement qui les concerne. Plusieurs ont exprimé avoir participé d'une quelconque façon à cette décision, activement ou passivement, dépendamment des circonstances et des motifs relatifs à cette décision et des acteurs impliqués. Voyons comment les aînés perçoivent ce qui s'est passé.

3.2.1 Les motifs et les circonstances entourant l'entrée en résidence

Prendre la décision d'aller vivre en résidence ou en centre d'hébergement s'effectue souvent à la suite de problèmes de santé ou lors d'une perte d'autonomie. Quelques résidents nous ont dit avoir emménagé dans une résidence pour y trouver un cadre de vie plus sécurisant. Toutefois, pour la plupart, ce sont la maladie et les problèmes de santé qui les ont amenés à choisir cette option. Le cheminement s'est effectué très différemment selon les résidents, puisque certains savaient depuis longtemps que leur santé était fragile et qu'un jour, ils ne pourraient plus prendre soin d'eux-mêmes. À partir des données recueillies auprès des personnes interrogées, on peut regrouper les circonstances entourant le recours au relogement en quatre scénarios : 1) Un relogement envisagé depuis longtemps compte tenu la

présence de maladie depuis quelques années; 2) Des aidants ayant des difficultés à assumer l'aide requise; 3) Une santé fragile qui nécessite une hospitalisation sans retour possible à domicile et, 4) Des difficultés financières liées aux coûts du loyer et des services.

3.2.1.1 Un relogement envisagé depuis longtemps

Peu de gens envisageraient aller vivre dans une résidence si tout allait bien. Malheureusement, pour certaines personnes dont la santé est précaire il en va autrement. La maladie ou les problèmes de santé peut être initiatrice d'une réflexion concernant l'éventualité d'être un jour hébergé. Une résidente nous partage sa réflexion :

Je me suis toujours organisée, ça c'est certain. Puis, on suit le courant, tu sais là. Puis moi, l'arthrite, je l'ai eue à cinquante ans ça. Fait que j'ai arrêté de travailler. J'ai resté à la maison. Ma main, je ne sais pas ce qui m'est arrivé, mais elle était forte. Fait que c'est comme ça que ça a commencé. (Madame G., 77 ans).

Aussi, à leurs propres problèmes de santé s'ajoutent pour d'autres, la perte d'autonomie du conjoint et l'inquiétude qui en découle :

Je suis tombée malade avec ma sclérose [...] Ce n'était plus « restable » à la maison. Les préposées venaient me coucher puis il fermait la porte et il restait debout. Je l'entendais dans le cabanon (le conjoint atteint d'Alzheimer) parce qu'il faisait du bruit. Qu'est-ce qu'il va faire? J'étais toujours inquiète. J'étais toujours sur le stress. Je l'entendais dans la cuisine, il s'en venait déjà un peu sourd. Là, il entend plus. (Madame B., 76 ans).

Ainsi, pour quelques résidents interrogés, les circonstances entourant leur hébergement ont débuté plusieurs années plus tôt, et l'hébergement est rapidement devenu une réalité incontournable lorsque les proches avec lesquels ils vivaient (surtout le conjoint) ont eu besoin de soutien à leur tour, ou, comme nous le verrons, lorsque les proches aidants qui leur prodiguaient les soins ne pouvaient suffire à la tâche.

3.2.1.2 Des aidants en difficulté ou inexistant

Comme nous le mentionnions précédemment, l'époque actuelle se caractérise par un vieillissement de la population, soit une augmentation des citoyens et citoyennes d'un très grand âge qui vivent à domicile et qui sont «pris en charge» par leurs proches, appelés aidants (Pitrou, 1997; Guberman et Maheu, 2000; Lavoie, 2000). Devant un désengagement de l'État et des ressources d'aide à domicile de plus en plus limitées, ce sont souvent les enfants et les conjoints, eux-mêmes vieillissants, qui doivent assumer la réalité de la prise en charge avec tout ce que cela implique comme soins à prodiguer à la personne en perte d'autonomie. Plusieurs personnes hébergées rencontrées dans le cadre de notre étude ont vécu cette situation : «C'est Madame C. qui m'aidait. Alors, lorsque j'ai vu ça (l'hospitalisation de l'aidante), je me suis dit : «Maintenant, c'est impossible!» (Madame F., 84 ans).

Dans la littérature, la réalité des aidants est largement documentée et s'il en ressort une chose, c'est surtout des efforts nécessaires à la prise en charge d'un proche. Ce n'est pas sans raison que plusieurs ont peine à répondre à tous les besoins et sont étroitement liés d'une façon ou d'une autre à la décision d'être hébergé comme nous le verrons plus loin. Même si, dans une très grande proportion, ce sont les femmes qui assument les tâches reliées à leurs proches dépendants (Rosenthal 1997; Guberman et Maheu, 2000; Lavoie, 2000; Saillant et Gagnon, 2001; Penneec, 2002), notre recherche démontre que des proches masculins étaient également présents auprès des leurs. La réalité actuelle des aidants se conjugue bien souvent avec celle d'une carrière professionnelle, d'une vie familiale accompagnée de limites personnelles.

D'autres aidants, ne pouvant héberger leur proche, gèrent le tout de loin, ce qui ne veut pas dire qu'ils sont moins inquiets : «Je suis restée un an toute seule. Les enfants n'aimaient pas ça que je sois toute seule, alors ils ont décidé de me placer, de me trouver une place.» (Madame A., 87 ans).

La réalité des aidants implique une prise en charge qui se fait au quotidien ou à distance. Conjuguer vie professionnelle, personnelle et celle d'être aidant pour un proche implique parfois d'être obligé de gérer le tout à distance, ce qui ne rend pas improbable les

risques à domicile. Deux résidentes que nous avons interrogées nous ont dit avoir vécu seules dans leur appartement, tout en ayant des contacts sporadiques avec leurs enfants. Néanmoins, des problèmes de santé ayant occasionné des chutes à domicile les ont amenées à être dirigées vers le centre hospitalier et à devoir vivre la réalité qu'un retour à la maison était peu probable, sinon impensable.

3.2.1.3 Transiter par le centre hospitalier

Nous le savons, les politiques publiques de maintien à domicile et l'ensemble des professionnels tentent de sensibiliser les gens à sécuriser davantage leurs domiciles afin d'y demeurer le plus longtemps possible. Malgré la prévention qui est effectuée, certains se retrouvent tout de même hospitalisés à la suite de problèmes de santé, de pertes importantes ou à cause de chutes. C'est à ce moment qu'ils sont parfois confrontés à la réalité d'un relogement puisqu'un retour à leur domicile habituel est impensable :

Parce que j'ai tombé. J'avais le bassin cassé. Je venais de fêter mon 90^e anniversaire. Ils m'envoient à l'hôpital, il faut que j'aille à l'hôpital. Là le médecin il dit : « vous ne restez plus toute seule? [...] J'avais le bassin cassé. J'avais l'épaule cassée. Fait que je ne suis pas rentrée dans mon appartement, c'est mon amie qui a tout vidé ma maison. J'avais un bel appartement trois et demi. [...] Je savais que mes capacités s'en allaient. À 90, on ne peut pas dire on va vivre tout le temps. Ça ne revient pas. Je suis trop vieille. (Madame D., 93 ans).

Pour d'autres, leur hospitalisation est reliée à la perte d'autonomie de leur aidant qui ne peut plus prendre soin d'eux :

(L'aidante principale étant elle-même hospitalisée) On m'a envoyée à l'hôpital pour une semaine. Et puis, la travailleuse sociale de l'hôpital m'a envoyée dans une résidence à Saint-Hubert. Une fois rendu là, j'avais de l'aide du CLSC de Longueuil. La travailleuse sociale du CLSC est venue me voir et m'a dit qu'on allait me placer à Saint-Hubert. Et puis, eux m'ont dit qu'ils allaient me placer ici, à l'O. (Madame F., 84 ans).

Ces exemples expliquent bien comment des facteurs externes, hors de contrôle des personnes âgées, les confrontent à devoir tout quitter, faire le deuil de leur « chez eux » et aller vivre dans un nouvel environnement. Hormis les hospitalisations sous-jacentes à quelques relogements, les témoignages que nous avons reçus ont fait ressortir un autre facteur obligeant parfois les gens à devoir déménager. Ce facteur est celui des contraintes financières. Dans le premier chapitre du présent travail, nous expliquions comment les ressources d'hébergement privées peuvent être onéreuses. Des témoignages que nous avons recueillis vont en ce sens et nous les partagerons dans les paragraphes suivants.

3.2.1.4 Les difficultés financières

Comme nous l'avons vu précédemment, les raisons amenant un déménagement en ressources d'hébergement sont nombreuses: perte d'autonomie, épuisement de l'aidant, hospitalisation, etc. Une autre circonstance amenant un relogement est celle des contraintes financières. Les problèmes financiers, ou plutôt les faibles revenus dont disposent les personnes retraitées qui ne vivent que de la pension de vieillesse ou de maigres économies, constituent un motif de relogement. Que fait-on lorsque l'on ne peut plus vivre seul, mais que nos revenus ne nous permettent plus de vivre à la résidence privée que nous avons choisie?

Ça fait cinq ans que je suis *icitte*. Avant ça, j'étais à la maison Z, mais je n'ai pas resté là parce que je n'aimais pas ça. C'était trop cher, pis je n'étais pas capable d'arriver avec ma pension de vieillesse, moi je n'ai pas autre chose, je n'ai pas de revenus à part de ça. Les pensions du Fédéral ça n'existait pas dans le temps. Les Rentes du Québec pis ces affaires là, non plus [...] Ils prenaient toute ma pension au complet, je pouvais pas m'acheter rien, pis je ne m'entendais pas avec la propriétaire, on n'était pas en bons termes. (Monsieur C., 74 ans).

Les difficultés financières qui nous ont été rapportées comme étant un motif de relogement concernaient surtout des aînés vivant en résidence privée. Pour plusieurs, aller vivre en résidence, c'est être en sécurité même si la liberté est moindre. Toutefois, lorsque les problèmes de santé commencent à émerger, ce n'est plus seulement la sécurité que les gens recherchent, mais également du personnel soignant capable de répondre à leurs besoins. Or, qui dit nouveaux besoins en ressources privées, dit coûts supplémentaires. Ainsi, certains

doivent se reloger malgré eux parce qu'ils n'ont plus la capacité financière de faire face aux frais mensuels encourus.

À la lumière de tous les motifs énumérés précédemment, nous pouvons nous questionner à savoir si les gens ne prennent pas la décision un peu malgré eux, à cause de situations externes. La seconde partie de ce chapitre vient donc expliquer quel a été le processus décisionnel vécu par les résidents interrogés compte tenu des différents motifs et circonstances de leur vie. Nous verrons que le processus décisionnel implique rarement une seule personne puisque dans les faits, plusieurs autres acteurs sont sollicités et participent à la décision d'aller vivre en résidence.

3.2.2 Le processus décisionnel et les acteurs concernés. Qui décide?

En regard des motifs et des circonstances ayant amené les gens à se reloger, nous constatons que bien souvent la décision d'aller vivre en résidence se prend à la suite d'un événement inattendu (maladie, hospitalisation, aidant inexistant, etc.) ou lors d'une situation de crise, comme expliqué par Groger (1994). Cela, en faisant exception de ceux qui l'envisageaient depuis longtemps à cause de leur maladie. Plusieurs personnes interrogées nous ont dit avoir recours à de l'assistance quand est venu le moment de prendre la décision d'aller vivre en résidence. Que ce soit des professionnels de la santé ou des proches, l'aide et le soutien sont les bienvenus. Voici donc comment les personnes interrogées ont perçu le rôle qu'ils ont joué dans la prise de décision entourant leur entrée en résidence de même que ceux de leurs proches et des professionnels impliqués.

3.2.2.1 Prendre seul la décision d'aller vivre en résidence

Certains des résidents interrogés ont dit avoir eu besoin de l'aide de proches ou de l'avis des professionnels pour réaliser qu'il leur était impossible de retourner à domicile. Toutefois, trois personnes nous ont dit avoir pris elles-mêmes la décision de quitter leur maison, et de faire les démarches pour trouver une résidence.

Pour une résidente, c'est l'épuisement de l'aidant qui l'a incitée à faire des démarches puisqu'elle ne voulait pas devenir un fardeau. La décision de partir s'imposait donc :

Parce que, je le voyais fatigué, puis il a trois ans de plus que moi là, voyez-vous comme aujourd'hui là, il va avoir 80. Moi j'ai 76. Puis dans ce temps-là, il devait avoir 70 je pense. Il travaillait encore. Il avait un commerce à lui. Il venait puis il avait soin de moi. (Madame G., 77ans).

Au témoignage de cette dame, la décision d'aller vivre en résidence fut le résultat d'un cheminement personnel et du constat de ses besoins en regard de l'âge et de l'épuisement de son conjoint. Une autre dame nous a raconté que lorsque son aidante principale fut hospitalisée, elle devait se trouver un autre lieu plus approprié à ses besoins :

Je n'ai pas eu de choc, parce que sachant très bien que c'était impossible pour moi de rester à la maison, vu la condition de santé de Madame C., celle qui prenait soin de moi lorsque j'étais à la maison. Le CLSC venait régulièrement aussi, il venait tous les jours parce que je devais porter un bas élastique. Ils venaient mettre mon bas. Ils venaient deux fois par semaine pour mon bain. Alors, le reste c'est Madame C. qui m'aidait. Alors, lorsque j'ai vu ça (l'hospitalisation de l'aidante), je me suis dit : « Maintenant, c'est impossible! Il faut absolument faire quelque chose. Quelque chose à faire pour m'en aller en hébergement. » (Madame F., 84 ans).

Ainsi, nous constatons que les gens suivent un processus (Groger, 1994) qui, à la suite de plusieurs questionnements, les amène à réaliser que la prochaine étape qui leur assurera plus de sécurité et de soins appropriés est sans doute de devoir se tourner vers une résidence privée ou publique où leurs besoins de sécurité seront comblés. En effet, l'évaluation de l'état de santé ainsi que les différentes options qui s'imposent font partie du processus qui conduit au relogement, tout comme Groger (1994) l'expliquait en ce qui concerne le modèle de prise de décision.

Comme nous venons de l'expliquer, certaines personnes ont pris la décision par elle-même, après avoir analysé leur situation à la maison. D'autres résidents nous ont également

dit avoir fait eux-mêmes le choix d'aller vivre dans une résidence, mais cela, avec l'appui, les commentaires ou la pression de proches. C'est ce que nous verrons dans la prochaine partie.

3.2.2.2 La famille et les proches

Les entrevues réalisées avec les aînés démontrent largement que le soutien de la famille et des proches était très important lors de la prise de décision d'aller vivre en résidence privée ou dans un centre d'hébergement. Les gens nous ont abondamment parlé des membres de leur famille, de leur conjoint ou des amis qui les ont aidés, soutenus ou parfois qui ont fait pencher la balance du côté de l'entrée en résidence. Hospitalisés ou en perte d'autonomie, plusieurs résidents nous ont dit que la décision d'aller vivre ailleurs que leur « chez eux » s'était prise après consultation ou avec l'aide de proches :

Mon garçon est venue me reconduire et m'a dit : « Maman, il faut que tu penses à te placer. Nous on est inquiets. Partir de Varenne, c'est loin. S'il t'arrive quelque chose, ça fait deux jours que tu ne manges pas, tu es très faible, nous on est inquiets. Tu serais mieux de penser à te placer, si tu ne veux pas venir chez nous. Il y a des résidences. » (Madame H., 92 ans).

Comme le souligne Groger (1994), les familles sont très présentes dans le processus de décision. Elles apportent un support informel et peuvent exercer un pouvoir de persuasion envers leurs proches. Une dame nous a parlé de son fils qui tenait à ce qu'elle soit hébergée chez lui. Même si elle a ouvert avec lui le questionnement qu'elle vivait quant à devoir se reloger ou non, elle trouvait important d'avoir son mot à dire pour ne pas que la solution lui soit imposée. Pour elle, vivre chez ses enfants ce n'était pas la solution et trouvait important de le dire à son garçon :

Quand je suis déménagée, j'avais mon loyer sur la rue M. C'était un troisième étage. Je commençais à faire de l'arthrite et puis le docteur y m'a dit : « Vous ne pouvez plus rester dans un troisième. Monter les escaliers; vous devriez prendre un bas.» Mais moi, j'ai peur des bas. Je suis peureuse. Je n'aime pas ça. J'ai dit ça à mon garçon et il m'a dit : « Viens-t-en chez nous! » Jamais! Quand mon mari est mort, lui, il voulait que j'aie vivre chez lui, à V. J'ai dit que je ne pouvais pas. Enlevez-vous de dans la tête

que je vais aller vivre chez mes enfants! Ils ont leur vie à vivre et moi, j'ai la mienne. J'ai dit non. (Madame H., 92 ans).

Cette volonté de garder son indépendance vis-à-vis les enfants est également partagée par une autre répondante ayant été relogée d'un centre hospitalier: «Tu sais l'histoire de s'en aller chez des enfants là. Il faut qu'ils fassent leur vie eux autres. Moi, j'ai fait la mienne.» (Madame D., 93 ans).

Si parfois l'aide était la bienvenue, elle pouvait également être perçue comme de l'ingérence de la part des aidants, mettant les aînés en position de vulnérabilité. Comme le raconte cette nonagénaire, il devenait alors très difficile d'aller à l'encontre de la volonté et de la décision des enfants :

Bien comme de raison, les enfants eux autres, c'était des jeunes, c'est entendu. Puis, il suffit que je sois à l'hôpital, puis ils voulaient m'envoyer ici. Ils disaient que c'était mieux [...] Je sentais que je ne voulais pas rester ici. Qu'ils me laissaient là. Mais je n'étais pas capable de le dire. S'ils ne trouvaient pas d'autres places où ils pouvaient me placer, il fallait bien à quelque part. (Madame E., 93 ans).

Si les enfants et les proches aident beaucoup lors de la prise de décision concernant l'entrée en résidence, d'autres acteurs ne peuvent être passés sous silence tant leur rôle est également important, notamment quand vient le temps de se reloger vers le réseau public de l'hébergement. Ces gens, ce sont les professionnels de la santé, plus spécifiquement les médecins et les travailleurs sociaux. Tant à la maison qu'en centre hospitalier, ils peuvent être amenés à soutenir la personne et leurs proches devant l'éventualité d'un changement de domicile relatif à leurs besoins. Bien que certains des résidents interrogés ne nous aient pas parlé de ces professionnels, il n'en demeure pas moins qu'à la lecture de leurs entrevues, nous réalisons qu'ils ont joué un rôle dans leur entrée en résidence.

3.2.2.3 Le médecin et les travailleurs sociaux

Pour plusieurs personnes âgées interrogées, l'opinion du médecin fut très importante lors de leur prise de décision. Afin de comprendre cette importance accordée à la profession

médicale, nous nous devons de faire un parallèle avec le passé. Plusieurs personnes âgées ont connu les médecins de campagne qui étaient à la fois des concitoyens très respectés à cause de leur statut social et leur haut savoir, mais également des personnes à qui se confier. Si les pratiques d'aujourd'hui sont un peu plus réductrices, il n'en demeure pas moins que les aînés vouent encore une grande confiance aux médecins et à leurs recommandations. Les témoignages à cet effet sont nombreux et certaines personnes nous ont même confié ne pas avoir mis en doute les propos du médecin lorsque le relogement était abordé :

Le docteur ne voulait plus que je reste à la maison parce que ça agissait, ça faisait avancer ma maladie de sclérose en plaques. Il a fallu faire un choix. Le médecin du CLSC est venu à la maison pis y disait « là Mme G., c'est trop » parce qu'il venait puis je tremblais toute par en dedans. Il disait « il va falloir que vous soyez placée ». Ah ben, j'ai dit d'accord, d'abord je savais qu'une journée qu'il aurait fallu finir dans un foyer. (Madame B., 76 ans).

Une autre dame qui fut hospitalisée pour des problèmes de santé nous a raconté avoir également été avisée par le médecin qu'un retour à la maison serait non sécuritaire :

Quand le médecin m'a dit que je devais, que je ne restais plus toute seule, il a fallu se trouver quelque place. Et ici, j'ai vu démolir deux maisons, puis j'ai vu bâtir ici. Il m'a dit vous ne restez plus toute seule. Fait que je ne suis pas rentrée dans mon appartement, c'est mon amie qui a tout vidé ma maison. J'avais un bel appartement trois et demi. (Madame D., 93 ans).

On sent dans le témoignage de cette dame combien cette opinion et influence médicale est porteuse d'un grand deuil à venir : celui de tout quitter et de devoir se reloger.

Si le médecin est celui qui prend l'initiative d'informer les gens qu'à son avis leurs conditions médicales et sociales ne leur permettent plus d'assurer leur sécurité à domicile, il en revient aux travailleurs sociaux de les accompagner au travers des différentes étapes nécessaires au relogement. Ainsi, quelques-uns nous ont parlé de cette aide qu'ils avaient reçue et qui était très directive quant au lieu d'hébergement où ils seraient orientés. Une dame qui devait être hébergée nous a dit ne pas avoir eu de choix quant au lieu où elle serait hébergée puisque la travailleuse sociale lui a dit l'endroit où elle devrait aller sans le lui en proposer plusieurs. Devant sa perte d'autonomie évidente, madame ne s'est pas objectée et a

obtempéré en allant vivre au lieu proposé : «La travailleuse sociale du CLSC est venue me voir et m'a dit qu'on allait me placer dans une résidence à Saint-Hubert. Et puis, eux (les gens de la résidence) m'ont dit qu'ils allaient me placer ici, à l'O.» (Madame F., 84 ans).

Une autre dame nous a toutefois dit que la travailleuse sociale qui l'avait accompagnée dans ses démarches lui avait proposé quelques endroits et qu'elle avait pu émettre un choix quant au lieu vers lequel elle serait hébergée : «La travailleuse sociale proposait différentes places.» (Madame D, 93 ans).

Certaines personnes dont le processus de relogement s'est opéré à la suite d'une hospitalisation nous ont dit avoir senti peu de pouvoir quant au lieu où elles devaient être hébergée, voire de l'exclusion de leurs droits décisionnels quant au choix de leur prochain lieu de vie. Quelques-uns ont baissé les bras, alors que d'autres ont tenté de garder un certain pouvoir en émettant leur opinion : «Oui, ça j'avais mis des conditions. Je vais garder mon propre médecin, ils n'ont pas eu d'objections.» (Madame D., 93 ans).

En général, ceux qui ont dû transiger par le milieu hospitalier avant d'être hébergés, s'entendent pour dire que l'entrée en résidence s'est faite de façon précipitée où les options étaient limitées et où la renonciation à leur domicile devait se faire illico. C'est là un deuil qui est encore très présent pour certains. Le deuil de devoir quitter son chez soi pour aller vivre dans un milieu inconnu, un milieu teinté par les représentations que l'on se fait de cet endroit, alors que nous n'y avons jamais mis les pieds. Les témoignages des résidents rencontrés sont éloquentes et très variés en ce qui concerne leur relogement, la visite ou non des lieux ou bien leur arrivée à la résidence actuelle. La prochaine section de ce chapitre viendra expliquer comment les gens ont perçu leur nouveau lieu de vie.

3.2.3 Le relogement

Une fois la décision prise d'aller vivre en résidence, vient le temps de trouver ou de choisir le nouveau milieu de vie. Où allons-nous vivre? Où irons-nous? Comme nous le

décrivions précédemment, le processus décisionnel fut différent d'une personne à l'autre, ainsi le fut-il également en ce qui concerne l'endroit vers lequel seraient hébergées ces personnes.

Tout comme nous l'expliquions lors de l'élaboration de nos concepts, se reloger peut se faire de différentes façons (hébergement institutionnel, hébergement interinstitutionnel, hébergement intrainstitutionnel, hébergement résidentiel, hébergement en résidence privée et hébergements transitoires). Le discours des gens rencontrés va dans ce sens et démontre la variété des possibilités qui existent lorsque vient le temps de devoir changer de lieu de vie. Après avoir pris la décision de se reloger ou de se l'être fait fortement proposer, les gens ont dû passer à l'étape suivante, celle d'aller visiter les lieux. La prochaine section expliquera comment furent effectuées les visites des lieux et, par la suite, nous expliquerons vers quels types de résidence les gens furent hébergés. Aussi, puisque se reloger implique tout un cheminement, nous ne pouvons faire abstraction des deuils relatifs au relogement. Ainsi, nous terminerons cette section sur les deuils vécus par les personnes à la suite de leur hébergement et sur le bilan qu'elles font de leur vie en résidence.

3.2.3.1 La recherche d'une résidence et la visite des lieux

S'il est vrai que visiter un lieu donne la possibilité de se l'approprier un peu plus, de se projeter dans ce nouveau lieu et de mieux se préparer à cette étape, nos entrevues démontrent néanmoins que la visite du futur lieu de vie n'a pas été accessible à tous les répondants. Pour les résidents dont le processus de relogement s'est vécu de l'hôpital, il leur était impossible de visiter les lieux et certains ont dû demander l'aide de leur famille ou de leurs proches pour pouvoir aller visiter l'endroit pour eux. Ainsi, tous ceux qui ont été hébergés à partir du centre hospitalier ont dû avoir recours à des proches, de la famille ou des amis pour avoir leur avis sur la destination qui leur était proposée. En réalité, pour ces gens, la visite des lieux par des proches servait surtout à les rassurer alors que nulle autre alternative n'était envisageable. Une dame que nous avons interrogée nous explique : «Ma sœur qui s'occupe de moi est venue ici. Lorsqu'ils ont décidé de m'envoyer ici (à la résidence), elle est venue. Elle a trouvé que c'était bien. Alors, je suis venue ici.» (Madame F., 84 ans).

Ainsi, la question concernant la visite des lieux a soulevé plusieurs commentaires qui ont fait ressortir l'importance d'avoir un réseau sur lequel compter. Les résidents ayant transité par un centre hospitalier avant d'être hébergés n'ont aucunement parlé de moyens physiques mis en place pour pallier la visite des lieux, telles des photographies du futur lieu de vie. Les visites de membres de la famille ou de proches étaient les seuls recours.

Deux personnes qui n'ont pu visiter les lieux de leur hébergement actuel, mais qui n'étaient pas hospitalisées, nous ont dit également avoir compté sur les membres de leur famille. Leurs témoignages ont mis en évidence à quel point les conseils des proches étaient déterminants dans le choix de la résidence :

Il m'a dit j'en aurais un, mais c'est en dehors de la ville, à V., une place très bien où mes enfants sont nés. Ils m'ont dit «maman, tu vas être bien là-bas, si tu veux venir voir on va y aller» Si vous dites que c'est bien, j'ai dit c'est bien pour moi aussi. (Madame B., 76 ans).

Deux personnes nous ont dit avoir pu venir visiter la résidence avant d'y emménager et d'avoir pris la décision d'y habiter. Parfois, ce n'est pas seulement une visite que les gens effectuent, mais plusieurs afin de trouver un endroit approprié à leurs besoins :

C'est parce que j'ai été voir les autres. Il y en a qui n'avait pas d'ascenseur. J'ai été voir [...] J'ai dit, puis ça c'est correct, j'ai signé, puis c'est final [...] Ça c'est passé, ils ont été bien gentils avec moi par exemple, pour m'habiller, puis tout ça, pour m'installer à la table, manger. Puis, ils voyaient bien que je ne mangeais plus beaucoup. (Madame G, 77 ans).

Une seule personne nous a dit déjà connaître la résidence vers laquelle elle désirait s'orienter, ce qui a facilité les démarches et a accéléré le processus d'entrée en résidence. L'endroit où cette personne fut hébergée lui était déjà familier puisqu'elle passait fréquemment devant cette résidence : «Je connaissais déjà la place [...] à tous les jours, je passais devant la résidence, je connaissais l'endroit, je savais ce que c'était, j'ai pas eu de problème pour ça.» (Monsieur C, 74 ans).

En regard des entrevues, nous remarquons que les scénarios possibles sont multiples et que bien qu'accompagnés ou non, il n'en demeure pas moins que les gens interrogés sont confrontés à la réalité de se reloger. Comme nous l'avons vu précédemment, c'est le cas surtout quand surviennent des problèmes liés à la santé ou lorsque nos revenus financiers ne nous permettent plus de subvenir à nos besoins de nous loger. Nous en faisons mention un peu plus tôt, se reloger implique tout un processus décisionnel qui amène également les questions concernant l'endroit. Où allons-nous nous reloger? Les gens visitent les lieux, les connaissent déjà ou demandent à leurs proches d'aller vérifier pour eux. Une fois cette visite effectuée, nous constatons que les résidents interrogés se sont vus hébergés dans des endroits différents, aussi bien vers des résidences privées que des institutions publiques.

3.2.3.2 Les types d'hébergement

Malgré l'éventail de possibilités en matière d'hébergement, les résidents rencontrés furent hébergés vers trois types de lieux. Ceux qualifiés d'institutionnels, communément appelés les CHSLD, les ressources d'hébergement privées ou encore une dame qui nous disait être dans les lieux actuels de façon transitoire, en attendant sa « place » dans un CHSLD public. Voici donc ce que les gens avaient à nous dire de leur lieu actuel d'hébergement.

- **Les hébergements en résidences privées**

La majorité des résidents que nous avons questionnés furent hébergés dans le réseau privé de l'hébergement, dans de petites, moyennes ou de grandes résidences. Pour une seule personne, la taille de la résidence, de même que le nombre de résidents étaient importants pour elle, rendant ainsi plus personnel l'accueil, l'approche du personnel, de même que les relations entre résidents : « Ici, on est juste un petit groupe. C'est moins pire que de tomber dans un lieu où il a plusieurs personnes. On s'habitue à eux autres. » (Madame A, 87 ans).

Pour une autre personne, entrer en résidence fut difficile, mais devant le besoin de vivre dans un lieu sécuritaire, elle n'a eu d'autre choix que d'accepter : «Bien oui, ce n'est pas moi qui l'ai choisie, j'étais malade. Je ne pouvais pas choisir [...] Bien, l'accueil n'a pas été bien, bien fort, parce que je ne réussis pas à m'en souvenir.» (Madame E, 93 ans).

Finalement, pour une autre résidente, ce fut une succession de déménagements, allant de vivre en HLM jusqu'à aller en convalescence quelques semaines. Ce moment de convalescence l'a amenée à constater son besoin de vivre dans un milieu plus encadré. Avoir visité une seule résidence lui ayant plu était satisfaisant et limitait le problème d'avoir à faire un choix entre plusieurs : «J'ai dit que j'en avais vu une et que c'était assez. Que j'aimais ça et que si on commençait à en regarder d'autre ça deviendrait compliqué. J'ai choisi celle-là.» (Madame H, 92 ans).

- **Les hébergements institutionnels**

Seulement deux des personnes interrogées furent rencontrées dans un centre d'hébergement public. Une dame qui s'est vue hébergée dans un CHSLD nous disait que c'était le médecin et le travailleur social qui le lui avaient recommandé. Durant l'entrevue, il n'avait jamais été question pour elle d'être orientée vers une ressource privée d'hébergement.

Par ailleurs, l'autre personne que nous avons rencontrée en CHSLD y était à la suite d'un hébergement en ressource privée qui avait amené son lot d'insatisfaction, tant financière que relationnelle :

C'était une meilleure ambiance. Je voyais plus de monde, c'était plus chaleureux. Là-bas, ils étaient trois propriétaires à la résidence L. C'est privé, c'est une résidence privée. Il y a juste avec L. avec qui que je ne m'entendais pas. Ses deux sœurs je m'entendais très bien avec eux autres. Ben moi, je ne pouvais pas rester là parce que je n'étais pas capable de payer ce qu'ils demandaient. Avec ma pension, je n'avais plus d'argent. Je ne pouvais pas rien acheter. (Monsieur C, 74 ans).

À la suite du récit des entrevues de ces deux personnes, nous constatons que le choix d'aller vivre dans une résidence publique allait de soi. Contrairement à elles, la personne qui nous a dit être hébergée dans un lieu transitoire ne pouvait refuser cet endroit puisqu'elle était en attente du lieu public qu'elle avait préalablement choisi.

- **Les hébergements transitoires**

Une seule personne rencontrée nous a expliqué être à l'endroit où elle se trouve actuellement de façon transitoire. Cela est possible, comme nous l'expliquions au premier chapitre, lorsque le réseau public ne peut accueillir une personne en hébergement faute de places, mais qui doit être hébergée en attendant qu'une chambre du réseau public de l'hébergement se libère. Ainsi, la dame qui nous disait être où elle était actuellement se demandait si ça valait la peine de changer d'endroit alors qu'elle avait été bien accueillie et qu'elle était maintenant habituée :

Je suis ici en attente, en espérant m'en aller au CHSLD, à L. [...] C'était la personne qui était au bureau, Diane, qui est présentement en vacances, qui était là. Elle est venue avec moi, elle m'a fait visiter la maison. Elle m'a donné un pamphlet. Elle m'a expliqué les heures de repas et que je pouvais aller dans le salon comme je voulais. Elle a été très gentille, je n'ai pas un mot à dire. La plupart des gens sont bien gentils, je n'ai pas eu aucun problème, à date [...] Ça va très bien! Ça va très bien, tellement, je me demande si je fais bien de m'en aller au CHSLD! Le CHSLD, je ne connais pas ça! Ici, je sais ce que c'est. (Madame F, 84 ans).

Ce que cette dame nous a dit concernant son ambivalence à changer d'endroit rejoint ce que d'autres personnes nous ont dit dans le cadre de notre pratique professionnelle. Par conséquent, le discours de madame soulève une interrogation que nous discuterons dans le prochain chapitre de ce travail. Toutefois, avant d'élaborer notre analyse, nous vous présenterons les deuils que les personnes nous ont dit avoir vécus.

3.2.3.3 Les deuils relatifs au relogement

Du moment que l'on vieillit, nous vivons des deuils. Il en est ainsi pour chaque être humain. À 70, 80 ou 95 ans, nous comprenons que les deuils peuvent être multiples. Comme nous l'avons observé dans le cadre de notre recherche, à ces nombreux deuils qui parsèment une vie, viennent parfois s'ajouter ceux de devoir dire adieu à notre lieu de résidence et de devoir s'adapter à de nouvelles routines et habitudes qui diffèrent des nôtres.

- **Quitter son *chez-soi***

Ceux et celles qui nous ont dit avoir pris la décision par eux-mêmes de quitter le milieu de vie, d'avoir pu visiter ou avoir déjà une idée préconçue de ce à quoi s'attendre de la vie en résidence, semblent être passés à une autre étape dans leur vie. Néanmoins, il en va autrement pour ceux qui n'ont pu faire leurs boîtes, se départir de leurs biens ou en faire le tri; l'hospitalisation les ayant encore une fois confrontés à un hébergement en quatrième vitesse.

Parmi les gens interrogés, une dame qui s'est départi de ses meubles et qui en a fait don à un membre de sa famille nous raconte se souvenir s'être débarrassée de ses choses sans trop réaliser ce qui lui arrivait :

Se défaire de ses choses. C'est certain que c'est un changement. Je me suis défais de toute ma maison. J'ai tout donné mes meubles à ma petite fille qui se marie l'année prochaine. Elle est toute meublée de mes meubles [...] J'aurais pu m'amener plus de choses. Je m'en allais, mais j'étais comme... dans la lune. (Madame B., 76 ans).

Ainsi, on constate que quitter ses choses peut être porteur d'un grand stress même si on sait depuis un certain temps que l'on devra quitter pour un endroit plus sécuritaire ou approprié à nos besoins. Pour d'autres, c'est avec philosophie, qu'ils ont décidé d'aller de l'avant et d'emménager dans une autre résidence :

Je savais que mes capacités s'en allaient. À 90, on ne peut pas dire on va vivre tout le temps. Ça ne revient pas. Je suis trop vieille. J'étais cinq mois à l'hôpital, et puis mes deux garçons sont venus puis je leur ai dit, que je prendrais un appartement ici. (Madame D., 93 ans).

Tout quitter ou ne garder que des parcelles de ce qui a constitué les souvenirs de toute une vie ne sont pas les seuls deuils que les gens doivent surmonter lorsqu'ils vont vivre dans un autre lieu d'hébergement. En effet, à ces deuils que nous venons de nommer viennent également se greffer la perte du sentiment de liberté, de même que l'adaptation à une nouvelle nourriture.

- **Se sentir plus en sécurité**

Bien que l'arrivée en résidence se soit effectuée souvent à la suite de problèmes de santé et afin de répondre à un besoin approprié d'encadrement, plusieurs nous ont dit avoir retrouvé un sentiment de sécurité :

Y'a d'autres personnes avec qui l'on vit, on est bien plus sécurisée ici. S'il survient quelque chose, on sait qu'il y a quelqu'un pour nous aider [...] Le fait de me sentir en sécurité m'aide beaucoup [...] Les premiers temps, j'étais un peu inquiète de savoir comment ça allait se passer. Mais au jour le jour, on s'habitue. (Madame A, 87 ans).

Si s'habituer au fait d'avoir moins de liberté, mais plus de sécurité, est très présent dans le discours des gens, il en va autrement de la nourriture que les gens partagent entre eux à la résidence. Ainsi, nous verrons comment la qualité des repas est largement discutée et commentée par les résidents.

- **S'adapter à une nouvelle nourriture**

Lorsque l'on vit en résidence et que nos capacités tant physiques qu'intellectuelles sont affectées, une des activités qui demeure plaisante est celle de se nourrir. C'est donc sans surprises que nous avons constaté que la plupart des gens nous ont parlé de la nourriture et bien souvent plusieurs avaient à redire quant à la qualité :

Je trouvais que ce n'était pas propre, puis qu'on ne mangeait pas bien. Tout ça, mais les enfants ils ont pour leur dire que peut-être j'étais capricieuse. On ne sait pas qu'est-ce que c'est qu'il y a dans la tête d'un autre. J'ai enduré, tout qu'est-ce que c'est que j'avais à endurer, je l'ai enduré. (Madame E., 93 ans).

Si la qualité de la nourriture était largement discutée, un autre aspect qui a été abordé est celui de devoir partager sa table avec d'autres. Pour éviter des conflits, des résidents nous ont dit préférer prendre leurs repas à leur chambre.

Comme nous venons de le voir, aller vivre en résidence ou en centre d'hébergement signifie pour plusieurs des résidents interrogés, la perte de leur *chez soi*, de leurs routines quotidiennes et devoir maintenant vivre celles instaurées par leur lieu d'hébergement. Il en va ainsi des heures de lever, du coucher, mais également des repas (qui sont souvent très critiqués par les résidents). Néanmoins, si les gens interrogés nous ont abondamment parlé de leur vécu, du processus décisionnel menant à leur entrée en résidence, de même que tout ce qui s'en est suivi, il n'en demeure pas moins qu'une certaine adaptation s'est effectuée au fil du temps. Sur tout le processus encouru, plusieurs y sont allés d'un bilan que nous tenions à résumer. Nous vous partageons donc leurs propos.

3.2.3.4 Le bilan après quelques mois ou quelques années

Sans nous attarder sur ce que les gens ont vécu à la suite de leur entrée en hébergement, nous trouvions intéressant de résumer en quelques lignes ce qu'ils pensent maintenant de ce milieu de vie, qui est le leur. Comment s'y sont-ils adaptés? Dans des travaux ultérieurs, il pourrait être intéressant d'explorer le lien possible entre l'adaptation à la vie en résidence et la trajectoire de relogement qui y a conduit les gens. D'ailleurs, cette appellation d'*adaptation* est revenue à plusieurs reprises dans le récit des résidents et une dame résume bien ce qui l'a aidée à aller de l'avant :

Il faut s'adapter. Il faut se résigner et se dire que maintenant, ça c'est terminé! Avoir une maison et de rester chez soi, c'est terminé. Il faut penser à d'autres choses. Pas toujours facile à faire. Parce que lorsqu'on arrive dans une maison d'hébergement, il y a une période d'adaptation. On vous met dans une chambre, au lieu d'être dans une maison. Ensuite, vous rencontrez beaucoup de monde. Elles sont toutes des personnes malades. Alors, moralement, psychologiquement surtout, c'est un peu spécial. Il faut s'y faire. On n'a pas le choix. Bien, c'est entendu que, lorsque vous n'êtes pas complètement autonome, lorsque vous avez un besoin, il faut attendre. C'est partout la même chose. Il ne peut pas y avoir une préposée par patiente. Il y a deux ou trois préposées pour la maison. Alors, vous sonnez et vous attendez! Il y a des fois où vous

trouvez que l'attente est longue, ça dépend des besoins que vous avez. (Madame F., 84 ans).

Nous observons que les gens doivent s'adapter non pas seulement à leur nouveau lieu de vie, mais également à toutes les nouvelles routines, aux autres résidents et aux employés. Que l'on ait déménagé à plusieurs reprises dans sa vie, que l'on se soit habitué à vivre de différentes façons, vivre en résidence signifie pour beaucoup de gens que nous avons interrogés, être le dernier lieu de vie. Un lieu déterminé à l'avance par des routines et par des soins qui nous sont souvent donnés par d'autres. Pour ceux qui sont encore autonomes pour leurs soins, la crainte de recourir aux autres est bien présente :

Il faut s'adapter aux employés et il faut qu'ils s'adaptent à nous autres. Malgré que je ne leur demande jamais rien, je fais toutes mes affaires. Un jour, je vais être obligée. C'est ça que j'ai peur, je veux mourir avant. Avant d'être obligée de sonner. La semaine dernière, j'ai été obligée de sonner, parce qu'il m'a pris une douleur, j'ai le cœur malade. (Madame H., 92 ans).

À l'écoute des entrevues accordées par les huit résidents que nous avons rencontrés, nous comprenons que pour plusieurs d'entre eux, leur vie fut bien remplie et que tout au long de cette dernière, les épreuves leur ont permis d'avancer, de foncer et de s'ajuster en lien avec leur personnalité propre à chacun d'entre eux. Les raisons ayant amené l'ensemble des personnes interrogées à se reloger sont multiples, mais elles sont bien souvent liées aux problèmes de santé et au besoin d'aide au quotidien. Si certaines ont dû se trouver un autre lieu de vie en étant hospitalisés, d'autres ont eu la chance de visiter les lieux de leur futur lieu de vie et ainsi s'approprier un peu plus les démarches liées au processus de se reloger.

Aller vivre en résidence signifie, pour certains, le dernier lieu où ils vivront, un lieu où même si le quotidien est empreint de sollicitude et d'empathie, les souvenirs demeurent bien présents. C'est aussi continuer son bout de chemin et où chacun continuera à être qui il est malgré les aléas de la vie. Ne vieillit-on pas comme nous avons vécu? Le résultat de nos entrevues semble aller dans cette direction. C'est ainsi que se termine le chapitre de nos résultats de recherche et qui s'inscrit dans la théorie du constructivisme. Au fil des entrevues,

nous avons pu constater comment chaque histoire de relogement est différente, mais comment elle est convergente lorsque l'on parle d'un processus qui s'inscrit dans une continuité de vie et qui est en perpétuelle construction. Aller à nouveau interroger les gens quelques mois plus tard nous aurait probablement donné des résultats différents puisque, comme nous venons de le dire, leur vie change au fil du temps et les gens s'adaptent. Ainsi, il en va de leur interprétation de leur vie.

CHAPITRE IV

LES PISTES D'ANALYSE ET DE DISCUSSION

Le chapitre précédent nous a permis de constater que les trajectoires de vie des gens ont été chargées, de même que leurs trajectoires de relogement. Que ce soit dans la façon dont se prend la décision d'aller vivre en résidence ou concernant les acteurs impliqués, nous retenons que le processus est plus complexe qu'il n'y paraît de prime abord et qu'il varie en fonction des gens et de leur trajectoire de vie. Les résultats de notre recherche nous ont permis d'approfondir davantage nos questionnements et de pousser plus loin nos réflexions en ce qui concerne la prise de décision d'aller vivre en résidence privée ou en hébergement public. Plusieurs constats sont ressortis et au travers ce dernier chapitre, certains sont analysés un peu plus en profondeur. Ainsi, en regard de notre cadre théorique initial, soit le constructivisme, nous observons dans un premier temps, comment la trajectoire de vie des gens peut donner quelques explications sur le processus décisionnel menant à l'entrée en résidence, tout en tenant compte, de facteurs extérieurs multiples. Aussi, nous interrogeons le rôle des travailleurs sociaux dans un tel processus et finalement, nous terminons sur les enjeux reliés au fait de se reloger au grand âge.

4.1 Un processus décisionnel teinté par la trajectoire de vie des gens

À la lumière de nos résultats, nous observons que malgré les aléas de la vie, les gens semblent vieillir comme ils ont toujours vécu. Les trajectoires de vie des gens viennent éclairer le parcours qui fut le leur et nous aident à comprendre davantage quelques aspects du processus décisionnel entourant l'entrée en résidence. Tout comme Charpentier et Soulières (2006), nos résultats de recherche viennent démontrer comment les stratégies de vie des gens sont venues influencer d'une certaine façon leur processus décisionnel entourant leur entrée dans un lieu d'hébergement. En concordance avec les différents profils types de résidents que ces auteurs ont présentés dans leur travail de recherche (les indépendants, les sereins, les

prisonniers et les soumis), nous remarquons une similitude en ce qui concerne la perception qu'ont les gens de leur relogement. Ainsi, nous observons que les stratégies de vie des gens se perpétuent lors de leur vieillissement et qu'elles viennent teinter le processus décisionnel entourant leur entrée en résidence. Nous avons constaté que, malgré certaines circonstances extérieures, la personnalité des gens demeure, ce que Soucy (2007) exprime également dans les résultats de ses travaux. En nous référant au constructivisme, nous ne pouvons oublier que la réalité des gens est amenée à se construire aux travers leurs différentes expériences de vie (Hooyman et Asuman Kiyak, 2001; Gubrium et Holstein, 1999), ce que les résultats de notre recherche confirment bien. Toutefois, nous retenons que, malgré la personnalité, d'autres facteurs se greffent au processus décisionnel menant au relogement. Cela rejoint bien les écrits de Tremblay (2001), Arbuz (2004) et Dorange (2005) qui expliquent comment des composantes externes viennent influencer le développement d'une personne et orienteront son adaptation. C'est le cas de la condition médicale des gens, de leur réseau social, de leurs revenus pour n'en nommer que quelques-uns. Par ailleurs, nous constatons que même si les gens ont développé des stratégies de vie propres à eux, quand vient le temps de prendre la décision d'aller vivre en résidence plusieurs autres facteurs ne peuvent être passés sous silence.

4.1.1 Prendre la décision d'aller vivre en milieu d'hébergement

Les résultats de notre recherche nous démontrent avec éloquence comment le processus décisionnel est complexe puisque plusieurs facteurs viennent l'influencer et qu'il est propre à chacun. Ainsi, ce n'est pas sans raison qu'il serait impossible d'établir un guide précis du processus puisqu'il est amené à varier tant dans le temps, qu'en fonction des gens qui le vivent. Les résultats qualitatifs de notre recherche permettent dans un premier temps de conclure que, effectivement, il n'existe pas un seul processus décisionnel relatif au besoin d'aller vivre en milieu d'hébergement, mais plusieurs, lesquels sont souvent sources de tensions, d'inquiétudes et de deuils.

4.1.2 Un processus complexe

Ce que nous avons pu comprendre du discours des gens nous oriente vers le concept de prise de décision tel que nous l'avons décrit précédemment. Pour certains, prendre connaissance que leur santé n'est plus ce qu'elle était, que la maladie fait désormais partie de leur vie et qu'elle a des conséquences au quotidien, vient appuyer les propos de Groger (1994) et Castle (2001) qui soutiennent les mêmes propos. Malheureusement, nous constatons que pour certains qui ont dû être hospitalisés, ce fut dans l'urgence et en situation de crise que la décision d'être relogée fut prise, et ce, en escamotant quelques étapes essentielles au processus décisionnel. Nous pensons entre autres à l'étape suivant la prise de conscience qu'on ne peut retourner chez soi et qui, comme l'explique Groger (1994), consiste à recueillir des informations sur ce qui est disponible ailleurs et sur les façons d'y accéder. En centre hospitalier, il est impossible de prendre le temps nécessaire de réfléchir à notre prochain lieu de vie quand le retour à domicile est impraticable.

Bien souvent, comme l'a révélé le témoignage des gens, ce sont quelques choix, parfois un seul, qui sont proposés. Or, compte tenu la situation de vulnérabilité de certains, leur manque de réseau familial ou social, ou encore parce qu'ils n'ont nulle part d'autre où aller, les personnes âgées hospitalisées ne peuvent refuser ce qui est suggéré. On peut donc penser que leur choix d'aller vivre en résidence en est un par défaut, ce que soutiennent également certains auteurs (Le Doujet, 2005; Billé 2005). Dorange (2005) abonde dans le même sens et tout comme nous, elle se questionne sur le choix véritable. « Peut-on parler dans ce cas de choix véritable? C'est, semble-t-il, davantage une orientation par défaut quand on a épuisé toutes les réponses possibles » (p.125). Devant l'urgence de devoir se reloger et des pratiques actuelles, on peut donc penser que certains processus décisionnels ne laissent pas à la personne concernée le temps nécessaire de s'adapter à la prochaine étape de sa vie. Outre l'appui de proches en ce qui a trait aux visites préalables des résidences, personne ne nous a parlé de moyens techniques ou physiques disponibles afin d'aider les aînés hébergés à se représenter leur futur milieu de vie. Dans son travail sur le relogement des aînés, Castle (2001) faisait d'ailleurs ressortir qu'une des façons de rendre le relogement plus positif serait de développer divers moyens permettant aux gens de se faire une idée du lieu où ils seront

hébergés, et ce, par des photos ou des vidéos de l'endroit. Pour les gens hospitalisés, ne serait-ce pas là une avenue intéressante à envisager? Leur entrée en résidence n'en serait-elle pas plus facilitée? À notre avis, tant pour les familles que pour les professionnels ayant à intervenir auprès de ces gens, il serait intéressant d'envisager ces avenues. L'inquiétude et l'angoisse face à l'inconnu des milieux d'hébergement n'en seraient qu'atténuées, ou du moins, diminuées. (*ibid.*, 2001).

Puisque la décision d'aller vivre en milieu d'hébergement semble se prendre parfois lors d'une situation de crise n'y aurait-il pas lieu d'offrir un accompagnement plus étroit auprès des usagers et de leurs familles? Avant même de commencer ce projet de recherche, nous nous interrogeons sur l'importance d'aider les gens en vue d'un éventuel hébergement. Or, comme l'expliquent Du Ranquet (1991) et Donnio (2005), la plupart des changements surviennent à la suite de situations de crise. Cela va dans le même sens que Ploton (2005) et Bille (2005) qui se questionnent en regard des hébergements préventifs: «Comment convaincre quelqu'un d'être placé à un moment où il n'en éprouve pas le besoin? Ne risque-t-on pas d'ailleurs de le précipiter dans une situation inutilement hasardeuse dont il pourrait bien ne pas se remettre? » (Ploton, 2005, p. 98). On peut donc penser qu'il serait vain d'aider une personne qui n'en ressent pas le besoin. Toutefois, nous croyons à l'inverse de Ploton (2005) que sans encourager une personne à s'orienter vers une résidence, il y a lieu, selon nous, de l'accompagner dans son cheminement et d'être là lorsque le moment de crise, le moment décisif d'aller vivre en résidence se fera. Cela rejoint bien les propos de De Conto (2005) qui stipule que l'entrée en centre d'hébergement doit être préparée d'avance, et ce, «afin de rendre le futur résident acteur du changement de milieu de vie et lui donner le maximum de chances de s'y intégrer en donnant du sens à ce moment de crise» (p. 116).

4.1.3 L'espace décisionnel et l'influence des familles

Bien que parfois vécu en accéléré comme c'est le cas en milieu hospitalier, le processus décisionnel des gens entourant leur entrée en résidence nous démontre tout de même l'importance accordée à la parole des gens concernés et à leurs opinions. Ainsi, à

l'encontre des croyances populaires qui veulent que les personnes âgées soient privées de leurs droits et qu'elles n'aient plus ou peu de pouvoir sur leur vie, les résultats de notre recherche font ressortir que les personnes interrogées considèrent avoir joué un rôle dans le processus décisionnel entourant leur entrée en résidence, aussi minime soit-il à nos yeux. Nos résultats viennent mettre en évidence que, malgré les limites inhérentes aux processus, même lors d'une hospitalisation ou d'un relogement en urgence, les gens disent avoir été consultés, avisés et gardent un peu de pouvoir sur les choix à venir. Les décisions qui sont prises sont néanmoins rarement le fruit d'une réflexion personnelle et de démarches indépendantes, mais bien souvent, comme nous le constatons dans le cadre de notre pratique professionnelle, teintées à des degrés différents par l'opinion et la pression de proches. Tout comme l'expliquent certains auteurs (Groger, 1994; Davies et Nolan, 2003, Ducharme, 2006), les entretiens avec les huit résidents ont démontré que la décision d'aller vivre en résidence ou dans un autre milieu d'hébergement s'effectue régulièrement avec l'aide de tierces personnes et de professionnels. Quelques résidentes nous ont soulevé l'importance de ne pas aller vivre chez leurs enfants, ce qui va dans le même sens que les travaux de Guberman, Lavoie et Gagnon (2005). Malgré le pouvoir que les gens nous ont dit avoir eu sur la décision finale entourant leur entrée en résidence, nous remarquons tout de même un discours paradoxal où bien souvent la pression et l'inquiétude des enfants ou des proches viennent fortement influencer une telle décision. Ce fut le cas de Madame A. que nous avons interrogée et qui nous a dit avoir pris la décision de partir. Toutefois, elle nous a également dit un peu plus loin lors de l'entrevue comment l'inquiétude de ses enfants avait influencé son hébergement actuel. À ce moment, il y a lieu, selon nous, de nous demander de qui vient vraiment la décision finale. Cela rejoint les constats de plusieurs études (Bell, 1996; McAuley et Travis, 1997; Davies et Nolan, 2003; Ploton, 2005) qui révèlent que dans bien des cas, lors du relogement des gens, des membres de la famille ou des proches sont impliqués. En concordance avec ces auteurs, il ressort de notre étude que des huit personnes interrogées, la plupart d'entre elles ont reçu du soutien ou de la pression de proches quant à leur décision d'aller vivre en résidence. Ainsi, en tenant compte de l'importance accordée à l'opinion des leurs, il nous apparaît primordial, de souligner l'accompagnement que devraient bénéficier ces aidants lors du relogement de la personne âgée.

En résumé, nous retenons qu'en ce qui a trait au processus décisionnel, le pouvoir que les gens nous ont dit avoir joué est teinté par leur personnalité, mais également par de multiples facteurs externes, tant physiques que relationnels. Aussi, nous réalisons que les décisions se prennent parfois en urgence, à la suite d'une situation de crise, laissant peu de temps de réflexion. Si des gens nous ont dit avoir pu bénéficier de façon positive de l'appui de proches, nous réalisons que pour d'autres cet appui a pu se traduire par de la persuasion et de la pression. Une pression que l'on rencontre également dans les pratiques actuelles du réseau de la santé et des services sociaux et qui nous oblige à parler de la pratique des travailleurs sociaux. Bien que peu de choses aient été dites par les résidents interrogés à leur endroit, nous croyons important de nous attarder sur l'importance de leur présence lors des démarches d'hébergement. À cet effet, nous leur consacrerons les prochaines lignes.

4.2 Le rôle des travailleurs sociaux

Connaissant bien la pratique des travailleurs sociaux auprès de personnes âgées ayant à se reloger, nous savons pertinemment comment se reloger peut être source de stress, ce que viennent appuyer plusieurs auteurs (Lévesque, Roux et Lauzon, 1990; Black, Moïse et Petterson, 1995; Larochelle et Savoie, 1996; Ducharme, 2006). À cet effet, nous croyons que des interventions appropriées sont nécessaires pour les aînés et leurs proches. Or, les résultats de notre étude ont peu fait mention d'une telle aide. Nous tenons à spécifier que dans le questionnaire utilisé pour nos entrevues, aucune question ne faisait allusion spécifiquement au soutien ou l'aide reçu des travailleurs sociaux. Cela pourrait peut-être expliquer pourquoi très peu en ont parlé. Nous émettons également l'hypothèse que si les gens en ont peu ou pas parlé, c'est peut-être parce qu'ils ne connaissaient pas la spécificité de leur rôle ou que celui-ci n'a pas été exercé ou influent.

4.2.1 Les travailleurs sociaux: absents ou méconnus?

Bien qu'il ne soit pas essentiel à toutes les personnes qui désirent aller vivre dans une résidence de devoir consulter un travailleur social, il n'en demeure pas moins que pour ceux

et celles qui doivent se reloger dans le réseau public, ce soutien est essentiel voire obligatoire. Il est intéressant de constater que cette implication du travailleur social fut très peu décrite par les résidents que nous avons rencontrés, la passant presque sous silence. Les rares commentaires émis avaient trait aux endroits (résidences) proposés par le travailleur social. Si les gens ont peu parlé de ces professionnels lors des entrevues, notre pratique, de même que quelques études (Charpentier, Delli-Colli et Dalpé, 2000; Ploton, 2005) nous démontrent que les travailleurs sociaux ont un rôle important à jouer pour soutenir les aînés dans le processus de décision et lors de l'entrée en résidence. Leurs fonctions sont nombreuses : défenseurs de droits, médiateurs, accompagnateurs, thérapeute pour n'en nommer que quelques-uns.

Comme l'a expliqué Bell (1996), la perception des gens en ce qui concerne le rôle des travailleurs sociaux semble avoir été instrumentale. En regard des propos des gens, deux hypothèses peuvent être soutenues : soit les travailleurs sociaux n'ont pas joué de rôle significatif et ont été peu influents; soit les personnes âgées méconnaissent leurs rôles et ne peuvent le nommer ou même l'identifier. Il est certain qu'avoir introduit des questions spécifiques au sujet de l'aide apportée par les travailleurs sociaux aurait éclairé davantage leur rôle et leurs fonctions en ce qui concerne le relogement des gens. Comme nous l'avons observé dans notre pratique professionnelle, nous constatons bien souvent que les gens ont une méconnaissance de l'aide que les travailleurs sociaux peuvent leur offrir.

Malgré le peu de données que nous avons pu recueillir sur l'implication des travailleurs sociaux, les résultats de notre recherche ont démontré que ces derniers n'avaient joué qu'un rôle de consultant ou d'accompagnateur. Tout comme l'indique Charpentier (1999):

Les travailleuses sociales ont le sentiment de voir se rétrécir progressivement la marge de manoeuvre nécessaire pour orienter la clientèle vers la ressource la plus appropriée au bon moment. Elles doivent agir « vite », en ayant trop souvent l'impression de « bousculer » la clientèle.» (p.225).

Si les gens en ont peu parlé lors des entrevues, n'est-ce pas parce que devant l'urgence de se reloger et la rapidité avec laquelle se font les démarches, ils ont eu peu de contacts avec leurs intervenants?

Comme l'ont fait ressortir plusieurs auteurs avant nous, lorsque vient le moment de prendre la décision d'aller vivre dans un lieu d'hébergement, la présence d'un professionnel est importante, sinon essentielle (Johnson, Schwiebert et Rosenmann, 1994; Davies et Nolan, 2003; Hersch *et al.*, 2004; Badey-Rodriguez, Claudine, 2005; Ducharme, 2006). Ce soutien professionnel pourrait aussi s'adresser aux proches dans certaines circonstances. Comme l'indique Ploton (2005) : «il importe non seulement d'aider la famille à rechercher l'établissement le plus adéquat [...] mais aussi, ce faisant, de cheminer côte à côte avec elle en visant à développer un lien d'alliance thérapeutique.» (p.99). Ainsi, même si un accompagnement de la personne âgée est important, le soutien aux proches peut l'être tout autant.

Ce constat rejoint l'idée de Charpentier, Delli-Colli et Dalpé (2000) qui expriment que les travailleurs sociaux devraient repenser leurs pratiques et être plus soutenant au niveau des familles et des ressources privées. À notre avis, cette question se pose plutôt au niveau de la réorganisation des services d'accès à l'hébergement et à la lourdeur des tâches des intervenants. «Les organisations de services et les pratiques professionnelles sont en pleine transformation. Les grands courants indiqués influencent bien sûr les façons de penser et de se comporter des professionnels.» (Lesemann, 1997, p.16). Comme le soulignent Charpentier, Delli-Colli et Dalpé (2000) :

La travailleuse sociale fait face à un dilemme. Elle doit choisir entre deux composantes normalement essentielles: l'humanisation des services et les besoins du réseau. [...] Le choix est d'autant plus déchirant que le système présente un visage catégorique, intransigeant, formel et rigide, où le problème d'accès se pose sérieusement. (p.75).

Cela amène les travailleurs sociaux à se questionner sur leurs interventions. Pour qui travaillent-ils? L'utilisateur ou le réseau de la santé?

Nous le constatons, la méconnaissance du rôle des travailleurs sociaux, de même que le peu de représentation qu'ils ont eu lors de nos résultats viennent peut-être éclairer le peu d'importance qui leur est accordé. Néanmoins, il demeure évident pour nous de même que

pour plusieurs auteurs (Johnson, Schwiebert et Rosenmann, 1994; Charpentier, Delli-Colli et Dalpé, 2000; Davies et Nolan, 2003; Ploton 2005) que le rôle de ces professionnels est capital et grandement souhaité lors du processus décisionnel entourant le relogement. Soucy (2007) exprime des propos similaires tout en questionnant également l'importance d'accompagner les usagers et leurs familles au travers le processus de relogement. Si un accompagnement est fortement recommandé, nous constatons dans les faits que plusieurs aînés et leurs proches effectuent les démarches d'eux-mêmes, ce qui nous amène à nous questionner sur leur connaissance du réseau de l'hébergement. Cela rejoint les propos de Charpentier (2002) : «les intervenants du secteur public font remarquer que, dans les faits, le libre choix est limité et conditionné par la connaissance des ressources [...] les personnes âgées et leurs familles sont isolées dans leurs décisions.» (p.110). Ces constats nous conduisent inévitablement à aborder, en dernière partie de ce chapitre, les enjeux entourant le relogement des personnes âgées.

4.3 Se reloger au grand âge : des enjeux organisationnels et personnels

Si aller vivre en résidence passe tout d'abord par un processus de réflexion, appuyé et souvent influencé par de tierces personnes, il n'en demeure pas moins générateur de plusieurs questionnements internes. Ainsi, au processus décisionnel viennent se greffer des questions. Où irons-nous? Comment réagirons-nous? Ces questionnements soulèvent des enjeux que nous avons regroupés en deux parties : les enjeux organisationnels et les enjeux personnels de se reloger.

4.3.1 Choisir les ressources d'hébergement privées ou publiques

Aux termes de notre recherche, nous nous interrogeons sur les facteurs et les circonstances qui conditionnent et déterminent le statut de la résidence dans laquelle les gens vont être hébergés, à savoir si elle appartient au secteur privé ou si elle relève du secteur public. Nous constatons que les gens interrogés se sont retrouvés dans trois types de résidence: privées, publiques ou transitoires. En regard du discours des gens, l'analyse de nos données semble révéler une méconnaissance des ressources d'hébergement. En effet, les cinq

personnes vivant en ressources privées n'ont aucunement abordé les autres options qui auraient pu s'offrir à elles. Outre ces lieux privés qui sont les leurs maintenant, leurs besoins d'encadrement ou de soutien au quotidien auraient pu leur permettre d'effectuer des démarches parallèles auprès des ressources publiques. À notre avis, ces démarches passées sous silence soulèvent une interrogation, celle de la connaissance des ressources d'hébergement disponibles pour elles.

Si nous avions à refaire notre questionnaire, nous y apporterions certainement la question de la connaissance du réseau public de l'hébergement afin de comprendre comment s'est effectué le choix des gens vers leur ressource d'hébergement actuelle. Même si dans la pratique les critères d'admission pour les établissements publics se resserrent pour accueillir des gens en plus grande perte d'autonomie, il n'en demeure pas moins que les gens devant s'orienter vers une ressource d'hébergement devraient connaître l'éventail des ressources existantes, tant privées que publiques. Cela les aiderait certainement à faire un choix encore plus éclairé. Il est vrai que les listes d'attente en découragent plus d'un, mais chacun n'a-t-il pas la possibilité d'entreprendre les démarches ou du moins, être renseigné sur son éligibilité? Tout comme le soulignent Castle (2002), Davies et Nolan, (2003), encore beaucoup d'éducation reste à faire auprès des personnes âgées et de leurs proches afin de les informer des différents types de résidences qui existent sur le marché actuel de l'hébergement et des coûts s'y rattachant. Ainsi, rendre plus accessible les ressources disponibles, tant publiques que privées, sera un défi auquel plusieurs devront se pencher.

Un autre aspect de nos résultats nous a interpellé particulièrement : celui des hébergements transitoires. Bien qu'une seule des résidentes nous ait expliqué être à son lieu actuel de façon transitoire, nous savons pertinemment que dans les faits et en regard de notre pratique, plusieurs personnes sont actuellement en attente pour une chambre en CHSLD, mais que faute de places, elles sont hébergées transitoirement. La dame qui s'est confiée à nous, nous a dit être tellement bien où elle était qu'elle se demandait si elle devait maintenir sa demande en CHSLD. À la lecture de nos entrevues, nous comprenons que les hébergements transitoires mis en place par le réseau de la santé ont eu des impacts tant positifs que négatifs. Si ces mesures ont encouragé le désengorgement des hôpitaux et ont

favorisé de meilleures interventions d'urgences, il demeure que le fait d'être hébergé de façon transitoire amène son lot d'inquiétudes. Tout comme l'expliquent Charpentier et Soulières (2006) : «le recours à des placements temporaires ou transitoires devrait être évité; ceux-ci ne font que multiplier les relocalisations en déstabilisant, voire en inquiétant, les personnes âgées.» (p.88). Nous espérons que ces recommandations trouveront échos auprès des gestionnaires du réseau de la santé, et ce, de façon à favoriser une meilleure adaptation des gens hébergés transitoirement.

Nous l'avons observé, le réseau de l'hébergement au Québec est complexe. Malgré la méconnaissance des ressources disponibles, en plus des pratiques multiples menant à l'entrée en résidence, nous retenons que le processus décisionnel implique également un aspect émotionnel important. En effet, aux enjeux organisationnels viennent s'ajouter de nombreux deuils qui soulèvent quelques interrogations.

4.3.2 Faire de nombreux deuils

On retrouve dans le discours des gens interrogés, les multiples deuils qu'ils ont dû affronter tout au long de leur processus de relogement. N'en est-il pas ainsi pour chaque personne qui déménage indépendamment de son âge? Les deuils font partie de la vie et c'est ce qui permet aux gens de cheminer. Toutefois, plusieurs nous l'ont dit, devoir quitter leur maison, leur appartement, fut assez éprouvant et même, après quelques années en résidence, les souvenirs de leur « chez-soi » sont encore très présents.

En regard de nos entrevues et de notre expérience d'intervention auprès des personnes âgées, nous constatons que l'adaptation semble passer par certains besoins. Il en ressort un principal : celui de la sécurité; sécurité physique pour soi et celle de la sécurité financière où les gens n'auront jamais à craindre d'avoir à faire face à des frais toujours plus élevés. En effet, le projet d'aller vivre en résidence accompagne souvent un besoin de sécurité même si, pour cela, il implique de perdre un peu de liberté, ce qui est également partagé par Reinardy et Kane (1999) et Leleu, (2000). Malgré le fait plusieurs ressources tentent de développer des

milieux de vie adaptés aux besoins de leurs résidents, il n'en demeure pas moins que vivre en résidence ne sera jamais considéré, pour plusieurs résidents, comme vivre chez soi puisque leur liberté en est diminuée. Le Doujet (2005) va dans le même sens que les résidents que nous avons interrogés :

L'espace domestique privé se commue en un espace public, partagé avec des gens que l'on a pas choisis, où l'on est rapidement dessaisi de toutes illusion de réelle maîtrise de soi, sauf à construire des murs invisibles auxquels accrocher des routines, apaisantes autant que vaines, devant le destin qui se profile, celui de la dilution de soi dans le commun. (p.51).

Les résidents expliquent qu'aller vivre en résidence, c'est devoir s'adapter à des gens que l'on ne connaît pas, à des routines qui ne sont pas les nôtres. C'est aussi faire le deuil de notre indépendance et se projeter dans un avenir incertain. Un avenir où les décès des uns auront des impacts sur les autres. À micro fermé, une résidente nous a partagé comment il lui était difficile de côtoyer la mort au quotidien, de se lier d'amitié avec d'autres résidents et ne plus les revoir après leur hospitalisation. Ainsi, pour plusieurs, aller vivre en ressource d'hébergement, c'est se rapprocher un peu plus de la mort (Le Doujet, 2005; Bickerstaff, 2006). Dans un tel contexte, il y a lieu de se questionner sur les besoins d'accompagnement et de soutien, tel que nous l'avons abordé précédemment tout en repensant les lieux d'hébergement où cohabitent plusieurs pertes d'autonomie différentes.

De tous ces enjeux tant organisationnels que personnels, retenons que lorsque vient le temps de prendre la décision d'aller vivre en résidence, les impacts se font sentir à plusieurs niveaux et pendant longtemps. Le manque de connaissance des ressources d'hébergement jumelé aux nombreux deuils inhérents à l'entrée en résidence ont de quoi en décourager plus d'un. Néanmoins, devant des besoins de surveillance, de soutien ou d'assistance, les gens n'ont parfois d'autres choix que d'aller vivre dans des lieux inconnus, de là l'importance d'encadrer davantage les ressources d'hébergement et de développer un meilleur accompagnement des aînés et de leurs proches.

Les entrevues que nous avons menées dans le cadre de ce travail nous indiquent qu'avant toute décision, toute orientation en hébergement et les impacts qui s'en suivent, il y a une personne. Une personne avec ses expériences de vie, sa personnalité et sa façon propre de réagir aux situations qui se présentent. Comme aidant ou comme professionnel, il importe alors de prendre le temps de l'écouter, de l'entendre et de l'accompagner de façon à ce qu'elle ressente encore le pouvoir qu'elle détient sur sa vie. Ne dit-on pas de plusieurs aînés qu'ils sont remplis de sagesse, héritage d'un long parcours de vie? Laissons donc nos pratiques le transparaître.

CONCLUSION

Au départ de ce mémoire, plusieurs questionnements nous habitaient, notamment ceux liés à l'entrée en résidence. Comment les personnes âgées prenaient-elles la décision de quitter des lieux connus pour aller vivre ailleurs? Prenaient-elles la décision ou se la faisaient-elle imposer? Connaissaient-elles les lieux d'hébergement suffisamment pour ensuite faire un choix éclairé? Qu'est-ce qui les amenaient à devoir faire ce choix?

Devant nos nombreuses interrogations concernant le processus décisionnel des personnes âgées devant se reloger et le peu d'écrits au Québec, nous avons entrepris cette démarche de recherche qualitative auprès de personnes vivant en résidence. Puisque cette recherche s'est inscrite dans le cadre d'une plus large étude réalisée par Michèle Charpentier à l'École de travail social de l'UQÀM et dans laquelle nous étions assistante de recherche, nous avons pu utiliser les entrevues que nous avons réalisées. Il est évident pour nous que les huit résidents que nous avons rencontrés ne sont pas un échantillon représentatif. Néanmoins, au travers leurs discours, nous croyons avoir pu tracer un portrait juste des processus décisionnels entourant leur entrée en résidence.

L'objectif premier de notre mémoire était d'analyser et de documenter la perception des personnes âgées concernant leur entrée en résidence privée ou publique. Un premier regard dans la littérature nous a convaincu de poursuivre nos interrogations en les approfondissant par une démarche de recherche scientifique. Alors que le Québec présente une population de plus en plus vieillissante, peu d'écrits font état du vécu des aînés en ce qui concerne leur relogement. Nous avons été d'abord confronté à un important manque de littérature en ce qui concerne la perception des aînés au Québec, entourant leur entrée en résidence. C'est au travers la littérature étrangère, particulièrement en provenance de la France et des États-Unis que nos interrogations ont trouvées échos.

Parler de pouvoir décisionnel au moment de l'entrée en résidence nous semblait incomplet sans tracer préalablement un résumé de la situation de l'hébergement au Québec.

Afin de mettre en situation le processus vécu par les aînés lors de relogement, le premier chapitre est donc venu expliquer le contexte actuel de l'hébergement, ainsi que ses particularités. Tant dans le secteur privé que public, se reloger demande de la réflexion, de l'aide et amène son lot de deuils et d'incertitudes quant au choix d'une résidence. Cette problématique liée au processus décisionnel entourant l'entrée en résidence a été étudiée dans une perspective constructiviste parce que nous croyons que la réalité des gens se construit en regard de leurs expériences de vie et de leur personnalité. À travers cette recherche, nous souhaitons faire ressortir le point de vue des aînés en ce qui a trait à la façon dont s'est vécu leur processus décisionnel. Nous souhaitons également donner la parole à ces gens puisque peu d'études ne l'avaient fait à ce jour.

Les résultats obtenus auprès de ces aînés nous démontrent tout d'abord que le processus décisionnel est complexe, modulé par la personnalité et les expériences de vie de chacun. En regard de nos entrevues, nous réalisons qu'il est impossible de définir ce que veut dire prendre la décision d'aller vivre en résidence compte tenu la multitude de facteurs interférant. En premier lieu, nous observons que la perte d'autonomie des gens est l'un des premiers facteurs qui encourage les gens à s'orienter en résidence. À ces problèmes de santé viennent s'ajouter pour certains, l'absence d'aidants, des hospitalisations ou des problèmes financiers les encourageant à trouver un meilleur lieu de vie. Alors que nous croyions les gens dépossédés de leur pouvoir décisionnel devant le fait de devoir se reloger, le discours des aînés a plutôt traduit une certaine emprise personnelle concernant le choix effectué. Par ailleurs, au pouvoir décisionnel que les gens nous ont dit avoir eu, nous avons été témoin de l'importance du soutien des proches, de même que leurs recommandations ou parfois de leurs pressions. Cela nous a amené à nous poser la question du décideur final. La personne âgée ou ses proches? Et si c'était les deux? En regard des entrevues, nous comprenons qu'à plusieurs reprises, la décision d'aller vivre en résidence s'est effectuée dans un moment de crise, alors que les gens vivaient un déséquilibre dans leur vie. À ce moment, le soutien et l'accompagnement de proches étaient les bienvenus même si cela se traduisait parfois par de la pression.

Prendre la décision d'aller vivre en résidence n'est pas seulement l'amalgame de plusieurs facteurs mais elle aussi la conscientisation d'un besoin de sécurité qui encourage les gens à s'installer ailleurs que leur « chez eux » habituel. Mais où vont-ils donc? Le relogement suscite de nombreux questionnements car il encourage les gens à se poser la question du prochain lieu de vie et démontre la complexité du réseau de l'hébergement pour personnes âgées au Québec. Comme nous avons pu le constater, les difficultés liées au relogement sont nombreuses, de même que les enjeux qui en découlent. En réponse à nos questions initiales de recherche, nous retenons que le processus d'hébergement est plus complexe qu'il n'y paraît puisqu'il demande un certain cheminement et qu'il concerne plusieurs acteurs, pas seulement les aînés en perte d'autonomie.

Les gens interrogés s'entendent pour dire qu'aller vivre en résidence ne sera jamais considéré comme leur chez soi et que de nombreux deuils s'y rattachent. Vivre en centre d'hébergement se traduit par un sentiment de perte de liberté au profit du besoin de sécurité. C'est également devoir vivre avec des inconnus et des routines qui ne sont pas choisis. À tout cela s'ajoute également la confrontation des multiples décès des gens qui auront croisé leurs routes l'espace d'un moment.

Nos résultats de recherche semblent aussi illustrer une certaine méconnaissance du réseau de l'hébergement et de la pratique des travailleurs sociaux. À cet effet, il y a lieu de se questionner sur les pratiques d'intervention actuelles en matière d'accompagnement des personnes âgées et de leurs proches. Malgré une présence plutôt discrète des travailleurs sociaux dans la vie des gens interrogés, nous retenons que le rôle de ces professionnels est primordial tant l'impact d'un relogement est majeur. Aux nombreuses responsabilités qui incombent aux travailleurs sociaux, nous réitérons le besoin impératif d'accompagner les personnes âgées tout au long de leur processus décisionnel, de même que leurs familles puisqu'elles sont largement sollicitées.

Nous convenons maintenant que faire un mémoire c'est aussi faire de nombreux deuils. Ce n'est pas sans regret que nous avons dû renoncer à plusieurs aspects découlant de notre problématique. C'est le cas notamment de la séparation des couples qui survient lorsque l'un

des deux nécessite des soins plus spécifiques. Nous laisserons le soin à d'autres auteurs de se pencher sur la question. Enfin, nous retenons de ce mémoire que la perception des gens du relogement doit être vue comme un processus qui évolue dans le temps, entre l'entrée et le moment de l'entrevue, et qui n'est pas immuable dans le temps. Aussi, n'oublions pas que la trajectoire de vie d'une personne, de même que sa personnalité, vont inévitablement affecter son processus décisionnel. De plus, il faut souligner l'importance de facteurs organisationnels et structurels qui conditionnent et limitent le choix d'une résidence pour personnes âgées. Nous le constatons, le réseau de la santé au Québec est en pleine réorganisation, notamment en ce qui a trait à l'hébergement et à la certification des résidences privées. Au départ de ce mémoire, plusieurs intervenants du réseau de la santé demandaient qu'une Loi puisse être mise en place afin d'encadrer étroitement les soins prodigués dans les ressources non publiques. Le Projet de Loi 83 étant effectif depuis le 1^{er} février 2007, les gens ayant à se reloger vers une ressource d'hébergement pourront se sentir un peu plus en sécurité. Ce sera dans les prochains mois que nous serons témoins de l'impact concret de cet encadrement législatif, longtemps demandé par plusieurs, dont les associations de défense des droits des aînés. Si cette Loi pourra sécuriser et encadrer certaines pratiques dans les lieux d'hébergement, il demeure que les gens devront au préalable prendre la décision d'aller vivre dans ces milieux. Entre temps, gardons l'œil ouvert et surtout laissons donc aux aînés le droit de s'exprimer, d'être entendus et écoutés lorsque vient le temps pour eux de se reloger.

APPENDICE A

LE GUIDE D'ENTRETIEN

Grille d'entrevue RÉSIDENTS-ES Première entrevue

Madame, Monsieur X, tout d'abord, j'aimerais vous remercier de nous accorder votre temps pour ces entrevues. On essaie de mieux comprendre ce que ça veut dire pour les aînés-es que d'aller vivre dans différents milieux d'hébergement, et on apprécie beaucoup que vous acceptiez de répondre à nos questions. Évidemment, il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse, parce que c'est votre vécu à vous qui nous intéresse. Je vous rappelle aussi que si vous n'êtes pas à l'aise de répondre à une question, vous n'avez qu'à le dire et on va passer à une autre question.

Trajectoire de vie

- Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez de vous un peu, de votre vie...
- Depuis combien de temps habitez-vous ici?

La Prise de décision

- Pouvez-vous me parler des circonstances qui vous ont amené-e à vivre ici?
- Comment s'est prise la décision?
- Quel a été le rôle de vos enfants?
- Est-ce que des intervenants (CLSC, hôpitaux...) ont été impliqués? comment?
- Est-ce que vous aviez visité la résidence vous-mêmes?
- Comment vous vous sentiez alors? Est-ce que vous avez trouvé ça difficile?

L'entrée en résidence

- Est-ce que vous aviez des attentes (positives ou négatives) par rapport au fait de venir vivre ici?
- Comment se sont passés, pour vous, l'accueil et l'intégration à la résidence?

- En y repensant, qu'est-ce que vous avez trouvé le plus difficile à propos de votre vie ici?
- Qu'est-ce qui vous a été le plus agréable?

- En terminant, quel serait le meilleur conseil que vous pourriez donner à un nouveau résident ici? Qu'est-ce qui pourrait rendre son intégration plus facile selon vous?

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Résidents-es âgés-es

Projet de recherche

Parole aux résidents-es :

Les droits des personnes âgées vivant en milieu d'hébergement.

J'accepte de participer à cette recherche, dirigée par Michèle Charpentier, professeure à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). Cette recherche s'intéresse aux droits fondamentaux des personnes âgées qui vivent dans divers milieux d'hébergement et aux stratégies permettant d'en assurer ou du moins d'en favoriser l'exercice.

J'ai été choisi (e) au hasard pour participer à l'étude, à partir d'une liste de résidents que le responsable de la ressource a remise à la chercheuse.

Je reconnais avoir été informé-e des objectifs et du déroulement de l'étude. J'accepte d'accorder deux entrevues d'une durée d'environ 45 minutes à l'une des membres de l'équipe de recherche. Je comprends que ma participation vise à connaître mon point de vue sur mon quotidien et ma qualité de vie en résidence. J'accepte que ces deux rencontres qui pourront avoir lieu dans un endroit de mon choix et à l'heure qui me convient, soient enregistrées sur cassette audio, en sachant que seules les membres de l'équipe de recherche pourront écouter cette bande sonore et qu'elle sera détruite à la fin de la recherche. Je suis assuré-e que mon nom ou celui de la résidence où je demeure n'apparaîtra nulle part dans le rapport de recherche ou autres publications et que les informations recueillies demeureront confidentielles.

Je demeure libre de mettre fin à l'entrevue et à ma participation en tout temps, et ce, sans aucune conséquence sur les soins et services que je reçois et auxquels j'ai droit.

Je suis informée qu'il m'est possible de m'adresser à la chercheuse principale pour toute question sur le projet et sur mes droits en tant que participant à cette recherche. Il m'est également possible de m'adresser au Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (secrétariat du Comité : *service de la recherche et de la création, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal, QC, H3C 3P8 – téléphone : 987-3000 poste 7753*).

En foi de quoi, je soussigné-e accepte de participer à l'étude.

Résident-e : _____

Membre de l'équipe de recherche : _____

Date : _____

RÉFÉRENCES

- Anghelou, D. 1995. «Hébergement des personnes âgées: enjeux et perspectives», *Gérontologie et société*, no 73, p.16-29.
- Arbuz, G., 2004. «Maintien à domicile ou vie en institution?», *Gérontologie*, no. 131, p. 26-44.
- Arfeux-Vaucher, G. 1995. «L'évaluation d'établissement d'accueil: Principes et réalité», *Gérontologie et société*, no 73, p.123-129.
- Argoud, D. et B. Puijalon. 1999. *La parole des vieux. Enjeux, analyse, pratiques*, Paris: Dunod.
- Aubry, F. (sous la direction de M. Charpentier et Y. Vaillancourt). 2005. *Le secteur des résidences privées à but lucratif pour personnes âgées. Portrait sectoriel*, Cahiers du LAREPPS, no 05-08, École de travail social, UQÀM, 116 pages.
- Badey-Rodriguez, C. 2005. «L'entrée en institution», *Gérontologie et société*, no. 112, p.105-115.
- Bell, J. 1996. «Decision making in nursing home placement », *Journal of women and aging*, vol. 8, no 1, p.45-60.
- Bickerstaff C., J. 2003. «Institutionnalisation des personnes âgées: les représentations sociales et leurs impacts», *Revue canadienne de service social*, vol. 20, no 2, p. 227-241.
- Bickerstaff C., J. 2006. *Le sens que revêt l'expérience de vivre en milieu institutionnel pour personnes âgées*. Mémoire de Maîtrise, UQÀM, 101 pages.
- Billé, M., 2005. «L'entrée en institution», *Gérontologie et sociétés*, vol. 112, p. 63-72.
- Black, B.S., P.V. Rabins et P.S. German. 1999. «Predictors of nursing home placement among elderly public housing residents », *The gerontologist*, vol.39, no.5, p. 559-568.
- Black, K., N. Moïse et L. Patterson. 1995. «Diminuer la souffrance des familles plaçant un des leurs», *Frontières*, automne 1995, p. 37-39.
- Boivin, G. 2006. «Comment nos aînés peuvent-ils être respectés dans leurs choix?», *Le Soleil*, 28 février 2006, A10.
- Castle, N. G. 2001. «Relocation of the elderly», *Medical Care research and review*, vol. 58, no 3, p. 291-333.

- Castle, N. G. 2003. «Searching for and selecting a nursing facility», *Medical Care research and review*, vol. 60, no 2, p. 223-247.
- Champagne, R. 1996. «Vieillesse de la population et coût de la santé au Québec à l'an 2001», *Gérontologie*, vol. 97, p. 15-21.
- Charazac, P.M., 2001. «Le placement en institution, acte de soin», *La revue de gériatrie*, vol. 26, no 3, p. 117-124.
- Charpentier, M., 1999. «L'hébergement des personnes âgées à l'aube de l'an 2000: tendances et enjeux cliniques» dans *Autonomie et vieillissement, Actes du congrès scientifique*, Sherbrooke, p. 213-229.
- Charpentier, M., N. Delli-Colli et L. Dalpé. 2000. «L'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie dans un contexte de rareté des ressources publiques d'hébergement», *Intervention*, no 112, p. 70-78.
- Charpentier, M. 2002. *Priver ou privatiser la vieillesse. Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier M. et M. Soulières. 2006. *Droits et empowerment (pouvoir d'agir) des personnes âgées en résidence et en centre d'hébergement. Paroles de résidents. Rapport final de recherche soumis au Ministère de la Santé et des Services sociaux, Montréal, École de travail social, UQÀM.*
- Conseil des aînés. 2000. *Avis sur l'hébergement en milieu de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. D. Gagnon et A. Michaud, Gouvernement du Québec.
- Courchesne, H. 18 mars 2003. *Du premier au dernier baiser: deuxième partie*. Reportage. Montréal : Enjeux, Société Radio-Canada.
- Davies, S. et M. Nolan. 2003. «Making the best of things: relatives' experiences of decisions about care-home entry», *Ageing and society*, vol. 23, no 4, p. 429-450.
- De Conto, C., 2005. «Tu verras, tu seras bien... », *Gérontologie et sociétés*, vol. 112, p. 115-122.
- Delli-Colli, N., N. Dubuc et C. Caron. 2006. «Qu'advient-il des personnes âgées orientées en résidence privée à la suite d'un séjour en courte durée?», *Intervention*, numéro 124, p.33-41.
- Denis, L. 2006. «Travaux parlementaires sur le projet de Loi 83- La protectrice des usagers propose un filet de sécurité additionnel afin d'assurer une meilleure protection des personnes vulnérables hébergées dans le secteur».
(<http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Mars2005/15/c4764.html>).

- Direction de la santé publique de la Montérégie. 2002. *Pour les aînés de la Montérégie. Un art de vivre en santé, une qualité de vie*. Cadre de référence en santé publique, Montérégie.
- Donnio, I., 2005. «L'entrée en établissement d'hébergement», *Gérontologie et sociétés*, vol. 112, p. 73-92.
- Dorange, M., 2005. «Entrée en institution et paroles de vieux», *Gérontologie et sociétés*, vol. 112, p. 123-139.
- Dorvil, H et R. Mayer. 2001. «Les approches théoriques» dans *Problèmes sociaux, Tome 1 : Théories et méthodologies*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, p. 15-29.
- Ducharme, F. 2006. *Famille et soins aux personnes âgées : enjeux, défis et stratégies*. Montréal: Beauchemin.
- Du Ranquet, M. 1991. *Intervention en situation de crise, dans les approches en service social*, 2^e édition: Vigot.
- Everard, K., G. Rowles et D. High. 1994. «Nursing home room changes: Toward a decision-making model», *The gerontologist*, vol. 34, p. 520-527.
- Grenier, J. 2006. «Les représentations des aînés dans les discours des professionnels de la santé», *Intervention*, numéro 124, p. 143-150.
- Groger, L. 1994. «Decision as process: A conceptual model of black elders' nursing home placement», *Journal of Aging Studies*, vol. 8, no 1, p.77-94.
- Guilbault, M. 2003. *Vieillesse de la population. Plus accentué en Montérégie qu'ailleurs au Québec*. Communiqué présenté par la région régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Guberman, N. et P. Maheu. 2000. «Le rapport entre l'adéquation des services de maintien à domicile et la trajectoire de travail des personnes soignantes», *Canadian Journal on Aging*, vol.19, no.3, p. 380-408.
- Guberman, N., Lavoie, J.-P. et É Gagnon. 2005. *Valeurs et normes de la solidarité familiale: statu quo, évolution, mutation?* Rapport de recherche, Côte-Saint Luc: CSSS Cavendish CAU en gérontologie sociale.
- Gubrium, J. F. et J.A. Holstein. 1999. «Constructionist perspectives on aging». In *Handbook of theories of aging*, sous la dir. de V.L. Bengtson et K. W. Schaie, New York, Springer Publishing Company, p. 287-327.

- Hazan, H., 1994. *Old age constructions and deconstructions*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hersch, G., et al. 2004. «Adaptation by elders to relocation following hospitalisation: evaluation of a model », *Journal of housing for the elderly*, vol. 18, no 2, p. 41-68.
- Hooymann, N. R. et H. Asuman Kiyak. 2001. *Social gerontology. A multidisciplinary perspective*, Boston, Ally & Bacon publisher.
- Johnson R.A., V.B. Schwiebert et P.A. Rosenmann. 1994. «Factors influencing nursing home placement decisions: the older adults perspectives», *Clinical nursing research*, vol.3, no 3, p. 269-281.
- Larochelle, L. et M.L. Savoie. 1996. «Besoins des familles suite à l'hébergement d'un parent âgé», *Intervention*, vol.103, p. 36-47.
- Lavoie J-P., A. Grandmaison et M. Ostoj. 1988. «Évaluation du système d'accès à l'hébergement et aux soins de longue durée dans la région sociosanitaire du Montréal métropolitain», *Sociologie et sociétés*, vol.10, no 1, p. 33-46.
- Leclerc, G. 2001. «L'approfondissement du sens à la vie au cours du vieillissement», *Vie et Vieillesse*, vol. 1, no1, p. 51-58.
- Le Doujet, D., 2005 «Entrer en maison de retraite, un voyage aux confins de l'humain», *Gérontologie et sociétés*, vol. 112, p. 49-62.
- Leleu, M. 2000. «Panorama du passage en institution». In *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées*, sous la dir. De R. Vercauteren, p. 131-149. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Lemieux, V., et al. 1994. *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval.
- Lesemann, F. 1997. «Le vieillissement dans le contexte des nouvelles réalités politiques et organisationnelles», *Le Gérontophile*, vol.19, no 1, p. 14-16.
- Lévesque, Roux et Lauzon. 1990. *Alzheimer : comprendre pour mieux aider*, Montréal, Éditions Erpi.
- Maltais, D. 1999. «Vivre en résidence pour aînés: le format est-il la formule?», *Santé mentale au Québec*, vol. XXIV, no 1, p. 173-198.
- Mannoni, P. 2001. *Les représentations sociales*, Presses universitaires de France, p.30-119.

- Marchand, D. 2006. «Adoption du projet de Loi 83: La certification des résidences pour personnes âgées sera obligatoire», *L'ADRESSE:Le journal de l'association des résidences et CHSLD privés du Québec*, vol.2, no 1, p. 1.
- Mayer, R. et al. 2000. *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Boucherville, Gaétan Morin Éditeur.
- McAuley W.J. et S.S. Travis. 1997. «Position of influence in the nursing home admission decision», *Research on aging*, vol.19, no 1, p. 26-45.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). 1994. *Les services à domicile de première ligne*. Cadre de référence. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). 1997. *Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission: une mise à jour*. L.Trahan, Direction de la recherche et de l'évaluation.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). 2003. *Chez soi le premier choix: La politique de soutien à domicile*. Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). 2004. *Chez soi le premier choix: précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Bibliothèque nationale du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). 2005. *Les services aux aînés en perte d'autonomie. Un défi de solidarité, plan d'action 2005-2010*, Québec, Gouvernement du Québec.
- Pennec, S. 2002. «Les politiques envers les personnes âgées dites dépendantes : providence des femmes et assignation à domicile», *Lien social et politique-RLAC*, vol. 47, p.129-142.
- Pitrou, A. 1997. «Vieillesse et famille: qui soutient l'autre?», *Revue internationale d'action communautaire-RLAC*, vol. 38, p. 145-197.
- Ploton, L. 2005. «À propos du placement des personnes âgées: l'entrée en institution», *Gérontologie et société*, vol. 112, p.93-103.
- Portail Gouvernemental du Québec. 2004. Région de la Montérégie: La Montérégie en un clin d'œil, http://www.monteregie.gouv.qc.ca/index_fr.htm
- Quadagno, J. 2002. *Aging and the life course: An introduction to social gerontology*, New York, McGraw-Hill, p. 40-41.

- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre (révision en 2002). *Définition des établissements, des ressources d'hébergement et des résidences privées dans le contexte de leur réglementation*. A. Demers-Allan, conseillère aux Services aux personnes âgées.
- Reinardy, J. et R.A. Kane. 1999. «Choosing an adult foster home or a nursing home: Residents' perceptions about decision making and control», *Social Work*, vol. 44, no 6, p. 571-585.
- Rosenthal, Carolyn J. (1997). « Vieillesse, soins et protection. Le soutien des familles canadiennes à leurs membres vieillissants : changements de contexte », *Lien social et Politique-RLAC*, vol. 38, p. 123-131.
- Roy, J. 1996. «La prise en charge des aînés (es) au Québec ou l'errance du discours officiel», *Le Gérontophile*, vol.18, no 4, p. 33-42.
- Saillant, Francine & Gagnon Éric (2001). « Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches », *Lien social et politique-RLAC*, 46 : 55-69.
- Schindler, R. 1999. «Empowering the age: a postmodern approach», *International Journal of aging and human Development*, vol. 49, no 3, p. 165-177.
- Société d'Alzheimer du Saguenay Lac St-Jean. 1993. *Méthodes d'intervention auprès des gens atteints de la maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs*.
- Soucy, C. 2007. Le pouvoir décisionnel des femmes âgées en ressources intermédiaires de la Montérégie. Mémoire de Maîtrise présenté à l'UQÀM, 95 pages.
- Tremblay, M. 2001. *L'adaptation humaine: Un processus biopsychosocial à découvrir*, deuxième édition, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Villez, A. 1995. «Du placement à l'accueil du pensionnaire au résidant, les établissements en marche», *Gérontologie et société*, no 73, p. 110-121.
- Zuniga, R. 1990. «La gérontologie et le sens du temps», *Revue internationale d'action communautaire-RLAC*, vol. 63, p. 13-23.