

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
ÉCOLE DE TRAVAIL SOCIAL

L'EMPOWERMENT DES FEMMES AÎNÉES EN MILIEU D'HÉBERGEMENT :
UNE PERSPECTIVE FÉMINISTE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
MARYSE SOULIÈRES

JUIN 2007

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.»

AVANT-PROPOS

Nombreuses sont les auteures féministes qui défendent l'importance de reconnaître, en tant que chercheuses, notre propre subjectivité et l'influence de celle-ci dans tout processus de recherche. Dès lors, la meilleure façon de contrôler ce biais est de permettre aux lectrices de questionner notre position d'auteure, en incluant à nos travaux une brève présentation personnelle : notre intérêt pour le sujet à l'étude, nos présupposés et nos convictions professionnelles. C'est donc dans cette optique de « partage du pouvoir » et de transparence que nous avons rédigé cet avant-propos. Nous nous permettrons, dans le cadre de cet exercice, de délaissé le « nous » scientifique pour adopter une forme d'écriture au « je », qui apparaît plus appropriée au contenu de cet avant-propos.

Au plan personnel, il ne fait aucun doute pour moi que mes affinités avec les personnes âgées sont l'héritage de ma grand-mère maternelle avec qui j'entretiens, encore aujourd'hui, des liens privilégiés. Sa force de caractère, son optimisme, son sens de l'humour et sa résilience sont une source d'inspiration dans ma vie. C'est d'ailleurs à cette Mamie que j'adore que j'aimerais dédier ce mémoire.

Au niveau professionnel, contrairement à plusieurs, la gérontologie n'a donc pas été pour moi un « accident de parcours », mais bien une véritable passion qui orienta mon choix de carrière en travail social. Au cours de mes études de premier cycle, mes emplois en tant que préposée aux bénéficiaires dans des milieux d'hébergement public et privé m'ont confirmé le grand respect et l'admiration que je porte aux personnes âgées ainsi que le plaisir de les côtoyer au quotidien. Lorsque, à la fin de ma scolarité de baccalauréat, Michèle Charpentier m'a offert un emploi d'assistante de recherche dans le cadre d'un projet portant sur les droits et

l'empowerment des résidents et résidentes, il s'agissait d'une opportunité des plus motivantes, qui s'inscrivait dans une suite logique avec mes intérêts et mes expériences passées. Les milieux d'hébergement étaient pour moi des univers connus et, malgré leurs limites et les défis qu'ils représentent en intervention, très appréciés.

Quant au choix du cadre théorique féministe, il relève d'une conviction profonde que notre société, de par ses schèmes culturels et sociaux, trace des voies différentes pour les hommes et pour les femmes, définit des mondes reliés et intégrés mais non moins parallèles et aux conséquences divergentes pour les individus selon leur sexe. Cette constatation m'apparaît d'autant plus vraie pour les femmes âgées, qui sont nées à une époque où le mouvement féministe moderne n'était encore qu'une utopie et où les femmes étaient considérées toute leur vie, au point de vue légal et social, comme des personnes mineures. C'est avec en tête l'histoire de femmes rencontrées au cours de mon stage de baccalauréat et dans mes emplois de préposée que j'ai entrepris ce mémoire, des femmes incroyablement fortes devant l'adversité et combien inspirantes pour la jeune femme que je suis.

Sans leur inspiration, ce mémoire n'aurait pas pu être écrit de la même façon, avec la même passion. Toute cette démarche n'aurait pas non plus été possible sans l'encouragement constant des gens qui m'entourent et que j'aimerais ici remercier.

Mes parents, André et Monique, pour ce qu'ils sont et ce qu'ils m'ont permis de devenir par leur présence et leur soutien inconditionnel.

Ma sœur et toute sa petite famille, pour la complicité. Amélie et Simon, pour la facilité avec laquelle ils font ressortir le meilleur de leur « matante ».

Ma gang de la maîtrise, Marie-Claude, François, Olivier, Véronique et Juan, sans qui ces années auraient été beaucoup moins sympathiques et légères. Merci pour

toutes les histoires de Jean-Guy, pour les couteaux et le Scott Towel, pour les rires et la complicité.

Mes amies, Claudie et Sandrine, pour leurs personnalités et leur présence, pour l'admiration qu'elles me suscitent et le goût de l'intervention sociale qu'elles ont gardé bien éveillé en moi durant ces années de recherche.

Et finalement, ma directrice, Michèle, pour ses conseils toujours constructifs et les nombreuses opportunités professionnelles, pour sa compréhension dans les moments difficiles, pour le Brésil. Pour son amitié.

Bonne lecture!

Maryse Soulières

Octobre 2006

TABLE DES MATIÈRES

Page

AVANT-PROPOS	iii
LISTE DES TABLEAUX	ix
RÉSUMÉ	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	
LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT : DES UNIVERS DE FEMMES	4
1.1 Vieillesse de la population et féminisation de la vieillesse.....	4
1.2 Hébergement et institutionnalisation	7
1.2.1 La diversification et la marchandisation des milieux d'hébergement	8
1.2.2 L'institutionnalisation et la perte de pouvoir liée au contexte de vulnérabilité.....	10
1.3 Pertinence de l'étude et question de recherche	14
CHAPITRE II: CADRE THÉORIQUE	
UNE PERSPECTIVE FÉMINISTE DE L'EMPOWERMENT	17
2.1 Féminisme et gérontologie	18
2.2 <i>Empowerment</i> : essais de conceptualisation	22
2.2.1 L'application de l' <i>empowerment</i> en gérontologie	23
2.2.2 L' <i>empowerment</i> féministe auprès des résidentes âgées	26

CHAPITRE III : MÉTHODOLOGIE

LA PAROLE DES RÉSIDENTES : UNE APPROCHE QUALITATIVE	29
3.1 Sélection des participantes	29
3.2 Méthode de collecte des données : l'entrevue semi-directive	33
3.3 Limites de l'étude	34
3.4 Considérations éthiques	37

CHAPITRE IV : RÉSULTATS

LE TÉMOIGNAGE DES FEMMES ÂGÉES HÉBERGÉES	39
4.1 Vies marquées par les rôles sociaux traditionnels	39
4.1.1 Des aidantes à tout âge	40
4.1.2 Le rôle de mère : fiertés et épreuves	42
4.1.3 Un rapport intermittent et mitigé avec le marché du travail	44
4.2 Regards féminins sur le quotidien en milieu d'hébergement	46
4.2.1 La violence symbolique des trajectoires de « placement »	47
4.2.2 « Je suis bien ici, mais... »	52
4.2.3 L'importance des liens sociaux dans les milieux	54
4.3 Stratégies d' <i>empowerment</i> des résidentes : de « petits » pouvoirs	59
4.3.1 Des femmes conscientes de leur vulnérabilité	60
4.3.2 La prédominance des stratégies de contournement et de l'abdication .	63
4.3.3 La défense des droits : une approche « polie » au féminin	66

CHAPITRE V : DISCUSSION

DES PISTES DE RÉFLEXION POUR LA PRATIQUE	71
5.1 Stratégies d' <i>empowerment</i> : des continuités dans les rôles sociaux féminins	72
5.2 Intervention sociale auprès des femmes âgées en milieu d'hébergement : miser sur les liens sociaux	77
5.3 Défense des droits : une approche féministe de l' <i>empowerment</i> en milieu d'hébergement	80

LISTE DES TABLEAUX

	<i>Page</i>
TABLEAU 1 Ratio hommes / femmes chez les personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, en 2001	5
TABLEAU 2 Paradigmes de l' <i>empowerment</i> en gérontologie	23
TABLEAU 3 Caractéristiques des femmes constituant l'échantillon final	32
TABLEAU 4 Principaux thèmes abordés au cours de chacune des deux entrevues auprès des résidentes	33

RÉSUMÉ

Ce mémoire porte sur l'*empowerment* des femmes âgées qui demeurent en milieu d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie. Il s'inscrit dans le cadre de la recherche *Paroles de résidents*, dirigée par Michèle Charpentier. Avec le vieillissement de la population et la féminisation de la vieillesse, les ressources d'hébergement, tant publiques que privées, sont devenues des univers de femmes : des résidentes de plus en plus âgées, atteintes de pertes d'autonomie de plus en plus importantes y reçoivent des soins et des services dispensés par un personnel majoritairement féminin. La vulnérabilité des résidentes, à plusieurs niveaux, n'est plus à démontrer. L'originalité de cette recherche est d'adopter un cadre théorique féministe, centré sur le concept d'*empowerment*, afin de comprendre la perception qu'ont ces femmes de leur vie en hébergement et les stratégies qu'elles développent pour faire respecter leurs droits au quotidien. Les témoignages de 13 femmes, âgées de 74 à 98 ans, ont été recueillis par le biais d'entrevues semi-directives, à raison de deux rencontres par résidente. Les résultats mettent d'abord en lumière la façon dont les trajectoires de vie de ces femmes ont été marquées par les rôles sociaux traditionnels. Le quotidien en milieu d'hébergement est ensuite exposé, abordant la violence symbolique des « placements », le sentiment de ne pas être chez soi et l'importance des relations qui se tissent avec les autres résidentes et les employées. Les stratégies d'*empowerment* utilisées, centrées sur le contournement et l'abdication, laissent entrevoir une défense des droits « polie », au féminin. Nous soutenons que les interventions sociales auprès de ces femmes devraient tenir compte du maintien au grand âge des stratégies d'*empowerment* développées au cours de leur vie, ainsi que du caractère fondamental que revêtent pour elles les liens sociaux. Le travail social auprès des femmes âgées hébergées se doit aussi d'intégrer une lecture macrosociale critique et de s'attaquer aux barrières structurelles à leur *empowerment*.

FEMMES ÂGÉES, HÉBERGEMENT, PERSPECTIVE FÉMINISTE,
EMPOWERMENT.

INTRODUCTION

Un vieillard souffrant de la maladie d'Alzheimer qui se fait traîner par le bras par une préposée brusque. Des gens vivant dans une résidence complètement insalubre, où ils avaient été dirigés par l'hôpital. Une dame âgée terrorisée par les propos vulgaires d'employés irrespectueux. Tous ces scandales, rapportés avec grand fracas dans les médias au cours des dernières années¹, ont soulevé, à juste titre, l'indignation et la colère dans la population québécoise. Les images sont fortes, marquent l'imaginaire collectif. La préoccupation pour le bien-être des personnes hébergées se fait plus pressante, fortement alimentée par ces scandales et les craintes qu'ils suscitent tant chez les personnes âgées que chez leurs proches. Déjà depuis les années 1980, avec le mouvement de désinstitutionalisation, les politiques et les discours gouvernementaux s'étaient teintés d'une idéalisation du domicile, associant implicitement l'entrée en milieu d'hébergement à un échec : celui de la communauté, de la famille et ultimement, de la personne âgée elle-même. Aujourd'hui, ce sentiment d'échec est amplifié par les images extrêmement négatives qui sont véhiculées au sujet des milieux d'hébergement : des univers clos, où les gens âgés se retrouvent à la merci des préposées, qui apparaissent comme autant de bourreaux potentiels.

Mais en-dehors de ces images chocs et de ces idées préconçues, que savons-nous de la réalité quotidienne des milieux d'hébergement? Que s'y passe-t-il qui ne serait pas rapporté avec autant de verve par les médias? D'abord, le fait que les milieux d'hébergement sont un univers de femmes : celui des femmes âgées qui y demeurent et celui des femmes plus jeunes qui y travaillent, dans des conditions

¹ Voir notamment les articles de Malorie Beauchemin (2006) et d'Isabelle Paré (2003), dans La Presse.

souvent peu enviables². Un univers où des résidentes âgées, vulnérables de par leurs pertes physiques ou cognitives, dépendent du personnel pour obtenir les soins et les services dont elles ont besoin chaque jour. Force est d'admettre, dans ce contexte, que les relations de pouvoir entre ces femmes jouent en défaveur des aînées. Faut-il en conclure que celles-ci ne sont que dépendance, passivité et vulnérabilité? Se peut-il qu'à l'arrivée en milieu d'hébergement, la diversité des trajectoires de vie et des personnalités se fonde invariablement en un seul et même « modèle » de résidente, victime sans voix, sans ressources et sans pouvoir?

À ces questions, nous répondons intuitivement par la négative. Nous proposons, dans le cadre de ce mémoire, d'adopter une nouvelle posture face à ces femmes âgées, de modifier le regard généralement posé sur elles. Nous avons voulu leur donner la parole, leur permettre de raconter elles-mêmes leur propre histoire. Plus encore, nous avons voulu aborder leur quotidien dans une perspective positive, en s'attardant non pas à leur santé déficiente ou à leurs pertes, mais bien à leurs capacités et leur résilience. Ce mémoire se propose donc de chercher à comprendre la conception que se font les résidentes âgées de leur pouvoir d'agir, et les stratégies d'*empowerment* qu'elles choisissent d'utiliser pour l'exercer.

Le premier chapitre se veut un aperçu de la problématique entourant la question de la féminisation de la vieillesse et celle des milieux d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Le chapitre deux présente le cadre théorique de l'étude, qui s'appuie sur une perspective féministe du concept de l'*empowerment*. La méthodologie de recherche qualitative, basée sur des entrevues semi-directives réalisées auprès de 13 femmes âgées demeurant en milieu d'hébergement, est exposée au troisième chapitre. Le chapitre quatre, consacré à la présentation des résultats, se divise en trois grandes sections qui portent

² Afin de refléter cette forte majorité de femmes au sein du personnel des milieux d'hébergement, les termes les désignant sont féminisés dans ce document.

respectivement sur l'importance des rôles sociaux traditionnels au cours de la vie des participantes, sur leur vision du quotidien en milieu d'hébergement et enfin, sur les stratégies d'*empowerment* qu'elles privilégient. Le dernier chapitre se consacre à une discussion et propose quelques pistes de réflexion pour le renouvellement des pratiques auprès des femmes âgées hébergées, notamment en ce qui a trait à l'influence de la trajectoire de vie sur les stratégies utilisées au grand âge, à la nécessité de repenser les mécanismes de protection des résidentes et à l'importance de miser sur les liens sociaux dans les interventions sociales au sein des milieux d'hébergement.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT : DES UNIVERS DE FEMMES

Ce mémoire s'intéresse aux femmes qui demeurent dans des milieux d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces milieux de vie demeurent des univers relativement méconnus dans notre société. Les sections qui suivent visent à poser les assises du mémoire, en esquisant un portrait de l'état actuel des services d'hébergement pour les aînés et aînées au Québec, de même que des personnes qui y résident. Tout d'abord, la question du vieillissement de la population, mais surtout de la féminisation de la vieillesse, sera abordée. Suivra une section portant sur l'institutionnalisation et l'hébergement des personnes âgées incluant une présentation concise des différents types de milieux d'hébergement existant actuellement au Québec, un bref survol de la littérature concernant l'institutionnalisation des individus, ainsi qu'une discussion des divers facteurs de vulnérabilité des personnes qui demeurent en milieu d'hébergement et de la façon dont cette vulnérabilité influence le rapport au pouvoir des résidentes. Enfin, la dernière partie du chapitre sera consacrée à la pertinence sociale et scientifique de ce projet de recherche.

1.1 VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET FÉMINISATION DE LA VIEILLESSE

On l'entend partout : la société québécoise est vieillissante. L'augmentation de l'espérance de vie jumelée à une baisse du taux de natalité entraîne

progressivement un renversement de la pyramide des âges. Les personnes âgées représentent aujourd'hui 13% de la population québécoise et l'âge médian de la province, pour la première fois de son histoire, dépasse la barre des 38 ans (Statistique Canada, 2002). En réalité, le Québec est l'une des deux provinces canadiennes ayant la population la plus âgée et connaissant un vieillissement des plus accéléré. Parmi les aînés, ce sont les individus du très grand âge qui connaissent l'accroissement le plus spectaculaire : la population âgée de 80 ans et plus a augmenté de 42% entre 1991 et 2001, et les prévisions démographiques laissent envisager une hausse similaire d'ici 2011 (Statistique Canada, 2002).

Ce que l'on omet trop souvent de mentionner devant ces statistiques, c'est que la vieillesse est un monde de femmes. Soulignons d'abord l'omniprésence des femmes dans l'entourage des personnes âgées. Selon Thayer (2000), les femmes représentent plus de 95% des professionnelles appelées à intervenir auprès des personnes âgées (infirmières, travailleuses sociales, préposées, etc.), en plus de fournir 80% des soins informels. La féminisation de la vieillesse, c'est aussi la prévalence des femmes âgées par rapport aux hommes de leur génération. Selon Statistique Canada (2002), on rencontrait en 2001 soixante-quinze canadiens de 65 ans et plus pour cent femmes du même âge. Le tableau suivant montre comment cet écart entre les sexes s'accroît progressivement avec l'avancée en âge.

TABLEAU 1
*Ratio hommes / femmes chez les personnes âgées
de 65 ans et plus au Canada, en 2001*

Âge	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Ratio : nb d'hommes pour 100 femmes
65-69	543 830	589 800	92
70-74	461 785	547 430	84
75-79	338 820	474 850	71
80-84	192 640	323 495	60
85-89	91 435	190 360	48
90-94	28 020	77 075	36

95-99	5 385	19 840	27
100 et plus	740	3 060	24
TOTAL	1 662 655	2 225 910	75

Source : Statistique Canada (2002)

C'est donc dire que la population canadienne se féminise davantage au fur et à mesure que l'on avance en âge. Si bien que l'on compte déjà deux fois plus de femmes à partir de 85 ans et que l'on atteint un ratio de 1 homme pour 4 femmes centenaires. Au Québec, la situation est similaire : on trouvait en 2001 soixante-douze québécois pour 100 femmes de 65 ans et plus, et un homme pour cinq femmes centenaires (Statistique Canada, 2004).

La vieillesse est donc un univers féminin, mais que savons-nous de ces 595 000 québécoises âgées de 65 ans et plus? En vérité, nous ne les connaissons que peu. Ce que nous savons d'elles, ou plutôt ce que nous croyons en savoir, se teinte généralement des stéréotypes par rapport à la vieillesse, des préjugés fortement imprégnés dans l'imaginaire populaire et véhiculés entre autres par les médias : idéalisation de la jeunesse et de la productivité liée au marché du travail, sous représentation des personnes âgées, négation ou dénigrement de la perte d'autonomie... (Dubois, 1997). Or ces représentations sociales négatives du vieillissement affectent les femmes âgées d'une manière beaucoup plus marquée que les hommes (Garner, 1999; Charpentier, 1995). Tout comme pour les générations plus jeunes, le fait d'être une femme s'accompagne donc d'inégalités sociales aux conséquences importantes :

« Ces dernières années, le mouvement des femmes a pris suffisamment de pouvoir pour montrer au grand jour que nous sommes exploitées et humiliées non seulement à cause de notre classe sociale ou de notre race, mais aussi à cause de notre sexe. Nous commençons maintenant à entrevoir que, loin de s'améliorer, notre situation d'exploitées et de marginalisées s'aggrave avec l'âge » (Dupont, 1978 dans Dumont et Toupin, 2003 : 659)

Ainsi, les femmes âgées sont durement touchées par la pauvreté. Les données à ce sujet sont troublantes : alors que le revenu total moyen pour les hommes de plus de 65 ans se situe à près de 22 000\$ par année, celui des femmes âgées dépasse à peine 13 500\$ (Conseil des Aînés, 1997). Des facteurs structurels, liés au fonctionnement patriarcal de notre société, peuvent expliquer cette divergence au niveau des revenus : faible investissement du marché du travail par les femmes de ces générations; difficulté d'accès à des emplois réguliers, à temps plein et bien rémunérés; non reconnaissance du travail domestique et familial accompli tout au long de leur vie; inégalités fondamentales des régimes de pension (Charpentier, 1995). Sachant que près de 40% des femmes aînées vivent seules et donc sans apport financier du partenaire – contre seulement 18% pour les hommes –, ces maigres revenus les placent sous le seuil de la pauvreté (Santé Québec, 1995). Cette pauvreté représente, pour les femmes âgées qui résident dans une ressource d'hébergement, un facteur de fragilisation important, auquel s'ajoutent une vulnérabilité supplémentaire liée d'une part à leur situation de dépendance fonctionnelle plus ou moins marquée et d'autre part, aux représentations fortement négatives associées à ces milieux d'hébergement.

1.2 HÉBERGEMENT ET INSTITUTIONNALISATION

Les milieux d'hébergement pour les personnes âgées sont méconnus. Cette section vise à résumer les principaux éléments permettant une meilleure compréhension de la réalité de ces milieux, permettant la contextualisation du quotidien des femmes qui y demeurent. Une première section tentera de dresser le portrait de la structure actuelle du réseau québécois d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Suivra une brève recension des écrits portant sur l'institutionnalisation des individus et, enfin, sur la question du pouvoir dans le contexte de vulnérabilité des résidentes.

1.2.1 La diversification et la marchandisation des milieux d'hébergement

Déjà au début des années 1900, les personnes âgées en perte d'autonomie qui ne pouvaient compter sur le soutien de leur famille étaient accueillies par des hospices, mis sur pieds par des groupes religieux (Charpentier, 2002). Fort des assises de l'État-Providence et avec le développement des services de santé et des services sociaux, le Québec se dote, à partir des années 1970, d'un réseau d'hébergement public. Dès lors, ces centres d'accueil, qui deviendront plus tard les CHSLD, accueillent un nombre grandissant de personnes âgées, tant autonomes que dépendantes (Charpentier, 2002). Avec la récession des années 1980 cependant, on remet en question de notre capacité à soutenir les programmes sociaux mis en place au cours des décennies précédentes. Les services offerts aux individus âgés en perte d'autonomie deviennent rapidement l'un des principaux boucs émissaires des dépenses publiques. En 1988, le rapport Rochon en arrive déjà à des conclusions sévères sur l'état des services sociaux. Au cours des années 1990, deux réformes successives viennent réviser en profondeur la prise en charge des personnes âgées dépendantes : le virage ambulatoire met l'accent sur le maintien à domicile (CLSC) et on assiste à un fort mouvement de désinstitutionalisation (Mayer & Goyette, 2000). Depuis, la diminution du nombre de places en CHSLD publics en restreint l'accès aux personnes en très lourde perte d'autonomie. Comme le démontre Charpentier (2002), c'est parallèlement à ce désengagement de l'État que l'on peut observer, au cours des années 1980-1990, le développement accéléré des résidences d'hébergement privées, qui viennent combler les besoins d'un nombre grandissant d'aînés dont la perte d'autonomie ne justifie pas l'entrée en CHSLD, mais dont le maintien à domicile est devenu trop exigeant malgré les services offerts par le CLSC et le soutien de leurs proches.

En simplifiant, le Québec se trouve donc aujourd'hui devant un système d'hébergement scindé en deux, selon que les ressources sont publiques ou privées.

Dans les établissements publics, le prix du loyer (appelé « contribution de l'adulte hébergé ») est calculé selon un barème fixe basé sur les revenus des individus, à qui on laisse un minimum de 150\$ par mois pour leurs dépenses personnelles (Aubry, 2005). La principale forme de ressource publique demeure les CHSLD, qui accueillent un peu plus de 33 000 personnes au Québec (Aubry, 2005). Pour les personnes présentant une perte d'autonomie moins importante, le réseau public offre par ailleurs quelques 4 000 places dans des ressources intermédiaires ou familiales (Charpentier, 2002). Inutile de souligner qu'il s'agit là d'une offre de loin insuffisante pour répondre aux besoins des clientèles âgées, qui se tournent de plus en plus vers les résidences privées. Les documents gouvernementaux définissent ces établissements comme suit :

« 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 domestique ou à la vie sociale, à l'exception d'une installation maintenue par un établissement et d'un immeuble ou d'un local d'habitation où sont offerts les services d'une ressource intermédiaire ou d'une ressource de type familial » (Aubry, 2005 : 11-12)

Au-delà de cette définition générale, brosser un portrait fidèle qui rend compte de l'ensemble des résidences d'hébergement privées au Québec n'est pas chose facile. On observe en effet une grande diversité au sein des établissements, tant au niveau de leur taille (de deux à quelques centaines de résidentes), qu'à celui des services offerts (salle communautaire, activités, pastorale, coiffure, etc.) ou des coûts mensuels du loyer. Certaines détiennent un permis CHSLD, délivré par le gouvernement : on parle alors de CHSLD privé, conventionné ou non³. En 2005, plus de 2 500 résidences sont

³ Les CHSLD privés conventionnés fonctionnent de pair avec le réseau public d'hébergement : les résidentes y sont référées par les Agences et paient la même contribution mensuelle que dans un centre public. Les CHSLD privés non conventionnés fonctionnent comme toute résidence privée : ils gèrent eux-mêmes l'admission des individus et fixent le montant des loyers.

répertoriées au Québec (dont près de 2 200 sont à buts lucratifs) et elles hébergeraient près de 80 000 personnes âgées (Aubry, 2005).

Bien entendu, cette présentation dichotomique (privé-public) n'est en réalité qu'une simplification de la situation actuelle. On assiste depuis quelques années à une diversification des milieux d'hébergement qui tentent de s'adapter aux besoins de leur clientèle vieillissante. Les partenariats privé-public se multiplient sous diverses formes – hébergement temporaire, réservation de certains lits pour des mesures de désengorgement des urgences, de réadaptation ou de convalescence, etc. – si bien que les auteures parlent de plus en plus d'un métissage des établissements d'hébergement (Charpentier, 2004). Ainsi, on constate que plusieurs ressources se trouvent à mi-chemin entre le réseau de la santé et le marché lucratif : dans une même résidence, certaines chambres sont louées sur la base d'un bail (privé), alors que d'autres sont occupées par des patientes provenant du réseau public (hôpital surtout), moyennant le versement par l'État d'un montant quotidien pré-établi à la propriétaire. Notons par ailleurs l'émergence de ressources novatrices dans le domaine du logement issues des milieux alternatifs et communautaires (Charlebois, 1999).

1.2.2 L'institutionnalisation et la perte de pouvoir liée au contexte de vulnérabilité

Les écrits scientifiques qui traitent des milieux de vie collectifs pour les personnes âgées en perte d'autonomie mettent le plus souvent l'emphase sur les aspects négatifs de cette vie en communauté. L'un des textes fondateurs et incontournables concernant les milieux d'hébergement demeure « Asiles », publié en 1968 par Goffman. Il y décrit les asiles, que l'on peut considérer comme l'ancêtre des milieux de vie collectifs actuels, comme des « institutions totales », qui appliquent à l'individu « un traitement collectif conforme à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous les besoins » (Goffman, 1968 dans Mallon,

1998 : 110). Encore aujourd'hui, nombreuses sont les auteures qui font référence à ce concept ou à ses caractéristiques particulières lorsqu'elles abordent la question des milieux d'hébergement : surveillance continue et rétrécissement de la vie privée, traitement et prise en charge impersonnelle et déshumanisante, imposition d'activités et de routines quotidiennes artificielles, gestion collective et organisationnelle (Mallon, 2001; Puijalon et Trincaz, 2000; Griffin et al., 1999; Schuster, 1996; Grau et al., 1995; Pearson et al., 1993; Willcocks et al., 1987). Certaines parlent même de ségrégation des personnes âgées, rassemblées dans les centres d'hébergement comme en des ghettos, avec pour conséquence l'effritement de leurs liens sociaux et le sentiment d'évoluer « en-dehors » de la société (Beaulieu et Caron, 2000; Puijalon et Trincaz, 2000; Mallon, 1998).

Au cours des années 1990, une nouvelle approche vient faire contrepoids à la vision totalitaire des milieux d'hébergement : le concept « milieu de vie », bientôt soutenu par des orientations ministérielles (MSSS, 2003), présente une philosophie axée sur le respect des droits des résidentes.

« Peu à peu, un basculement, voire une révolution, s'opère dans la façon de considérer la personne âgée en institution, et initie un mouvement d'individualisation de la vie quotidienne, inégalement approfondi selon les établissements. [...] La volonté politique est à la 'normalisation' de la vie en institution. [...] [Mais] l'inertie dans le fonctionnement des institutions d'hébergement collectif est forte : les routines professionnelles, l'architecture souvent contraignante, les pensionnaires rendus dociles, sont autant d'obstacles à la définition de nouvelles conditions de vie au sein des maisons de retraite » (Mallon, 2001 : 173-174)

À l'instar de Mallon (2001), la plupart des écrits portant sur l'approche milieu de vie relatent les effets positifs de cette philosophie pour les résidentes, que ce soit au niveau de leur qualité de vie ou de leur *empowerment*, mais soulignent du même souffle les importantes difficultés d'arrimage entre la théorie et la pratique (Bickerstaff, 2003). L'implantation du concept « milieu de vie » demeure inégale d'une résidence à une autre. Même les milieux les plus novateurs se heurtent à des

obstacles majeurs dans leurs tentatives de mettre en application cette approche au quotidien (réorganisation du travail, manque de personnel, limites organisationnelles, etc.). Il devient parfois difficile de faire la part des choses entre d'une part les volontés ou les attentes individuelles des résidentes et, d'autre part, les besoins grandissants de l'ensemble des personnes hébergées.

Car effectivement, le profil des résidentes s'alourdit de plus en plus : que ce soit dans les institutions publiques ou dans les résidences privées, les milieux d'hébergement assistent depuis quelques années à un sévère alourdissement de leur clientèle. Dans les CHSLD publics au Québec, la majorité des résidentes et résidents ont plus de 85 ans; 63 % sont en très grande perte d'autonomie physique et la prévalence des déficits cognitifs oscille entre 60% et 80% (MSSS, 2003). La situation dans les résidences privées avec services, quoique plus diversifiée, se caractérise aussi par le vieillissement et la perte d'autonomie des personnes âgées qui y résident (Charpentier 2002 ; Bravo et al., 1997). À cette dépendance fonctionnelle plus ou moins marquée s'ajoute une vulnérabilité sociale trop souvent sous-estimée. Elle est reliée notamment au genre, mais aussi à l'ethnie, aux conditions économiques et à l'isolement social (Charpentier, 2002). Plus de la moitié des individus hébergés, et surtout les femmes, vivent sous le seuil de la pauvreté avec pour seul revenu leur pension de vieillesse (Charpentier, 2002). Cette précarité financière soulève d'ailleurs des questionnements éthiques fondamentaux quant aux inégalités sociales qui se profilent avec la privatisation grandissante des services d'hébergement. D'autre part, d'un point de vue relationnel et affectif, force est de constater qu'il y a, avec l'avancement en âge, un rétrécissement du réseau social qui accentue l'importance des personnes de l'entourage mais aussi la dépendance à celles-ci. Les relations entretenues quotidiennement avec les employées de la résidence prennent une importance capitale (Memmi, 1997; Grau et al., 1995). On comprend dès lors toute la complexité des rapports qui se tissent au sein de ces milieux de vie, rapports marqués

d'abord par la dépendance des résidentes, certes, mais aussi par l'attachement et l'affection.

Certaines auteures en viennent à dire que le processus de relocalisation lui-même, en déracinant l'individu de son environnement physique et social, entraîne la vulnérabilité des aînées en perte d'autonomie et dilue leur pouvoir (Schuster, 1996; Willcoks et al., 1987). Même pour les gestionnaires et les employées qui reconnaissent l'importance du respect des droits et de l'autonomie décisionnelle des résidentes, la nature des ressources d'hébergement rend parfois difficile la transposition de ces valeurs dans le quotidien :

« En dépit d'un engagement envers l'altruisme et l'auto-détermination des résidents et résidentes, le personnel est englouti dans la poursuite des objectifs de l'institution plutôt que de ceux des résidentes. [...] Il est clair que la mortification de l'individu s'opère de façon pernicieuse au nom d'objectifs tels que la sécurité, le paternalisme [*tender loving care*], la propreté et l'efficacité » (Willcoks et al., 1987 : x, préface de Powell Lawton; traduction libre).

En mettant l'accent sur les pertes et la dépendance, les milieux d'hébergement risquent de favoriser l'objectivation des résidentes, pour qui il devient de plus en plus difficile de maintenir leur identité et de se définir comme sujet (Beaulieu et Caron, 2000; Willcoks et al, 1987). Les représentations sociales entourant les ressources d'hébergement sont, aujourd'hui plus que jamais, particulièrement négatives (Bickerstaff, 2003) et par extension, les résidentes sont perçues (en continuité avec les rôles sociaux qui leurs ont été attribués toute leur vie) comme des personnes dépendantes, nécessairement passives et sans pouvoir, sans opinion et sans parole. Il faut admettre, en effet, que la voix des femmes âgées qui demeurent dans les milieux d'hébergement se trouve complètement exclue de la sphère publique. Pourtant, les résidentes demeurent les mieux placées pour parler de la vie en milieu d'hébergement : « Le concept d'expérience vécue prend racine dans une analyse qui

définit les personnes appartenant à un certain groupe social comme étant les expertes de ce qu'elles vivent » (Neysmith, 1995 : 108).

1.3 PERTINENCE DE L'ÉTUDE ET QUESTION DE RECHERCHE

Au-delà du sensationnalisme, des préjugés et des fausses croyances au sujet des ressources d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie, il demeure une préoccupation sociale fortement ancrée dans la population pour les conditions et la qualité de vie des résidentes (Charpentier, 2002; CDPDJ, 2001). Les risques d'inégalités sociales qui se profilent avec la privatisation des services d'hébergement inquiètent (CCNTA, 2002; Charpentier et al., 2000) et de plus en plus de groupes sociaux demandent un encadrement légal plus efficace des résidences privées. Au cœur de ces débats de société fondamentaux, la parole des principales concernées, celles des résidentes, se fait malheureusement peu entendre. Au niveau scientifique, la situation n'est guère différente :

« les chercheuses qui ont exploré l'expérience du vieillissement ont négligé l'aspect subjectif de la vie au grand âge pour se concentrer plutôt sur les attributs normatifs et les caractéristiques qui pourraient favoriser un 'vieillissement réussi' au niveau biologique, psychologique et social » (Calabrese, 1997 : 23, traduction libre).

Tentant de faire contrepoids aux théories du désengagement social, les gérontologues ont en effet, au cours des dernières années, porté beaucoup d'attention aux aînées autonomes. Cette démarche leur a permis de développer des théories positives du vieillissement qui, paradoxalement, occultent toute vulnérabilité liée au grand âge et ainsi, « [tendent] à reproduire, plutôt que de renverser, l'intolérance et le manque de respect que [les approches âgistes] montraient envers les personnes âgées » (Hummel, 2002 : 50). Une revue de la littérature démontre que les quelques chercheuses qui s'intéressent à la vision des personnes âgées en perte d'autonomie le

font généralement dans le contexte du maintien à domicile (Morell, 2003; Tannenbaum et al., 2003; Aronson, 2002). Outre les évaluations 'quantitatives et objectives' des soins et de la qualité de vie (Boldy et Grenade, 2001; Grau et al., 1995; Willcocks et al., 1987), les recherches réalisées en milieu d'hébergement se font rares. Bien que l'on remarque un intérêt nouveau pour les questions se rapportant au pouvoir des aînées en général (Wray, 2004), peu d'études se sont attardées à la façon dont le pouvoir s'exerce au quotidien dans ces milieux de vie collectifs (Heumann et al., 2001; Willcocks et al., 1987).

Enfin, malgré la féminisation de la vieillesse et la reconnaissance que le vieillissement se vit différemment pour les hommes et les femmes (Neysmith et MacAdam, 1999; Charpentier, 1995), l'application des théories féministes en contexte gérontologique est encore peu fréquente. Les féministes s'intéressent généralement aux problématiques qui concernent davantage les femmes plus jeunes (maternité, conciliation famille-travail, etc.), alors que les gérontologues portent peu d'attention aux questions de genre. Devant ce constat, de plus en plus d'auteures en appellent à un rapprochement entre le féminisme et la gérontologie (Ray, 1999; Garner, 1999; Hooyman, 1999).

Suite à ces constats et dans une perspective d'*empowerment*, nous souhaitons ici donner la parole aux femmes âgées demeurant en milieu d'hébergement. Considérant que « l'idéologie féministe ne doit pas encourager, comme le sexisme l'a fait, les femmes à penser qu'elles sont sans pouvoir » (Deveaux, 1994 : 242), notre démarche de recherche a comme postulat de base que les résidentes, bien que vulnérables sous certains aspects, ne sauraient être vues uniquement sous l'angle de la passivité. Ainsi, la question qui sous-tend ce mémoire est la suivante : Comment les femmes âgées qui demeurent en milieu d'hébergement perçoivent-elles leur pouvoir au quotidien et quelles sont les stratégies qu'elles utilisent pour l'exercer? La démarche s'articule autour de trois objectifs principaux : 1) comprendre le lien entre

la trajectoire de vie des résidentes et leur relation au pouvoir dans ces milieux de vie collectifs; 2) comprendre la conception du pouvoir que se sont construites les résidentes, de même que les stratégies qu'elles utilisent pour le conserver au quotidien; 3) soulever quelques pistes de réflexion entourant le renouvellement des pratiques auprès de ces femmes âgées.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

UNE PERSPECTIVE FÉMINISTE DE L'*EMPOWERMENT*

Le cadre théorique privilégié dans l'analyse d'une problématique sociale est crucial en ce sens qu'il conditionne, souvent inconsciemment d'ailleurs, notre vision du 'problème' et des solutions à envisager (Schuster, 1996). D'ailleurs, ces choix théoriques, qui peuvent sembler très abstraits, se transposent directement dans la pratique :

« Nous soutenons que la façon dont les concepts sont utilisés en gérontologie peut bénéficier ou nuire aux personnes âgées en général, et à certains groupes de femmes en particulier. Alors que les programmes basés sur les droits universels se rétrécissent [...], les définitions des besoins par les experts deviennent la base de l'allocation des ressources sociales » (Neysmith & MacAdam, 1999 : 7, traduction libre).

De là l'importance d'une bonne assise théorique dans toute démarche de recherche et d'une définition claire des concepts utilisés. Nous avons choisi d'adopter une perspective féministe en gérontologie. La première section de ce chapitre expose comment ce cadre permet de tenir compte des questions de genre et d'intégrer à la fois une lecture de la réalité subjective des femmes et une critique macrosociale qui se veut la base d'un renouvellement des pratiques sociales auprès des résidentes âgées. Le concept central à notre démarche de recherche, l'*empowerment*, est ensuite présenté selon les grands paradigmes qu'on lui a attribués en gérontologie puis sous un angle féministe.

2.1 FÉMINISME ET GÉRONTOLOGIE

Le féminisme est complexe: il s'agit à la fois d'un mouvement social, d'une approche d'intervention et de multiples écoles de pensée (féminisme radical, libéral, postmoderne, culturel, essentialiste, etc.). Ces courants féministes véhiculent des visions très différentes, voire parfois contradictoires, des rapports sociaux de sexe et du rôle du féminisme dans la société. Afin d'aborder la reprise de pouvoir des femmes âgées, il nous a semblé pertinent, parmi les grandes théories féministes, d'inscrire notre mémoire dans un cadre féministe structurel.

« Le féminisme analyse la façon dont les inéquités basées sur le genre sont créées et perpétuées ; il propose de nouvelles possibilités pour les femmes ; il inclut à la fois une critique sociale et, ultimement, un changement social » (Hooyma, 1999 : 115, traduction libre).

Les théories féministes structurelles, de nature contestataire, sont nées de la réalisation que les femmes, en tant que groupe social, sont victimes d'oppression et de discrimination. Dans le contexte des sociétés patriarcales, la notion de pouvoir s'est présentée comme étant fondamentale dans les revendications du mouvement des femmes qui se sont articulées autour de ce nœud central (Lemay, 2001). Dans les années 1970, alors que tout était à construire – ou plutôt à déconstruire – pour les féministes nord-américaines, les luttes se sont orientées vers les priorités des militantes de l'époque : les questions d'accessibilité au marché du travail, de l'imposition de la maternité et de la conciliation travail – famille (Dumont & Toupin, 2003). Jusqu'à récemment, les aînées ont été peu présentes dans les préoccupations des féministes. Encore aujourd'hui, les liens entre le féminisme et la gérontologie apparaissent précaires. Comme le souligne Neysmith (1995), les féministes n'ont investi que certaines 'problématiques' en gérontologie, notamment toute la question des aidantes familiales de même que celle de la sécurité financière des femmes âgées. Se faisant, elles ont laissé plus ou moins de côté les sujets liés notamment à l'hébergement et à la participation sociale des personnes âgées. Jonson et Akerstrom

(2004 : 54) soulèvent même, dans une réflexion sur les mauvais traitements à l'égard des femmes âgées, l'hypothèse d'une attitude âgiste au sein même du mouvement féministe :

« Nous croyons que l'absence et l'apparition tardive du féminisme en gérontologie peut s'expliquer par des traits âgistes au sein même du mouvement féministe. [...] Selon Rosenthal (1990), les critiques féministes des rôles sexuels ainsi que la contestation des théories sexistes sur la nature féminine n'ont pas inclus, de façon générale, les femmes âgées. Mises à part quelques exceptions, les féministes n'ont pas été en mesure de prendre conscience de leur propre attitude âgiste et de remettre en question les préjugés concernant les femmes âgées. [...] En demeurant insensibles à la question de l'âge, le féminisme a reproduit les valeurs dominantes centrées sur la jeunesse et a même exclu les femmes âgées de la catégorie 'femmes' » (traduction libre).

Au sein de la discipline gérontologique, on observe la même réticence par rapport à l'adoption d'une lecture féministe : « les inquiétudes et les priorités des femmes âgées ont souvent été exclues des recherches sur le grand âge, même si les femmes ont plus de chances de devenir vieilles que les hommes » (Wray, 2004 : 25, traduction libre). Dans les quelques travaux qui s'intéressent aux femmes âgées et qui relèvent les disparités entre les hommes et les femmes au grand âge, on hésite à nommer clairement les causes structurelles de ces inégalités et à s'approprier une lecture résolument féministe (Hooyman, 1999). Ce n'est qu'à partir du milieu des années 1980 que certaines auteures commencent à faire de véritables parallèles entre la gérontologie et le féminisme. Les gérontologues s'inspirent alors avant tout du féminisme socialiste, critiquant « le fait que la théorisation et la recherche en gérontologie ignorent systématiquement l'histoire et la structure des relations de genre » (Hooyman, 1999 : 115, traduction libre).

Les chercheuses constatent de plus en plus que le féminisme et la gérontologie sont des champs disciplinaires qui partagent de nombreux objectifs communs : la reconnaissance de la valeur intrinsèque des individus, le droit à un traitement

égalitaire en tant qu'être humain à part entière, de même que le soutien au processus d'*empowerment* (Garner, 1999). En effet, force est de constater que les facteurs structureaux de notre société patriarcale ont influencé toute la trajectoire de vie des femmes, incluant entre autres leur rapport au marché du travail et leur rôle au sein de la famille. Comme nous l'avons soulevé au chapitre précédent, cela ne peut qu'avoir des impacts réels sur leur vie au grand âge, non seulement au niveau de leur statut socioéconomique mais aussi, par extension, de leur santé et de leur milieu de vie (Hooyman, 1999). La théorie féministe permet de saisir comment l'expérience des femmes âgées a été interprétée selon des modèles théoriques androcentriques, avec pour conséquence le camouflage des impacts de la double discrimination âge/sexe (Sullivan, 2003).

Dans le contexte de ce mémoire, le féminisme apparaît être un cadre théorique des plus pertinents. Tout d'abord parce qu'il reconnaît l'importance, mais surtout la validité du vécu des femmes :

« La centralité de l'expérience des femmes dans la recherche féministe s'est traduite de différentes façons. L'emphase est mise sur le concept 'd'expérience vécue', qui prend racines dans une analyse supposant que les individus qui vivent quotidiennement les conséquences du fait d'appartenir à un groupe social particulier sont les experts dans ce qu'ils vivent » (Neysmith, 1995 : 108, traduction libre).

Les féministes soutiennent en fait que les femmes sont trop souvent objectivées : leur point de vue n'est pas investigué et on s'arroge le droit de « parler pour elles », en leur nom. Cette objectivation est particulièrement présente chez les aînées. Celles-ci ont grandi dans une société qui ne leur reconnaissait pas le statut de citoyennes à part entière, jouissant des mêmes droits sociaux et individuels que les hommes. Dans ce contexte, le féminisme vise à permettre aux femmes de se dire et de se définir elles-mêmes en racontant leur propre histoire. Se faisant, les féministes rejoignent les préoccupations des théories constructivistes et interactionnistes. Ces écoles de pensée postulent que les êtres humains, à travers leurs interactions et compte tenu des

contraintes sociales auxquelles ils sont soumis, se construisent une réalité subjective qui fait sens pour eux (MacRae, 1995). Appliquant ces réflexions à la gérontologie, Hazan (1994) réaffirme la nécessité d'aller chercher la voix des personnes âgées, les chercheurs ayant trop souvent assumé que leur propre expérience était interchangeable avec celle des aînées : « nous devons, si nous espérons comprendre leurs actions, examiner *leur réalité* et non *nos théories* » (Hazan, 1994 : 95, traduction libre). La reconnaissance d'une réalité multiple induit nécessairement une remise en question du positivisme et de l'objectivité prônée par la recherche traditionnelle. Cette réflexion sur la subjectivité de la chercheuse et l'importance à accorder à la parole des femmes, fondamentale pour la recherche féministe (Lemay, 2001 ; Morawski, 2001 ; Mason, 1997), est centrale dans le cadre de recherches auprès de femmes âgées qui, de par leur éducation, ont appris à garder leur opinion pour elles-mêmes et à laisser les hommes prendre les décisions (Garner, 1999).

Parallèlement à cette analyse interactionniste centrée sur la réalité subjective des femmes, le féminisme permet aussi, en demeurant fidèle à ses racines structurelles, une critique qui dépasse les frontières de la recherche scientifique pour s'étendre à la société en général et re-questionner les système et les institutions sociales. La reconnaissance de la validité de la parole des résidentes ne permet pas, selon nous, de faire l'économie d'une lecture plus large de la situation actuelle de l'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. D'ailleurs, force est de constater que, dans notre société patriarcale où les rôles sociaux liés aux soins aux proches dépendants ont de tout temps été dévolus aux femmes, celles-ci demeurent les premières touchées lorsqu'il est question des soins aux personnes âgées en perte d'autonomie. Comme le soulignent Barnes et Walker (1996), l'*empowerment* d'un groupe social ne devrait jamais résulter en l'exploitation d'un autre groupe. Il apparaît donc utopique de parler de l'*empowerment* des résidentes sans s'attarder aussi à celui des préposées aux bénéficiaires, employées très majoritairement féminines et aux conditions de travail peu enviables, à celui des propriétaires des petites résidences aux

moyens financiers limités, de même qu'à celui des aidantes familiales. Cette analyse macrosociale permettra de recadrer et de mieux comprendre le sens du discours des femmes tout en rendant possible une véritable réflexion sur le renouvellement des pratiques sociales auprès des aînées hébergées.

2.2 *EMPOWERMENT* : ESSAIS DE CONCEPTUALISATION

Le concept d'*empowerment* est apparu vers la fin des années 1970 dans le cadre des approches contestataires structurelles dénonçant les structures sociales et visant l'amélioration des conditions de vie des populations marginalisées (Damant et al., 2001). Depuis, l'*empowerment* a connu une prolifération impressionnante, si bien qu'il est aujourd'hui utilisé dans une multitude de disciplines allant du travail social à l'éducation, en passant par les sciences de la gestion ou de la santé. Les essais de traduction (reprise de pouvoir, autonomisation, pouvoir d'agir) s'ajoutent aux multiples définitions parfois contradictoires proposées par différents auteurs. Malheureusement, on ne peut que constater une certaine confusion au niveau de l'utilisation du concept dans la littérature (Summerson Carr, 2003; Viriot Durandal & Guthleben, 2002; Lévesque & Panet-Raymond, 1994). De façon générale cependant, l'*empowerment* est compris comme étant un processus qui vise à développer ou renforcer l'autonomie décisionnelle des individus et des groupes exclus ou marginalisés. Il s'agit du processus par lequel l'individu devient capable d'influencer l'aménagement et le cours de sa vie en prenant les décisions qui le concernent directement ou concernent sa communauté (Gutierrez, 1992).

2.2.1 L'application de l'*empowerment* en gérontologie

L'application du concept d'*empowerment* en gérontologie est relativement récente, mais les questions liées au pouvoir interpellent de plus en plus les intervenantes et les chercheurs qui s'intéressent au vieillissement. Les différentes conceptualisations de l'*empowerment* des personnes âgées proposées dans la littérature peuvent être regroupées selon quatre grands modèles : l'*empowerment* structurel, l'*empowerment* technocratique, l'*empowerment* des usagers du réseau de la santé et des services sociaux et enfin, l'*empowerment* au quotidien. Le tableau 2 présente de façon concise ces quatre paradigmes.

TABLEAU 2

Paradigmes de l'empowerment en gérontologie

<p><i>Empowerment structurel</i> (Viriot Durandal et Guthleben, 2002; Cormie, 1999)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Vision critique du système social; – Vise la reprise de pouvoir au niveau politique; – Discours adopté par différents regroupements de personnes retraitées
<p><i>Empowerment technocratique</i> (Damant et al., 2001)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Vise à augmenter la capacité d'adaptation des individus; – Tente de maintenir l'indépendance des personnes âgées par rapport aux services publics.
<p><i>Empowerment des usagers du réseau de la santé et des services sociaux</i> (Aronson, 2002; Barnes et Walker, 1996)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Propose l'auto-définition des besoins par les usagers, la collaboration dans l'intervention; – A inspiré la création des comités d'usagers et des comités de résidents
<p><i>Empowerment au quotidien</i> (Morin et al., 2003; Browne et al., 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – S'inspire des approches interactionniste et constructiviste; – Est centré sur l'individu : contrôle de son environnement personnel, de sa routine quotidienne, etc.

En continuité avec les racines du concept, *l'empowerment structurel* propose une lecture critique des structures sociales et vise la reprise de pouvoir au niveau politique :

« Il s'agit pour [les retraités], de manière individuelle ou à travers leurs organisations, d'inventer et de négocier un pouvoir de création et d'intervention dans l'espace public et de s'appropriier ou se réappropriier des rôles dans la construction sociale » (Virot Durandal & Guthleben, 2002 : 250).

Au Québec, différentes associations de personnes retraitées (FADOQ, AQDR) adoptent un discours clairement inspiré de ce paradigme de *l'empowerment* en luttant contre l'âgisme. Des initiatives au niveau international ont d'ailleurs démontré la pertinence de ce type d'*empowerment* et des projets novateurs ont permis de le mettre en application auprès de personnes âgées présentant des pertes d'autonomie importantes (Cormie, 1999).

L'empowerment technocratique, tel que décrit par Damant et al. (2001) dans le cadre de travaux auprès de femmes victimes de violence conjugale, vise pour sa part une plus grande capacité d'adaptation chez les individus, plutôt que la remise en question des institutions. Chez les aînées, cette forme d'*empowerment* repose sur le maintien de leur autonomie et favorise leur 'indépendance' par rapport aux services publics. On mise sur la responsabilisation des personnes âgées, de leur entourage immédiat et de leur communauté. Depuis les années 1990, avec la Commission Rochon et la philosophie du virage ambulatoire, le discours gouvernemental a été grandement teinté par l'approche technocratique de *l'empowerment*. Les réserves exprimées par Damant et al. (2001) quant à ce paradigme nous semblent particulièrement appropriées en ce qui concerne les services offerts aux personnes âgées : « Au nom de la capacité des personnes à se prendre en charge, on essaie souvent de justifier la réduction ou même la suppression des services auxquels elles ont droit » (Daman et al., 2001 : 138).

D'autres auteures s'intéressent pour leur part à *l'empowerment des aînées en tant qu'usagères du réseau de la santé et des services sociaux* (Aronson, 2002; Barnes & Walker, 1996; Gomm et al., 1993). Les relations avec les professionnelles du réseau prennent souvent une grande importance pour les personnes âgées en perte d'autonomie. De plus en plus d'auteures soutiennent en ce sens que ces rapports peuvent devenir déterminants dans la capacité des aînées à maintenir le contrôle sur leur vie. Ce type d'*empowerment* vise à favoriser l'auto-définition des besoins par les usagères, la collaboration et le partenariat dans l'intervention ainsi qu'une relation plus égalitaire entre les intervenantes et leurs clientes. C'est ce courant de pensée qui a inspiré la mise sur pieds des comités d'usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux et des comités de résidents dans différents milieux d'hébergement. Évidemment, il faut prendre garde que ces mécanismes de participation se traduisent en une réelle augmentation du pouvoir des usagères et non pas seulement en une rhétorique d'*empowerment* qui ne transforme pas les structures organisationnelles de prise de décision (Mc Call et al., 2001; Barnes & Walker, 1996).

Enfin, inspirées des approches interactionniste et constructiviste, certaines auteures proposent une conception de *l'empowerment au quotidien* : « La prise de pouvoir est souvent trouvée dans le quotidien. Cela provient du contrôle de notre espace personnel, d'être capable de le modifier et de choisir sa routine quotidienne » (Morin et al., 2003 : 17). La possibilité pour les personnes de verbaliser leurs désirs et d'organiser leur quotidien en fonction de leurs propres priorités devient fondamentale dans le processus d'*empowerment*. Les effets négatifs encourus chez les personnes évoluant dans des milieux de vie qui briment leur autonomie décisionnelle ont d'ailleurs été largement documentés :

« Personne ne devrait sous-estimer la colère et le ressentiment que les individus doivent ressentir lorsqu'on les empêche de faire ce qu'ils se croient en mesure de faire, tout spécialement si cela est fait pour leur propre bien par une personne qui n'a qu'une fraction de leur âge » (Browne et al., 2002: 290; traduction libre).

Le concept d'*empowerment*, tel qu'appliqué auprès des populations vieillissantes, se présente donc sous divers paradigmes qui induisent des lectures et des applications très différentes, sinon potentiellement opposées. Devant cette ambiguïté du terme, on en vient à se demander s'il ne s'agit pas d'un concept galvaudé. Pourtant, la notion d'*empowerment* est sans contredit porteuse, tant au niveau théorique que pratique, dans les situations où les individus sont, pour diverses raisons, privés de la liberté d'exercer pleinement leur pouvoir d'agir, comme dans le cas de la vie en milieu collectif d'hébergement (voir la section 1.1.3 portant sur le pouvoir en contexte d'hébergement).

2.2.2 L'*empowerment* féministe auprès des résidentes âgées

Nous considérons que l'*empowerment*, bien que très intéressant dans les réflexions et les interventions auprès des personnes âgées hébergées, doit faire l'objet d'une conceptualisation réfléchie qui tienne compte des particularités de cette clientèle en perte d'autonomie. Il s'agit de développer une conception de l'*empowerment* qui évite les dichotomies usuelles entre le pouvoir et la dépendance (Morell, 2003) et qui soit en mesure de refléter les stratégies d'*empowerment* improvisées par les résidentes à travers leur quotidien : de construire une définition du pouvoir qui ne soit pas nécessairement synonyme d'indépendance, mais qui reflète plutôt la possibilité de faire des choix et de les faire respecter. En ce sens, la définition suivante du pouvoir nous apparaît inspirante : « Le pouvoir, c'est la capacité d'agir ou de ne pas agir sans crainte des conséquences, quelle que soit la solution retenue » (Micheline De Sève, 1988 dans Lemay, 2001 : 27).

Pour une femme très âgée vivant en milieu d'hébergement, comment se transpose le pouvoir dans son quotidien ? Quelle signification revêt-il et de quelle façon veut-elle l'exercer ? L'approche féministe suggère, plutôt que d'imposer nos

réponses à ces questions fondamentales, d'aller chercher la voix des résidentes afin de tenter de comprendre le sens qu'elles ont construit du pouvoir à travers leurs expériences de vie, compte tenu de leurs valeurs et de leur culture (McCall, 2001). En réalité, cette vision de l'*empowerment* vise à respecter le premier pouvoir dont dispose les résidentes âgées, soit celui de définir leur propre existence, leurs besoins et leurs priorités : « le pouvoir de donner un sens à son expérience constitue en somme le premier pouvoir à retrouver » (Damant et al., 2001 : 143). Ce processus de « subjectivation », par lequel une personne construit le sens de l'expérience vécue⁴, est repris par plusieurs gérontologues qui rappellent que la voix des personnes âgées, et tout particulièrement celle des femmes âgées, est rarement entendue dans un espace social orienté vers la jeunesse, la santé et les hommes (Aronson, 2002; Ray 1999). Ainsi, en permettant la réappropriation de leur vécu quotidien et en affirmant la crédibilité de leur parole, le processus de recherche devient une partie intégrante du processus d'*empowerment* des participantes.

Cependant, afin d'éviter de sombrer dans un relativisme exagéré, il apparaît crucial d'associer à cette première lecture une vision féministe structurelle permettant une analyse macrosociale du pouvoir qui tienne compte des transformations majeures, et notamment de la privatisation, survenues dans le secteur de l'hébergement (voir le premier chapitre portant sur la problématique). Cette vision critique permet d'éviter une sur-responsabilisation des âgées en analysant les barrières structurelles à l'*empowerment* des résidentes : manque de ressources au maintien à domicile, places limitées en hébergement public, coûts associés aux résidences privées, etc. Comme le soulignent McCall et al. (2001), demander aux individus de prendre eux-mêmes une décision dans un contexte où ils n'ont que peu ou pas de choix possibles ne saurait être considéré comme étant de l'*empowerment*. L'*empowerment* des personnes âgées

⁴ Le processus de subjectivation se pose donc comme le contraire du processus d'objectivation (voir la section 2.1), par lequel les femmes deviennent l'objet du discours des hommes plutôt que le sujet actif de leur propre histoire.

ne dégage en rien la société de ses responsabilités envers celles-ci (Barnes et Walker, 1996). S'attarder à la question du pouvoir des résidentes sans porter un regard critique sur la société serait donc, selon nous, s'engager dans une réflexion tronquée et hasardeuse.

D'autre part, une analyse féministe structurelle permet une réflexion sur les processus d'*empowerment* différenciés selon le genre. En effet, la socialisation des femmes et des hommes de ces générations fait en sorte que leur rapport au pouvoir personnel est diamétralement différent :

« Plusieurs de ces femmes âgées ont été socialisée dès leur plus jeune âge à remettre toute prise de décision aux hommes, tout spécialement dans le domaine des finances, à garder leurs opinions pour elles-mêmes, et à placer les besoins de leur mari et de leurs enfants au-dessus des leurs » (Garner, 1999 : 6, traduction libre).

Lemay (2001) rappelle d'ailleurs que, d'un point de vue historique, l'expérience des hommes et des femmes par rapport au pouvoir a toujours été divergente, celle-ci étant reléguée par les forces sociales à un rapport de soumission au pouvoir masculin. Selon l'auteure, cette trajectoire historique influence, encore aujourd'hui, la relation au pouvoir des femmes. Enfin, considérant les facteurs de fragilisation des femmes âgées demeurant en milieu d'hébergement, tout particulièrement au niveau économique, la volonté de s'attarder spécifiquement à l'expérience du pouvoir des résidentes prend tout son sens.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

LA PAROLE DES RÉSIDENTES : UNE APPROCHE QUALITATIVE

Ce mémoire s'inscrit dans un projet de recherche plus large, intitulé *Paroles de résidents. Droits et pouvoir d'agir (empowerment) des personnes âgées en résidence et en centre d'hébergement*. Sous la direction de Michèle Charpentier, professeure à l'École de Travail Social de l'UQÀM, ce projet de 3 ans s'intéresse aux droits et à l'*empowerment* des personnes âgées (hommes et femmes) résidant dans différents milieux d'hébergement : CHSLD publics et privés, ressources intermédiaires, résidences privées, COOP d'habitation. De nature exploratoire et qualitative, la recherche se base sur des entrevues individuelles semi dirigées, réalisées auprès des résidents et résidentes (deux entrevues par personne). Étant assistante de recherche dans le cadre de ce projet, nous avons utilisé les données recueillies pour la rédaction de notre mémoire. Ce mémoire a pour apport spécifique de mener des analyses plus approfondies sur quelques entrevues et d'incorporer une lecture féministe du vécu des résidentes rencontrées.

3.1 SÉLECTION DES PARTICIPANTES

La recherche auprès des populations âgées en perte d'autonomie, surtout celles qui sont fragilisées ou marginalisées, présente souvent d'importants défis au niveau méthodologique. Robinson (2000) explique en effet que les gérontologues rencontrent fréquemment des problèmes de recrutement et de rétention, et que l'état

de santé physique et cognitif des participantes induit des difficultés supplémentaires : problèmes d'audition et de vision, douleurs, fatigue, désorientation ou troubles de mémoire, etc. Ainsi, la stratégie de sélection des sujets est particulièrement délicate dans une étude de ce type. Dans le cadre de la recherche *Paroles de résidents*, le recrutement a été réalisé par l'intermédiaire des milieux d'hébergement, sélectionnés de façon à refléter leur diversité : taille de la résidence, milieu culturel et socio-économique, etc. Les premiers contacts étaient donc faits auprès des propriétaires ou gestionnaires des différentes institutions, à qui l'on demandait d'identifier parmi leur clientèle les résidentes et résidents de 65 ans et plus qui seraient en mesure de participer à l'étude, tant sur le plan cognitif que physique ou émotif. Parmi cette liste, les personnes étaient choisies en fonction de la théorie des cas contraires de façon à obtenir un échantillon diversifié (âge, origine ethnique, niveau d'autonomie, durée de séjour).

Il va sans dire que le fait de passer par les responsables des milieux pour identifier les sujets potentiels constitue un risque de biais méthodologique. Celui-ci nous apparaissait cependant difficilement évitable. Il s'agit d'ailleurs d'une stratégie de sélection largement utilisée et reconnue par les chercheurs dans le cadre des études réalisées auprès de personnes âgées demeurant en milieu de vie substitués (Calabrese, 1997; Bravo et al., 1997). Soulignons d'autre part que des études ayant utilisé un processus de sélection purement aléatoire afin de construire leur échantillon parmi des personnes âgées hébergées ont démontré l'infaisabilité de cette approche étant donné la forte incidence des individus présentant d'importantes pertes cognitives (Pearson et al., 1993). Finalement, la collaboration des responsables au projet de recherche nous semblait essentielle pour diminuer les risques de représailles envers les participantes.

L'échantillon final du projet *Paroles de résidents* se composait donc de 20 personnes âgées (15 femmes et 5 hommes), qui ont été rencontrées à deux reprises

chacune. Nous avons personnellement mené les entrevues auprès de 8 personnes : 3 hommes et 5 femmes. Les autres entrevues ont été réalisées par notre collègue Nathalie Blanchard, travailleuse sociale.

Ayant choisi de privilégier une réflexion sur le vécu des femmes âgées dans une perspective féministe, nous n'avons retenu pour ce mémoire que les données recueillies au cours des entrevues avec les femmes. Parmi ces quinze femmes, deux ont été retirées de l'échantillon parce qu'elles habitaient dans des COOP d'habitation. Il nous a semblé que ces deux femmes, de par leur autonomie plus grande et le fait qu'elles n'avaient recours à aucun service lié à l'accomplissement de leurs activités quotidiennes (aide à l'alimentation, aux déplacements, à l'habillement ou aux soins d'hygiène), ne se trouvaient pas dans une situation comparable à celle des autres femmes de l'échantillon. Leur rapport au pouvoir s'en trouvait complètement modifié, notamment à cause de l'absence quasi-totale de dépendance vis-à-vis le personnel de l'établissement et des divers possibilités d'*empowerment* et de prise en charge collective du milieu que permettent généralement les COOP d'habitation. Le tableau 3 présente les caractéristiques des 13 femmes qui constituent l'échantillon de ce mémoire.

TABLEAU 3*Caractéristiques des femmes constituant l'échantillon final*

Âge	65 à 69 ans	70 à 79 ans	80 à 89 ans	90 ans et +
	0	3	4	6
Durée de séjour dans le milieu	Moins d'un an	1 à 2 ans	3 à 5 ans	Plus de 5 ans
	1	3	5	4
Type de milieu de vie*	RP	CHSLD privé	RI	CHSLD pub.
	9	1	1	2
Taille du milieu (nb résidents)	9 et moins	10 à 49	50 à 99	100 et +
	3	4	3	3

* Résidence privée (RP), centre d'hébergement et de soins de longue durée privé non conventionné (CHSLD privé), ressource intermédiaire (RI), centre d'hébergement et de soins de longue durée public (CHSLD pub.).

L'échantillon retenu dans le cadre de ce mémoire est donc constitué de 13 femmes âgées de 74 à 98 ans, vivant en résidence privée, CHSLD (public et privé) ou ressource intermédiaire. La majorité d'entre elles demeuraient depuis plus de 3 ans dans le milieu d'hébergement où nous les avons rencontrées. Il est important de souligner que quatre femmes se sont désistées après la première entrevue, ce qui représente le tiers de l'échantillon⁵. Spontanément, l'une d'entre elle a expliqué qu'elle n'avait « rien de plus à ajouter »; une autre nous a laissé entendre qu'elle n'était pas à l'aise de discuter de son quotidien, qu'elle ne voudrait pas que ses paroles soient « mal interprétées » et que cela cause des ennuis à la résidence ou à elle-même. Les deux autres n'ont pas fourni d'explication, mais il était évident que la première entrevue avait été éprouvante au niveau émotif. De façon générale, nous analysons ces désistements comme étant le symptôme d'un malaise profond chez ces

⁵ Soulignons à ce sujet que dans le cadre de la recherche-mère, aucun homme ne s'est désisté suite à la première entrevue.

femmes lorsqu'il s'agit d'exercer leur droit de parole et leur liberté d'expression, que cela relève de leur propre personnalité – façonnée depuis des décennies par la société patriarcale dans laquelle elles ont évoluées – ou encore du climat particulier de leur milieu d'hébergement (milieu subjectivement ou objectivement contrôlant). Compte tenu de ces refus, les données présentées dans ce mémoire se basent sur un total de 22 entrevues semi-directives auprès des femmes âgées.

3.2 MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES : L'ENTREVUE SEMI-DIRECTIVE

Afin de permettre aux participantes de se familiariser avec les procédures de la recherche et de développer un lien de confiance, nous proposons aux résidentes de réaliser deux entrevues, chacune durant en moyenne 45 minutes. Le tableau 4 présente les thèmes abordés au cours des deux entrevues semi dirigées réalisées auprès des résidentes (le canevas d'entrevue détaillé se trouve en annexe I).

TABLEAU 4
*Principaux thèmes abordés au cours de chacune
des deux entrevues auprès des résidentes*

Première entrevue	Deuxième entrevue
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trajectoire de vie ▪ Trajectoire de placement ▪ Accueil et intégration : ce qui a été le plus difficile et le plus agréable ▪ Journée typique aujourd'hui ▪ Conseils à une nouvelle résidente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Critères pour être bien en résidence ▪ Exercice des droits et pouvoir au quotidien (scénarios proposés au besoin): <ul style="list-style-type: none"> • liberté décisionnelle • accès aux soins requis • respect de l'intimité • protection contre les abus

Toutes les entrevues réalisées ont été enregistrées sur bande audio et retranscrites intégralement. Les verbatim ont ensuite fait l'objet d'une codification thématique systématiquement contre vérifiée par une autre membre de l'équipe de recherche. Nous avons personnellement réalisé la première ou la deuxième codification de toutes les entrevues utilisées dans le cadre de ce mémoire. Des portraits analytiques ont par la suite été rédigés pour chaque participante. Ces analyses verticales plus en profondeur nous ont permis de saisir dans sa totalité le discours des résidentes et de reconstruire celui-ci à la lumière de nos interprétations analytiques. Comme le souligne Mercier (1994) au sujet du traitement des données qualitatives,

« Peu importe la procédure, l'analyse de cette documentation constitue presque toujours le principal écueil. [...] Ce n'est pas parce que le chercheur laisse aux narrateurs une certaine latitude dans l'élaboration de leur parole qu'il doit, par la suite, s'abstenir de toute forme d'interprétation ou d'extrapolation. [...] Il en va de l'habileté, de la rigueur et de la finesse du chercheur pour traduire, au-delà du sens que donne le narrateur, le contenu du récit et en arriver à une interprétation féconde. » (Mercier, 1994 : 109-110).

Une attention rigoureuse a été apportée aux portraits intra cas réalisés pour ce mémoire, afin de rendre le plus fidèlement possible ce qui nous apparaît être l'essence du discours des résidentes. Enfin, des analyses transversales ont été réalisées. Par le biais de ces analyses comparatives, nous avons été en mesure de mettre en lumière les similarités et les disparités entre les expériences rapportées par les résidentes et, ainsi, de faire ressortir un certain nombre de pistes de réflexion visant le renouvellement des pratiques auprès des femmes âgées qui demeurent en milieu d'hébergement.

3.3 LIMITES DE L'ÉTUDE

Tel que soulevé précédemment, l'utilisation d'une stratégie de recrutement à deux niveaux, qui implique de recourir aux responsables des ressources afin

d'identifier les participantes potentielles à l'étude, constitue un risque de biais méthodologique. Les réserves face au projet de recherche étaient palpables lors des premiers contacts avec les milieux, craintes probablement exacerbées par le climat médiatique et les scandales mis à jour dans les ressources d'hébergement. De nombreuses démarches se sont soldées par un refus des responsables, avant même que l'équipe de recherche ne puisse entrer en contacts avec les résidentes. Cette difficulté à rejoindre les personnes âgées hébergées et à pénétrer l'univers clos de certains milieux d'hébergement confirme la position d'isolement et de vulnérabilité des personnes qui y demeurent. Comme nous l'avons souligné plus tôt, ce biais de recherche nous semble incontournable lorsque l'on considère la réalité de ces milieux d'hébergement et des clientèles qu'ils accueillent : la participation des responsables des milieux apparaît primordial dans une optique de réduction des risques de représailles envers les participantes. Mentionnons, par ailleurs, qu'une fois les objectifs du projet clairement exposés, les propriétaires et gestionnaires qui ont accepté de participer à l'étude ont fait preuve d'enthousiasme et d'une grande ouverture, nous indiquant même parfois des résidentes qui éprouvaient des 'difficultés d'adaptation' ou qui semblaient moins satisfaites de leur milieu de vie.

L'échantillon sur lequel s'appuie ce mémoire a été construit selon la théorie des cas contraires en fonction de critères de diversification des milieux et des résidentes. L'apport de cette recherche se situe davantage au niveau d'une compréhension plus fine des réalités plurielles des femmes âgées hébergées, et non pas d'une généralisation des résultats. Notons cependant que la saturation théorique a été atteinte sur plusieurs aspects, permettant tout de même une généralisation prudente des résultats. Des entrevues supplémentaires auraient été nécessaires pour mieux cerner, par exemple, l'influence du statut privé/public des milieux ou encore l'impact de l'origine ethnique et de la culture des femmes sur leurs stratégies d'*empowerment*. De même, soulignons que la méthodologie proposée ne permet pas de tenir compte du point de vue des résidentes qui présentent des pertes cognitives

importantes. Seules les femmes qui étaient en mesure de tenir un discours cohérent, de comprendre les questions et d'articuler verbalement des réponses compréhensibles ont été retenues. La voix des femmes inaptes n'est donc pas entendue dans le cadre de cette étude, comme elle aurait pu l'être avec une méthodologie basée sur l'observation, par exemple. Il importe aussi de mentionner que le témoignage des femmes rencontrées n'était pas exempt de censure. La situation de vulnérabilité liée à la vie en milieu d'hébergement ainsi que la peur des représailles peuvent augmenter chez certaines résidentes l'effet de désirabilité sociale et la réticence à faire des commentaires 'négatifs' (Robinson, 2000; Pearson et al., 1993). Il peut aussi, tout simplement, être difficile de parler de soi et de trouver les mots pour décrire son quotidien, surtout pour ces femmes souvent peu éduquées et à qui on a rarement demandé formellement l'opinion (MacRae, 1995). En ce sens, les formalités entourant la recherche universitaire (signature d'un formulaire de consentement et enregistrement de la rencontre) ont semblé particulièrement intimidante pour certaines femmes, malgré notre souci d'en expliquer la nature et la fonction.

Enfin, nous tenons à soulever les limites induites dans cette étude par le fait que nous sommes, en tant que chercheuse, une jeune femme dans la vingtaine. En voulant saisir la réalité de ces femmes âgées et malgré notre volonté affirmée de respecter leur parole, nous ne pourrons jamais nous défaire complètement de nos propres cadres de références dans l'analyse de leur discours. De là la volonté d'explicitement clairement notre position personnelle dès l'introduction de ce mémoire.

« La subjectivité du chercheur en tant qu'acteur social avec ses caractéristiques de genre, de classe, d'appartenance ethnique et culturelle, est vue non seulement comme inséparable du processus de construction et de production des données mais également comme une ressource en tant que telle dans le processus de connaissance. » (Poupart et al., 1997 : 331)

Dans le cadre d'une réflexion sur l'*empowerment* et la parole des résidentes âgées, il apparaît particulièrement paradoxal que nous revienne ce pouvoir immense de présenter des analyses et des réflexions sur une réalité qui n'est pas la nôtre. De là

l'importance de faire preuve de rigueur dans l'analyse des entrevues réalisées, en tenant compte de la trajectoire de vie des résidentes, afin de rendre le plus fidèlement possible l'essence de leur discours.

3.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Peu familières avec les formalités qu'implique ce type de recherche – signature d'un formulaire de consentement, enregistrement de l'entrevue, etc. –, les femmes rencontrées semblaient pour la plupart intimidées, parfois même craintives par rapport au processus de participation à l'étude. Dans ce contexte, les procédures visant à clarifier les objectifs de la recherche et à obtenir un consentement éclairé de la part des participantes prennent toute leur importance. Tout d'abord, étant donné que les gestionnaires ou propriétaires des milieux détenaient un rôle clé en tant qu'intermédiaire entre l'équipe de recherche et les résidentes, une rencontre était prévue avec elles afin de leur expliquer clairement le projet et de leur faire signer un formulaire de consentement (voir annexe II). Lors de la prise de contact avec les résidentes, un dépliant présentant de façon vulgarisée les objectifs et la méthodologie de la recherche leur était remis (voir annexe III) et les informations pertinentes leur étaient transmises. Les résidentes qui se montraient intéressées à participer au projet étaient invitées à prendre connaissance du formulaire de consentement (voir annexe IV) et un rendez-vous était fixé pour la première entrevue. C'est lors de cette première entrevue que le formulaire de consentement était signé, accordant aux résidentes un délai suffisant pour prendre une décision réfléchie. Un consentement verbal, enregistré sur cassette audio, a été utilisé à quelques reprises en remplacement du consentement écrit : certaines résidentes, qui démontraient clairement un intérêt pour le projet et une compréhension des implications pour elles, demeuraient réticentes à signer des documents. Pour ces femmes âgées, dont le pouvoir de signer pour elles-mêmes a été relégué au père et au conjoint pour la majeure partie de leur

vie, il peut en effet s'agir de procédures insécurisantes. Il s'agit d'ailleurs d'une façon de faire utilisée dans le cadre de d'autres projets de recherche similaires (Calabrese, 1997). À tout moment, les résidentes étaient libres de cesser leur participation à la recherche. Certaines ont, par exemple, refusé de réaliser la seconde entrevue pour diverses raisons. Elles étaient alors chaleureusement remerciées pour leur temps et leur collaboration.

Dans une perspective d'*empowerment*, cette étude offrait de nombreux avantages aux participantes : il s'agissait pour elles d'une opportunité d'exprimer leur point de vue sur leur situation, de se sentir entendues et de reprendre ainsi du pouvoir sur leur propre vie. De nombreuses auteures confirment que les personnes âgées se sentent généralement valorisées par la participation à des recherches qualitatives portant sur leur quotidien (Charpentier, 2002; Schuster, 1996). Cependant, tout particulièrement suite au climat d'insécurité qui découle des récentes vagues médiatiques entourant des situations abusives et intolérables dans certains milieux d'hébergement, l'équipe de recherche était consciente du stress ou du malaise qu'aurait pu induire les rencontres. L'équipe avait pris soin de se préparer une banque de références, qui auraient pu être transmises aux résidentes qui en auraient exprimé le besoin : CLSC, lignes de soutien et d'écoute, Ligne Info-Abus, etc. Soulignons que ces références n'ont finalement jamais été utilisées puisque la situation des personnes que nous avons rencontrées ne le justifiait pas. Enfin, rappelons que les risques de représailles envers les participantes de la part des responsables des milieux semblaient minimes, étant donné leur implication dans le processus de recrutement et la confidentialité des propos tenus par les résidentes. Conservées dans les locaux de recherche, les cassettes des entrevues n'étaient accessibles qu'aux membres de l'équipe et des noms de code ont été associés à chaque résidente lors du traitement et de la diffusion des données. Dans le chapitre suivant, qui présente les principaux résultats de recherche, les femmes sont donc présentées sous des pseudonymes, afin de préserver leur anonymat.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

LE TÉMOIGNAGE DES FEMMES ÂGÉES HÉBERGÉES

Tout particulièrement dans ce chapitre qui vient présenter l'analyse des propos recueillis, nous avons le souci de transposer le plus fidèlement possible la parole des femmes que nous avons eu le privilège de rencontrer et qui ont généreusement partagé leur quotidien. Nous espérons que la richesse de leur témoignage saura se révéler à travers les extraits de verbatim intégrés dans cette présentation, qui se divise en trois grands thèmes. Tout d'abord, il semblait essentiel de recadrer l'expérience d'hébergement de ces femmes du grand âge dans la continuité de leurs histoires personnelles. La première section de ce chapitre porte donc sur leurs longues trajectoires de vie, influencées notamment par les rôles sociaux traditionnels. La perception qu'ont les résidentes de leur milieu de vie est ensuite abordée, soulevant notamment l'importance des liens sociaux qui s'y tissent. Enfin, la question de l'*empowerment* et des stratégies que ces femmes âgées développent au quotidien dans ce contexte de dépendance est présentée.

4.1 VIES MARQUÉES PAR LES RÔLES SOCIAUX TRADITIONNELS

Lorsqu'on rencontre des femmes du grand âge qui demeurent en milieu d'hébergement, nous ne rencontrons pas que des « résidentes ». Elles sont d'abord et avant tout des femmes qui ont accumulé une très grande expérience de la vie. Elles sont nées pour la plupart d'entre elles dans les années 1920 et ont assisté à des

changements sociaux majeurs : elles ont traversé la grande crise économique des années 1930, elles ont vu leur conjoint quitter pour la guerre, elles ont assisté à la laïcisation progressive de la société québécoise. En outre, elles ont grandi à une époque où les droits des femmes, en tant qu'individus et citoyennes, étaient largement brimés. Elles ont vécu, et parfois participé activement, à la naissance du mouvement féministe au Québec et aux luttes menées pour faire reconnaître les droits des femmes : obtention du droit de vote, accès aux niveaux supérieurs d'éducation et au marché du travail, décriminalisation de l'avortement et disponibilité accrue des méthodes contraceptives. Toutes ces années de vie et de lutte, pendant lesquelles ces femmes ont développé des stratégies pour améliorer leurs conditions de vie, sont essentielles pour saisir pleinement leur rapport actuel au pouvoir dans leur quotidien en milieu d'hébergement. Au cours de nos entretiens, les résidentes ont d'ailleurs parlé longuement de leur passé. Leur discours témoigne de l'importance des rôles sociaux traditionnellement dévolus aux femmes, principalement ceux d'aidante et de mère. Si la plupart les ont endossés tout au long de leur vie, certaines s'y sont opposées et ont pu, malgré les obstacles, intégrer le marché du travail.

4.1.1 Des aidantes à tout âge

Les pressions exercées pour se conformer aux prescriptions sociales entourant le rôle féminin d'aidante sont extrêmement fortes et la vie de plusieurs des femmes rencontrées en a été marquée. Rappelons-nous que jusqu'à récemment, les théories essentialistes demeuraient pratiquement incontestées : le « *caring* » était considéré comme un domaine intrinsèquement et naturellement féminin et il se trouve, encore aujourd'hui, à la base de la construction identitaire d'une majorité de femmes âgées (MacRae, 1995). C'est bien souvent sans remise en question sérieuse que la majorité des participantes ont intégré cette vision de leur rôle d'aidante et ce, dès leur plus jeune âge.

« À 4 ans, mes grands-parents, mes oncles et deux de nous autres, on a eu la grippe espagnole. J'étais petite, je n'avais que 4 ans. Ils étaient tous dans le lit, pas capable de bouger. Puis moi, je montais sur la table, ils me disaient ouvre la porte d'armoire, prend telle bouteille, telle bouteille. En fin du compte, c'est moi qui les ai soignés! Ça fait 86 ans... » (Mme Arsenault, 89 ans)

Ainsi, près de la moitié des femmes avaient au cours de leur vie endossé des responsabilités d'aidante, que ce soit suite à des problèmes de santé de membres de leur famille ou encore pour venir en aide à des amis et des proches.

« J'avais une amie de femme qui travaillait avec moi. Ça c'est une histoire que je n'oublierai jamais. [...] Un soir, elle m'a dit 'o.k., je veux te parler'. Quand elle m'a dit qu'elle était en famille, c'est pareil comme si ça avait été une de mes sœurs. Ça m'a donné un coup, là. Je n'aurais jamais cru, c'était une bonne fille... À la fin du compte, j'ai demandé aux enfants : il fallait que je donne la chambre de mes enfants, j'étais pas pour la faire coucher dans le salon. Elle restait chez moi, puis je l'ai aidé. On n'était pas riches mais elle mangeait presque toujours avec moi. Elle est restée trois ans puis après, elle l'a fait garder par sa sœur. Après, elle s'est mariée avec un Suisse puis elle a eu deux autres enfants. Elle ne m'oublie pas. » (Mme Caron, 79 ans)

« [La mère de mon mari], on l'a gardée jusqu'à la dernière minute. Ses deux frères ne voulaient pas garder leur mère. Mon mari a dit 'Maman, tu restes avec nous autres'. On s'est marié et sa mère restait avec nous autres. [...] Elle m'aimait beaucoup et moi aussi. J'aimais mon mari, alors j'aimais sa mère! » (Mme Ibrahim, 92 ans)

Au-delà de responsabilités sporadiques assumées temporairement, le rôle d'aidante s'inscrit pour la plupart dans une vision du monde où l'entraide, la solidarité et surtout l'abnégation de soi sont centrales et semblent « aller de soi » pour les femmes : « On aurait dit que c'était dans moi, qu'il fallait que j'aide » (Mme Arsenault, 89 ans). Provenant souvent de familles très nombreuses, ces femmes ont développé très tôt une philosophie de vie marquée par les sacrifices. Le bien-être de leur famille ou de leurs proches semblait justifier toute privation individuelle, comme le traduisent les extraits suivants. C'est ainsi que le rôle d'aidante a eu un impact majeur dans la vie de certaines participantes, qui en sont venues à modeler

complètement leur vie et leur avenir autour de cette fonction sociale qui les définissait parfois presque complètement.

« Je ne me suis pas mariée, par contre j'ai eu soin de mes parents qui étaient malades. Je ne suis jamais sortie, alors je ne me suis pas mariée... Ma mère a été malade longtemps, quatre à cinq ans... Oui... Ma mère, puis mon père, puis mon frère après... Puis après ça, je me suis retrouvée toute seule et là, c'est moi qui suis tombée malade. [...] Sur une famille de 21 enfants, je suis la dernière. Et puis en étant la dernière, mes sœurs avaient toutes des grosses familles et elles ne pouvaient pas prendre soin de ma mère... » (Mme Laberge, 74 ans)

« J'ai sorti 6 ans avec lui. J'ai dit 'moi, je ne laisse pas mon père et ma mère. Si tu ne veux pas prendre mon père puis ma mère, va-t-en. Je n'ai pas couru après toi, c'est toi qui a couru après moi!'. Toujours que... Il a dit 'si je prends ton père puis ta mère, vas-tu me marier?'. J'ai dit oui. » (Mme Navaro, 98 ans)

« Ma sœur qui était plus jeune que moi, elle allait à l'école. [...] J'ai dit : 'Vas-y à l'école toi, puis moi je vais rester avec maman'. Ça fait que je suis restée de bon cœur. Malgré que ça me faisait de la peine. Moi, j'ai toujours aimé aller à l'école, puis je ne me serais pas mariée s'il y avait eu des classes. Mais... » (Mme René, 93 ans)

Se posant généralement en continuité avec ce rôle d'aidante, celui de mère s'impose de façon particulière dans la vie des femmes âgées qui nous ont beaucoup parlé de leurs enfants.

4.1.2 Le rôle de mère : fiertés et épreuves

Les femmes que nous avons rencontrées dans le cadre de cette recherche ont eu en moyenne deux enfants, la plus grande famille comportant cinq naissances (dont un enfant décédé après quelques heures). Trois participantes n'avaient eu aucun enfant; de celles-ci, l'une avait été mariée mais avait choisi, avec son conjoint, de ne pas avoir d'enfants. À cet égard, l'échantillon de l'étude est peu représentatif des

femmes de cette génération, qui avaient pour la plupart des familles plus nombreuses. Les enfants et les petits-enfants étaient toutefois très présents dans le discours de ces femmes âgées. Elles en parlaient avec beaucoup de fierté, soulignant qu'ils étaient « bien élevés » et qu'ils avaient été très soutenant pour elles lors des moments difficiles (perte du conjoint, hospitalisation, démarches entourant le placement, etc.). La majorité d'entre elles se disaient encore très proches de leurs enfants, avec qui elles entretiennent des contacts assez fréquents.

On comprend cependant, à travers le récit de leur vie, que pour ces femmes âgées l'importance du rôle de mère ne découle pas seulement de la fierté qu'elle en retire mais aussi, paradoxalement, des épreuves qu'il leur a imposées. Chez certaines, ce sont les naissances qui se vivaient difficilement. Pour une femme en particulier, à la souffrance d'un premier accouchement extrêmement difficile s'est ajoutée la douleur du décès de son fils. Le récit qu'elle fait de cet accouchement, marqué par la solidarité entre les femmes de la famille, démontre bien le contexte dans lequel se vivaient les grossesses à cette époque. Malgré de sérieuses contre-indications médicales et des accouchements toujours difficiles, elle a eu quatre autres enfants, tentant de satisfaire le désir de son conjoint d'avoir un fils.

« J'étais malade, là, je vomissais avec du sang. Ça fait que maman est venue me voir. [...] Elle a dit : 'on va aller voir le docteur'. Dans ce temps-là, ils n'étaient pas forts sur les docteurs. Puis après ça bien, j'ai été jusqu'au septième mois, j'ai été malade. [...] Quand j'ai eu mon bébé, bien le docteur est venu. Comme de raison, il n'a pas fait l'accouchement tout de suite, il était trop fatigué. Il s'est couché. [...] Mes belles-sœurs étaient là. [...] Ça m'a fait mal, moi je ne connaissais pas ça. [...] Ça fait que toujours finalement, il a fallu qu'il mette les fers, il m'a toute déchirée. [...] J'avais vingt-et-un an. [...] C'était mon premier bébé. Ils m'ont dit que c'était un garçon. Il est décédé dans le passage... [...] Ils m'ont dit que je n'aurais jamais d'enfants, par rapport que j'étais trop brisée, vous comprenez. [...] Mais j'ai eu trois filles de suite. Puis après ça, j'ai eu un garçon. Je voulais avoir un garçon parce que si mon mari n'en avait pas, 'il n'aimera pas ça s'il n'a pas de garçon'. [...] Ça fait que finalement, j'ai dit : 'on va essayer d'en avoir un autre'. Le docteur me l'avait défendu. » (Mme René, 93 ans)

Pour d'autres, les difficultés sont survenues au moment du décès de leur conjoint qui, en plus de les laisser en deuil, les propulsait à la tête d'une famille monoparentale. Élever seule des enfants, à une époque où les femmes travaillaient peu et pour des salaires diamétralement inférieurs à celui des hommes, a été une grande épreuve pour ces femmes. Elles en parlent encore avec une certaine émotion.

« Mon mari c'était un bon. Je l'ai beaucoup pleuré et je le pleure encore. [...] Ça été très dur. Je continuais à travailler de 4 heures à minuit. J'ai trouvé ça très dur. Ma fille était encore chez nous et puis mon deuxième aussi. [...] J'avais mon loyer à payer. Le couvant de ma fille. [...] Une chance que [mon fils aîné] travaillait et me donnait une petite pension. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

Pour la majorité des participantes, la conjugaison entre le rôle de mère – présenté la plupart du temps comme leur rôle principal – et celui de travailleuse n'était pas aisée. Bien que le concept de « conciliation travail-famille » ne soit apparu que bien plus tard dans les discours et les revendications féministes, il s'agit d'une réalité qui est bien présente dans le discours de ces femmes âgées.

4.1.3 Un rapport intermittent et mitigé avec le marché du travail

La vaste majorité des femmes rencontrées avait occupé un emploi rémunéré à l'extérieur de leur domicile, à un moment de leur vie. Combinant de nombreuses tâches (ménagères, domestiques, celles associées à leur rôle de mère, d'aidante puis de travailleuse), elles occupaient la plupart du temps des emplois à temps partiel, souvent dans des domaines liés à la vente ou au travail en manufacture. Le mariage a signifié pour plusieurs une sortie définitive du marché du travail. Les pressions sociales étaient en effet très fortes pour que les femmes, tout spécialement celles qui étaient mariées, demeurent à la maison. Quelques participantes ont exprimé clairement que leur absence du marché du travail était la conséquence directe d'un

refus de leur conjoint. Pour certaines, le retour sur le marché de l'emploi ne s'est concrétisé qu'au décès de leur mari. Pour d'autres, des contraintes financières importantes ont justifié une recherche d'emploi. Le salaire d'appoint qu'elle pouvait fournir à la famille devenait l'argument décisif pour convaincre le mari.

« Mon mari ne voulait pas que je travaille. Il trouvait que j'avais assez d'ouvrage à la maison. 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. » (Mme Beauchamp, 87 ans)

« Mon mari, après sa première crise cardiaque, a été 6 mois sans travailler. Mon mari ne voulait pas que je retourne travailler. J'avais 52 ans. Il me disait que je ne devais pas aller travailler. Je lui ai répondu : 'Six mois sans aller travailler, l'argent ne nous sortira pas par les oreilles!' Il fallait que j'aie travaillé. Mon plus vieux travaillait déjà, mais il m'en restait deux encore à la maison. J'ai dit 'le temps que tu vas être en convalescence'. On ne pouvait pas être six mois à piger sur ce qu'on avait gagné, alors je suis allée travailler. Et puis, mon mari est mort subitement. J'ai continué à travailler jusqu'à 65 ans. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

Malgré tous les obstacles et les contraintes auxquelles elles étaient confrontées, certaines femmes, qui se décrivent d'ailleurs comme des personnes fonceuses et au caractère fort, ont réussi à faire carrière dans des domaines peu conventionnels. L'une, très éduquée, a travaillé dans des laboratoires de recherche; une autre a occupé un emploi en comptabilité. Deux femmes ont même été propriétaires d'entreprises. Leur discours est empreint de fierté et elles parlent de leur carrière comme d'une victoire.

« J'avais un bon poste. Une compagnie suédoise, s'il-vous-plaît! Et ils s'occupaient bien de moi. Ils m'ont même appelée [au décès de mon conjoint] et le président m'a dit 'si vous avez besoin d'argent, n'hésitez pas à venir...'. J'étais chef comptable. » (Mme Lord, 94 ans)

« Moi, j'ai acheté mon magasin. [...] Quand j'ai acheté, mon docteur ne savait pas, je ne lui en ai pas parlé. Quand je suis allée chez le docteur, il me demande : 'Qu'est-ce que vous faites?'. Bien, j'ai dit 'je me suis acheté un magasin'. Il a dit 'Ah! Vous vous êtes acheté un magasin? Si je l'avais su, je ne vous l'aurais pas laissée acheter, vous n'êtes pas capable de tenir un magasin'. Je lui ai répondu : 'Je l'ai depuis 12 ans!' [...] C'était un gros

magasin. Puis j'avais des commis. On travaillait, on travaillait... » (Mme René, 93 ans)

Bien que toutes uniques et particulières, il faut donc retenir des trajectoires de vie de ces femmes âgées qu'elles ont été, à des degrés variables, marquées par les rôles sociaux sexués, principalement ceux d'aidante, de mère et de travailleuse. Certaines ont endossé avec facilité et plaisir les rôles qu'on leur imposait : elles se sont présentées comme des femmes généreuses, soucieuses du bien-être de leurs proches. La trajectoire des autres, minoritaires, se pose en réaction à ces rôles traditionnels. Elles ont lutté et ont surmonté de nombreux obstacles afin de revendiquer une autre identité, celle de travailleuse, et même de femme de carrière. Au-delà de la construction de leur identité personnelle, c'est toute leur conception de leur place dans la société qui se reflète dans leurs récits de vie. C'est dans cette optique que leur trajectoire de vie devient indissociable de leur présent. En effet, la perception de ces femmes âgées par rapport à leur quotidien au sein des milieux d'hébergement se pose le plus souvent en continuité avec l'identité qu'elles se sont forgée au cours de leur vie.

4.2 REGARDS FÉMININS SUR LE QUOTIDIEN EN MILIEU D'HÉBERGEMENT

Les milieux d'hébergement sont généralement perçus comme étant des « univers inconnus » et des « espaces clos » (Puijalon et Trincaz, 2000 : 175 et 227). Faute de contacts avec ces milieux, ce que l'on sait, ou plutôt ce que l'on croit savoir de la vie quotidienne des personnes qui y habitent, se teinte fortement des représentations sociales négatives véhiculées dans notre société, entre autres par les

médias⁶. Cette section des résultats vient faire contrepoids à ces images construites de l'extérieur en proposant de s'attarder au point de vue des résidentes elles-mêmes. Dans quelles circonstances sont-elles arrivées dans ce milieu? Quelles relations entretiennent-elles avec les employées et les autres résidents et résidentes? Somme toute, quelle est leur appréciation générale de leur milieu de vie?

Soulignons d'entrée de jeu que les témoignages recueillis ne laissaient pas entrevoir de divergence significative entre les discours des femmes demeurant dans des milieux privés par rapport aux centres publics. Ce constat, qui peut paraître surprenant pour certains observateurs extérieurs, se trouve confirmé par le fait que plusieurs participantes n'étaient pas en mesure de dire clairement si elles se trouvaient dans un établissement privé ou public. Les analyses présentées dans ce chapitre ne tiennent donc pas compte de cette variable et, par souci de préserver l'anonymat des extraits présentés, nous n'identifions les participantes que par leur nom fictif accompagné de leur âge, sans mention de leur milieu d'hébergement.

4.2.1 La violence symbolique des trajectoires de « placement »

Tel que souhaité par les politiques publiques et démontré dans plusieurs études (MSSS, 2003; Charpentier et al., 2004-2000; Conseil des aînés 2000), les femmes que nous avons rencontrées semblent être demeurées dans leur domicile « le plus longtemps possible ». En ce sens, l'entrée en milieu d'hébergement est généralement conçue comme une nécessité, une dernière solution, plutôt que comme un véritable choix, toutes les alternatives ayant été épuisées.

« Ce n'était plus 'restable' à la maison. [...] J'étais toujours inquiète. J'étais toujours sur le stress. [...] Moi, à la maison, je n'étais plus capable. Des fois,

⁶ Rappelons à ce sujet les vagues médiatiques de la fin de l'année 2003, entourant le scandale du CHSLD Saint-Charles-Borromée (Paré, 2003) ou encore, plus récemment, celui du CHSLD Meilleur (Beauchemin, 2006)

[mon mari] s'échappait, il ne voulait plus se laver, il ne voulait plus laver ses dents. C'est moi qui m'en occupais tout le temps, tout le temps. C'était dur à la fin... » (Mme Caron, 79 ans)

« Des fois ça me fait de la peine, mon logement et tout ça, je pense à ça des fois, mais je sais que je ne peux pas retourner en arrière. [...] Je ne pourrais pas rester toute seule. Ma fille là, c'était rendu qu'elle allait faire ma commande et là elle s'en venait à la maison pour la recevoir et serrer les choses. Tu sais, ce n'est pas des farces. » (Mme Parent, 82 ans)

Une seule répondante a expliqué que la décision de venir habiter en milieu d'hébergement avait été le résultat d'une prise de conscience personnelle. Ne voulant pas être un fardeau pour son conjoint qui s'occupait d'elle, elle a elle-même entrepris les démarches nécessaires.

« Il avait de la difficulté, je le comprends là... [...] J'ai dit 'oui, là lui, il n'est plus capable'. Le lendemain, j'ai dit 'bon, là tu vas venir me reconduire, je vais aller visiter des centres d'accueil'. Ça surprend un petit peu là! Tu dis ça là, puis lui ne s'en attend pas! » (Mme Green, 77 ans)

Pour toutes les autres, il semble que ce soit le sentiment de ne plus avoir d'autres options qui les a poussées à emménager dans une ressource d'hébergement. D'autant plus que le contexte dans lequel cette décision difficile s'est prise n'a généralement pas permis de faire une longue réflexion. En effet, plusieurs participantes ont expliqué que le déménagement, affreusement appelé « placement », s'était fait très rapidement et dans une période déstabilisante, suite au décès du conjoint ou à une hospitalisation subite par exemple. Cela s'est malheureusement traduit, pour une majorité de ces femmes âgées, en un manque de contrôle sur les événements.

« C'est parce que j'ai tombé. J'avais le bassin cassé. Je venais de fêter mon 90. Ils m'ont envoyée à l'hôpital. Là, le médecin a dit : 'vous ne restez plus toute seule'. Ça fait que je ne suis pas rentrée dans mon appartement, c'est mon amie qui a tout vidé ma maison. » (Mme Dumoulin, 93 ans)

Dans ces conditions, les femmes âgées sont parfois dépassées par les événements et la situation est prise en charge par leurs proches, ou encore par les

professionnels de la santé qui sont appelés à les côtoyer⁷. Ainsi, les démarches pour trouver une chambre sont souvent menées par les proches, qui visitent quelques milieux et en recommandent un à leur parente âgée. Si bien que la vaste majorité des femmes que nous avons rencontré n'avaient pas visité elles-mêmes le milieu d'hébergement avant d'y emménager définitivement⁸.

« Mes filles sont venues voir et le lendemain, j'emménageais. Elles avaient vu et elles avaient dit 'bon, on va essayer ça' » (Mme Lord, 94 ans).

« Ça s'est fait tellement vite. Mes deux filles, elles ont resté bêtes elles aussi, elles ont eu un gros choc. Moi de casser maison et puis eux autres de tout ramasser en vitesse. Elles ne connaissaient pas ça. Tu ne t'attends pas à ça. Et puis c'est arrivé comme ça... Et puis j'étais en bas [au sous-sol de cette même résidence] pour commencer, il n'y avait pas rien d'autres. C'était au sous-sol, il y avait juste une commode et puis une chaise. Et puis le lit, comme un lit d'hôpital. Ma fille me contait ça, elle a dit 'maman, quand on a vu ça, la chambre... on a pleuré toutes les deux'... [Madame est un peu émotive...] Mais ça ne fait rien, ça s'est replacé... Elles sont venues visiter à ma place. Elles ne m'ont pas amenée, je ne sais pas pourquoi, parce que je n'aurais pas pris ça moi. En arrivant, j'ai fait une demande pour avoir une autre chambre. » (Mme Parent, 82 ans)

L'opinion des proches, surtout des enfants, semble prendre une grande importance lorsque vient le temps de considérer la possibilité d'emménager en résidence d'hébergement. Lorsque questionnées sur les motivations de leur choix, plusieurs répondent spontanément qu'il avait été motivé, du moins en partie, par les inquiétudes de leurs enfants à leur égard : « Mon garçon m'a dit : 'Maman, il faut que tu penses à te placer. Nous on est inquiets.' » (Mme Ibrahim, 92 ans). Reconnaisantes, certaines femmes se sont fiées entièrement au jugement de leurs enfants dans cette période difficile de leur vie et ont apprécié leur présence et leur soutien.

⁷ À ce titre, l'influence du médecin traitant semble particulièrement importante. Plusieurs femmes ont expliqué qu'elles avaient quitté leur domicile après que leur médecin leur ait « défendu » de rester seules.

⁸ Ce constat était d'ailleurs généralisé pour tout l'échantillon de la recherche *Paroles de résidents*. Des 20 personnes âgées qui ont été rencontrées, près des deux tiers n'avaient pas visité elles-mêmes la résidence dans laquelle elles demeuraient.

« 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. [...] La plus vieille est professeure alors elle est bonne pour m'aider là-dedans. »
(Mme Beauchamp, 87 ans)

« 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'. »
(Mme Caron, 79 ans)

Dans certaines situations, ce souci du bien-être et de la sécurité s'est transformé en ingérence dans la vie de la mère, qui s'est vue imposer la décision du « placement ». Le témoignage de ces femmes est alors fortement teinté de résignation. Le ton est parfois amer, comme pour cette dame qui s'est sentie trahie par ses enfants.

« Ce sont [mes enfants] qui m'ont placée. Mais moi, je ne voulais pas. Ils me disaient : 'Voulez-vous?'. Je n'étais pas capable de leur dire non. [...] Je sentais que je ne voulais pas rester ici. Qu'ils me laissaient là. Mais je n'étais pas capable de le dire. » (Mme René, 93 ans)

Ainsi, pour la majorité des participantes, le processus entourant le changement de milieu de vie et l'entrée en ressource d'hébergement a été synonyme de perte de contrôle et de pouvoir. Le peu d'autonomie décisionnel exercé par ces femmes âgées est en effet frappant dans le récit de leur trajectoire de placement. Pour certaines plus que d'autres, cette étape de leur vie renferme une grande violence symbolique, dans la mesure où leur droit fondamental de choisir leur milieu de vie a été brimé. L'un des exemples les plus frappant de ce déni réside dans l'histoire d'une femme qui, après une hospitalisation d'urgence durant laquelle elle a connu une période de confusion, s'est retrouvée dans un centre d'hébergement qu'elle n'avait pas choisi. C'est alors qu'elle a réalisé que toutes ses possessions, y compris la maison paternelle qu'elle habitait depuis toujours, avaient été vendues.

À cette atteinte aux droits fondamentaux de ces citoyennes aînées s'ajoute la violence du déménagement, qui signifie non seulement la perte du lieu qu'elles considèrent leur « chez soi » et d'une grande partie de leurs effets personnels, mais

aussi de leurs amis : « Tout le monde du bloc, une bonne vingtaine de personnes, nous attendait en bas. C'est là que j'ai pleuré. Je n'étais pas capable. Je pleurais puis je les regardais, puis je disais 'bonjour, bonjour' » (Mme Caron, 79 ans). Ainsi, la coupure avec le passé est vécue comme un deuil particulièrement intense. Les unes le vivent dans la résignation et parfois l'acceptation. Les autres témoignent de la difficulté qu'elles ont à faire la paix avec cette nouvelle vie en milieu d'hébergement et leurs propos se teintent de regrets, d'amertume, parfois même de désespoir.

« Il faut s'adapter. Il faut se résigner et se dire : 'Maintenant, ça c'est terminé!' Avoir une maison et de rester chez soi, c'est terminé, il faut passer à d'autres choses. » (Mme Fournier, 84 ans)

« Il faut le vivre, parce qu'on est obligé de le vivre. Nous sommes vieux. Nous ne sommes plus capable de vivre seuls. [...] Il faut se dire, je suis pris, je vais me contenter de ce que j'ai et je vais prier le bon Dieu pour qu'il vienne me chercher au plus vite. C'est ça. C'est ça que je veux. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

« Mais, ce n'est pas si mal. J'ai dit à la plus jeune de mes filles '*moman* s'est faite une idée. D'abord, je ne peux pas revenir en arrière. Mais, je ne pleure pas. Je peux avoir les yeux dans l'eau des fois, mais je ne pleure pas' [madame a effectivement les yeux dans l'eau en disant cela]. » (Mme Parent, 82 ans)

Loin d'être un déménagement « comme les autres », l'arrivée en milieu d'hébergement doit plutôt être comprise comme une perte de contrôle par rapport à son propre avenir et à ses choix de vie, comme le deuil d'un passé à jamais révolu. Pour certaines, la période d'adaptation à leur nouveau milieu de vie s'est relativement bien vécue et on sent, malgré quelques regrets, que leur deuil à ce niveau est résolu. Somme toute, malgré la violence des trajectoires qui les a conduites en résidence pour personnes âgées, la majorité des femmes que nous avons rencontrées disent apprécier leur milieu de vie, un milieu qui convient à leur condition de santé actuelle.

4.2.2 « Je suis bien ici, mais... »

Globalement, la majorité des participantes se disent satisfaites de leur milieu de vie. Elles y retrouvent un sentiment de sécurité et disent recevoir les soins que leur état de santé requiert.

« Je ne suis pas déçue d'être venue ici, parce que c'est propre, et puis on a un bain partiel ou une douche à tous les jours. » (Mme Lord, 94 ans)

« Alors, moi je n'ai pas à me plaindre. J'aime la nourriture, le personnel est gentil. Je n'ai pas à me plaindre. [...] Je n'haïs pas ça. J'ai été habituée à me soumettre à toute sorte de situations. Alors, pour moi, c'est la vie. En autant qu'on a de bons repas, puis un peu de considération. » (Mme Lafrance, 96 ans)

Comme nous le verrons dans la section suivante, elles apprécient particulièrement les contacts chaleureux qu'elles entretiennent avec le personnel et avec certains autres résidents et résidentes. Après le choc initial du déménagement, la plupart se sont donc bien adaptées à leur nouvelle vie. Cependant, ce discours très positif apparaît parfois comme une simple façade. Il ne s'agit pas ici de remettre en question l'évaluation subjective que les répondantes ont exprimée par rapport à leur milieu. Il faut toutefois prendre acte du fait que cette appréciation positive comporte ses limites et ses nuances. Par exemple, chez une répondante en particulier, un décalage marqué se faisait sentir entre l'appréciation très positive du milieu et les anecdotes rapportées. Les contradictions pouvaient même être présentes à l'intérieur d'une même phrase, comme le démontre l'extrait suivant. La réticence à faire des commentaires négatifs à l'endroit de la ressource d'hébergement, dont nous reparlerons dans la section 4.3, peut probablement expliquer, du moins en partie, cette distorsion.

« Je trouve que c'est bien ce qu'ils font, on a des beaux services. Ils viennent voir ma position à une heure le soir et après, ils viennent à cinq heures, mais cette nuit, ils ne sont pas venus. J'étais couchée toute croche. Ils n'ont pas voulu me réveiller, ils disaient que je ronflais. Je leur ai dit 'réveillez-moi parce que j'étais toute croche, j'ai mal tout partout après'. La garde m'a apporté des calmants puis ça s'est passé. » (Mme Caron, 79 ans)

De même, le fait d'être satisfaites de leur milieu de vie n'empêche pas ces femmes d'exprimer, de façon unanime, qu'elles ne s'y sentent pas chez elles. La

résidence apparaît alors comme un moindre mal qui, somme toute, leur convient assez bien étant donné leur état de santé : « On n'a plus notre chez nous, on ne vit pas à notre rythme, mais on vit au rythme des autres. [...] J'accepte mon sort. » (Mme Lafrance, 96 ans).

« C'est entendu que j'aimerais mieux vivre chez moi. [*Assistante de recherche* : « Ici ce n'est pas chez vous? »] À date, ce n'est pas encore chez moi. Mais, sachant que je ne peux pas vivre chez moi, c'est impossible, je n'ai pas le choix : il faut que je vive en résidence. Alors, à ce moment-là, j'essaie de m'adapter aux exigences qu'ils ont et puis d'organiser ma vie pour que mes journées soient bien remplies et non pas des journées ennuyantes. » (Mme Fournier, 84 ans)

Ces témoignages reflètent, malgré l'impression marquée de ne pas être « chez soi », une acceptation, sinon un certain optimisme, par rapport à cette situation. Chez d'autres répondantes cependant, ce sentiment s'accompagne de regrets.

« Il faut y penser à deux fois avant de s'en venir dans une résidence. Moi, j'aime ça... Par contre, si c'était à refaire, je serais restée dans mon appartement. Mais je ne peux plus... [...] Je leur dirais [à de nouveaux résidents] d'y penser à deux fois et de se mettre dans la tête qu'ils s'en viennent pour la balance de leurs jours. S'ils n'aiment pas ça, c'est fait... C'est fait. Ils ne peuvent plus retourner dans leur chez eux. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

Pour deux résidentes, l'amertume de ne plus être chez elles est décuplée par une appréciation négative de leur milieu de vie actuel. Les entretiens avec ces femmes ont été particulièrement émotifs et difficiles. Leur discours est imprégné de résignation, d'impuissance et d'abdication. Leurs propos laissent entendre qu'elles se conçoivent comme étant des prisonnières, sans espoir de voir leur situation s'améliorer⁹. À la question « c'est comment de vivre en résidence pour vous? », l'une d'entre elles a répondu :

⁹ Les « prisonniers » sont d'ailleurs l'un des quatre profils types qui ont été élaborés à partir du témoignage des résidents et résidentes concernant leur pouvoir d'agir en contexte d'hébergement, et qui sont présentés dans le rapport de recherche *Paroles de résidents*. (Charpentier et Soulières, 2006).

« S'il faut dire la vérité, on dit la vérité : il n'y a pas grand-chose d'intéressant. Je ne peux pas m'habituer à aimer la place. [...] Ce n'est pas drôle. C'est loin d'être drôle. Je me dis toujours 'je ne sais pas combien de temps que je vais être ici?' [...] Je ne peux pas m'y faire [silence, pleure]. » (Mme René, 93 ans)

Ces évaluations très négatives demeurent le fait d'une minorité de participantes. Les résidentes que nous avons rencontrées expriment, de façon générale, une appréciation assez positive de leur milieu de vie, bien qu'elles affirment ne pas s'y sentir réellement chez elles. Au cœur de l'appréciation de leur milieu de vie, il apparaît que les liens sociaux qui se tissent, d'une part avec le personnel et d'autre part avec les autres résidents et résidentes, sont fondamentaux.

4.2.3 L'importance des liens sociaux dans les milieux

La majorité des participantes insistent sur l'importance pour elles d'entretenir de bonnes relations avec tout le monde dans le milieu. Ce discours se place en continuité avec les rôles sociaux traditionnellement dévolus aux femmes et qui sont centrés sur le maintien de relations interpersonnelles harmonieuses. Les témoignages de bonne entente, d'affection et même d'amitié avec le personnel sont fréquents. Plusieurs femmes ont aussi exprimé beaucoup d'admiration pour le travail accompli par les préposées, souvent surchargées et très appréciées par les résidentes.

« La propriétaire, c'est une femme merveilleuse. Elle a tellement de travail... [...] Et puis elle est jeune : elle a le même âge que ma petite-fille! [...] Elle est très agréable. Et son mari! Il est gentil. Quand il vient, il arrive toujours dans le cadre de ma porte et me dit 'je ne peux pas parler longtemps, je vais devoir y aller, mais j'ai pensé venir vous dire bonjour!'. [rires] Un homme très gentil. » (Mme Lord, 94 ans)

Évidemment, les relations avec certaines employées sont plus tendues : « Il y en a une couple qui sont très gentilles, là. La seule chose, il y en a une couple d'autres... »

(Mme Dumoulin, 93 ans). Bien que les employées qui posent problème semblent faire figure d'exception, certaines femmes ont rapporté à ce sujet des situations qui sont une source de stress et d'anxiété. On peut même parler, dans certains cas, de mauvais traitements (abus physiques, violence psychologique) :

« Il y en a qui pourraient être plus polies... Celle qui travaille aujourd'hui, elle est bien bonne mais... elle est tellement *rough*. [...] Et puis elle me tire [fait un geste comme si elle se fait tirer par le bras], et elle ne pense pas que je peux tomber. Alors, il y en a qui ne sont pas très attentifs, vous savez... On découvre lesquels. On a en quelques-uns ici. » (Mme Lord, 94 ans)

« Il y a juste la cuisinière, parce que c'est un petit peu plus difficile pour les repas. Parce qu'il n'y a rien qui l'agace plus que quand on ne mange pas qu'est-ce qu'elle nous sert. Tu sais... Elle a dit à ma voisine : 'elle en mangeait l'autre fois, elle en a mangé!'. Là bien, elle ne voulait pas le manger. Alors [la cuisinière] a dit 'bien je n'ai pas d'autre chose!' [sur un ton très sec]. » (Mme Parent, 82 ans)

Les difficultés surviennent aussi avec les nouveaux employés, ou encore avec les personnes qui sont envoyées par les agences privées¹⁰. Ainsi, plusieurs déplorent le manque de stabilité et le fort roulement qui est observé au sein du personnel des milieux. Ces nouveaux visages sont déstabilisants et insécurisants pour les résidentes.

« [En chuchotant] Les employés, tu as des employés stables, mais là, il n'y a pas deux semaines où il n'y a pas une employée nouvelle... Il faut s'adapter aux employés et il faut qu'ils s'adaptent à nous autres. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

« C'est arrivé une fois que les infirmières que tu engages dans les centres... Tu sais, des fois il manque d'infirmières et ils en font venir une en-dehors [des agences privées]. Je ne la connais pas. Puis elle ne connaît rien. Comme moi j'étais bien habituée, elle cherchait des chambres, puis moi je lui disais tout : telle chambre, tel étage. Elle passait les médicaments, ça va bien. Elle rentre dans la chambre, avec une boîte : 'bon, on va vous donner votre insuline'. 'Écoutez-là, je ne fais pas d'insuline là moi là, ça va faire, qu'est-ce qui se

¹⁰ Les milieux font parfois appel à ces agences privées pour pallier un manque de personnel temporaire (congés ou maladies d'un employé, par exemple). L'agence envoie donc des préposées ou des infirmières dans différentes ressources d'hébergement, pour des assignations généralement de très courte durée (une journée ou quelques jours).

« passe là? » [rires] J'avais l'air d'une vraie folle! C'est des choses de même qu'on a des fois. » (Mme Green, 77 ans)

Quant aux liens que les participantes entretiennent avec les autres résidents et résidentes, ils semblent être plus fragiles. Il est vrai que les tensions ouvertes, les désaccords ou les mésententes restent rares; le discours des femmes porte d'abord sur la bonne entente qui règne dans le milieu. Une femme compare même la résidence à une grande famille : « On est comme des frères et des sœurs ici. Moi, je m'adonne avec tout le monde » (Mme Caron, 79 ans). Quelques répondantes réfèrent même à des affinités particulières, de l'entraide ou de l'amitié entre les résidents et résidentes.

« Il y avait une demoiselle qui était aveugle. En descendant, j'arrêtais l'ascenseur et puis je la prenais au quatrième. Puis je la descendais avec moi à la salle à dîner. Elle dînait avec moi... [...] Je l'aidais, elle me prenait par le bras et puis on marchait ensemble, on dînait à la même table. Alors... Faut s'entraider, hein... » (Mme Navaro, 98 ans)

« Le plus agréable... ce sont les gens! Parce que il y a de très grands malades, mais la plupart, ils vous saluent à chaque fois qu'on les voit. Peut-être, ils ne parlent pas beaucoup mais ils vont vous saluer. Moi aussi, comme de raison! Si c'est possible, je leur adresse la parole, et puis, ils vont me répondre. » (Mme Fournier, 84 ans)

Assez rapidement cependant, on remarque que les anecdotes quotidiennes que les femmes nous racontent se posent parfois en contradiction avec cette vision harmonieuse des relations avec leurs pairs. Les répondantes expriment une certaine réticence à se lier d'amitié avec les autres résidents et résidentes, craignant leur départ ou leur décès. Elles préfèrent éviter de développer des liens significatifs avec leurs pairs et s'en tiennent à des contacts plus superficiels (salutations, courtes discussions, etc.).

« Moi, je les ai toutes perdues une après l'autre là. Il reste à peu près quatre personnes que j'ai connues, que quand j'ai rentrée. [...] C'est tout changé ce monde-là. Ça a eu le temps de changer, deux fois, trois fois. Puis là, on se regarde, 'lequel qui va partir!' [rires] [...] C'est pour ça qu'il ne faut pas trop s'attacher. [...] On se parle de même, mais ce n'est pas des amis. Parce que tu ne sais jamais quand est-ce qu'elle va partir. » (Mme Green, 77 ans)

« Il y en a deux que je m'entendais très bien avec. [...] Et puis, en fin du compte, j'étais contente on était ensemble, on jouait aux cartes... J'aime à jouer aux cartes. Et puis, elles sont décédées. Ça, ça m'a fait bien de la peine... On s'attache beaucoup, et puis après ça, bien c'est dur... Comme là, il y en a une, une de mes grandes amies, elle est ici dans le moment pour un mois [en convalescence]. [...] Et puis quand elle va partir, je vais pleurer encore... » (Mme Laberge, 74 ans)

D'autres femmes ont souligné la difficulté de vivre en permanence dans un milieu de vie collectif. La promiscuité avec leurs pairs exacerbe les tensions, les incompatibilités de caractère ou de style de vie. Par exemple, une participante était choquée par le comportement hautain d'une autre résidente, qui se vantait d'avoir fait des études. Bien qu'elle tentait de l'éviter ou de l'ignorer, la vie en résidence l'obligeait à subir les remarques désagréables de cette femme, qui logeait sur le même étage et qui prenait tous ses repas à la même table : « Vous savez, il y a des limites à ce qu'on peut endurer. Vivre avec ça tout le temps... non. » (Mme Lord, 94 ans). Pour une autre, c'est le bruit continu de la radio de son voisin qui posait problème.

« On n'est pas mal traités, c'est entre les résidents... C'est ça que j'ai trouvé le plus difficile. Parce que j'avais un voisin, son radio marchait jour et nuit. J'étais à côté : 'comment je vais faire pour dormir moi?'. Ça a duré deux ans et demi. Tu ne peux pas empêcher les autres... [...] C'est ça qui a été mon problème. » (Mme Green, 77 ans)

Mais par-dessus tout, il semble que, pour ces femmes âgées, la confrontation quotidienne avec la maladie et les pertes des autres résidents et résidentes est l'aspect le plus difficile de la vie en milieu d'hébergement. On pourrait penser qu'il s'agit là d'un effet « miroir » et que les femmes y voient le reflet désagréable de leurs propres pertes. Pourtant, la plupart des répondantes se dissocient d'emblée des autres, qu'elles présentent comme étant des « malades ». On comprend à travers leur discours que pour elles, leur autonomie provient du fait qu'elles ont encore « toute leur tête ». Le fait de côtoyer tous les jours des gens qui présentent des pertes cognitives importantes, qui s'accompagnent souvent de comportements dits « perturbateurs »

(errance, agressivité, désinhibition sexuelle, etc.), est particulièrement pénible pour les résidentes. Il s'agit d'ailleurs d'un aspect de leur quotidien que les participantes ont toutes abordé d'une façon ou d'une autre.

« Lorsqu'on arrive dans une maison d'hébergement, il y a une période d'adaptation. [...] Vous rencontrez beaucoup de monde. Ils sont tous des personnes malades. Alors, moralement, psychologiquement surtout, c'est un peu spécial. Il faut s'y faire. On n'a pas le choix. » (Mme Fournier, 84 ans)

« Bien moi, je me mélange pas beaucoup, hein. Il y en a une qui parle au cendrier dans le passage. Ça fait que moi, je ne parle pas au cendrier. [silence] Non. [...] Il y en a qui se promènent, ils sont tellement perdus, ils se déshabillent puis ils se promènent partout. C'est du monde qui font de l'Alzheimer, c'est de valeur. [...] Un soir ça m'a adonné que j'ai entendu du bruit. Elle [une résidente] était rendue dans ma chambre de bain. Il y en a qui se promènent toute la nuit. [...] Je sonne, 'venez la chercher!'. » (Mme Dumoulin, 93 ans)

En résumé, nous devons donc retenir, dans l'expérience quotidienne de l'hébergement de ces femmes âgées, la centralité des liens sociaux qui se tissent avec le personnel et les pairs. Bien qu'elles soulignent toutes les difficultés de la cohabitation avec les personnes qui présentent des pertes cognitives ainsi que des « accrochages » occasionnels avec certaines employées, la majorité des participantes insistent sur leur volonté et leurs efforts constants pour maintenir des relations interpersonnelles courtoises et positives. Malgré la grande violence symbolique de leur « placement » ainsi que leur sentiment de ne pas être chez elle, elles continuent donc d'endosser le rôle social qui leur a toujours été dévolu en tant que femmes, soit celui de « gardiennes des relations harmonieuses ». Ce désir d'éviter les conflits ouverts semble d'ailleurs se trouver au cœur de leurs stratégies d'*empowerment* au quotidien.

4.3 STRATÉGIES D'EMPOWERMENT DES RÉSIDENTES : DE « PETITS » POUVOIRS

Les résidentes qui ont participé à cette étude ne nous ont pas confié être victimes de situations dramatiques ou de « mauvais traitements » tel qu'on les conçoit habituellement (coups, blessures, négligence extrême, etc.). Plusieurs ont même insisté pour dire que les drames qui sont rapportés dans les médias leur semblent bien éloignés de leur réalité : « Quand on entendait ça à la radio, je n'étais pas de bonne humeur. [...] Des fois, ils en mettent pire que c'est. [Ma sœur], elle disait qu'elle avait peur d'aller dans ces places-là. Je lui disais 'ben non, nous autres on est assez bien' » (Mme Caron, 79 ans). Néanmoins, leurs propos laissaient entendre que leur quotidien est parsemé d'atteintes à leurs droits fondamentaux à la dignité, au respect et à l'intégrité de leur personne (infantilisation, manque de respect, violence psychologique, atteinte à la liberté de choix, etc.). Cette section se propose donc de s'attarder aux stratégies que les femmes ont développées face à ces atteintes et ces tensions.

Comme nous l'avons démontré au chapitre un, portant sur la problématique, les milieux d'hébergement accueillent des clientèles dites vulnérables et ce, à plusieurs niveaux (physique, cognitif, économique et social). Nonobstant leur statut public ou privé, ces ressources deviennent des microcosmes sociaux où l'on peut observer un déséquilibre de pouvoir. Le personnel détient un pouvoir réel et symbolique, ne serait-ce que de par son statut d'aidant face aux résidentes en perte d'autonomie qui se trouvent dans une position de dépendance plus ou moins marquée. Le monde des employées et des résidentes s'opposent sous plusieurs aspects, plaçant toujours les premières en position de pouvoir par rapport aux secondes : aidantes versus aidées, salariées versus clientes (captives et aux ressources financières limitées), personnes autonomes versus personnes dépendantes, jeunes femmes versus vieilles femmes, etc. Dans ce contexte, comment les résidentes perçoivent-elles les marges de pouvoir dont elles disposent au sein de leur milieu de

vie? Quelles sont les stratégies qu'elles développent et improvisent au quotidien pour exercer un pouvoir?

4.3.1 Des femmes conscientes de leur vulnérabilité

La première conclusion qui se dégage de l'analyse des témoignages des femmes rencontrées est qu'elles sont toutes conscientes de leur dépendance face au personnel et au milieu. Sans qu'elles ne le formulent ainsi, elles comprennent le déséquilibre de pouvoir qui existe entre elles et le personnel et surtout, elles saisissent très bien que ce déséquilibre n'est pas à leur avantage. Elles expliquent d'abord que les contraintes inhérentes à la vie collective placent les résidentes dans une position d'attente, de passivité face aux soins qu'elles reçoivent.

« C'est entendu que lorsque vous n'êtes pas complètement autonome, lorsque vous avez un besoin, il faut attendre. [...] Alors, vous sonnez et vous attendez! Il y a des fois où vous trouvez que l'attente est longue... [...] Mais je comprends très bien qu'ils ne peuvent pas faire autrement, qu'ils ne peuvent pas courir tout de suite quand tu sonnes. [...] Par contre, des fois, ça devient un peu stressant parce que vous avez un besoin, vous sonnez et ... attends! »
(Mme Fournier, 84 ans)

« 'Ça ne sera pas long, Madame!' Quand j'entends 'ça ne sera pas long', le cœur me fait mal. On l'entend bien des fois par jour ici... » (Mme Ibrahim, 92 ans)

Compte tenu de leur dépendance par rapport aux activités de la vie quotidienne et domestique, les résidentes sont particulièrement vulnérables aux représailles de la part du personnel qui est chargé de répondre à ces besoins primaires. Même lorsqu'elles ne sont pas satisfaites des services qu'elles reçoivent, leur statut « d'aidées » semble les placer dans une position inconfortable pour revendiquer ou se plaindre, surtout lorsqu'il s'agit de soins très intimes : « Je leur disais qu'ils ne m'avaient même pas lavé. Ils me disaient qu'ils n'avaient pas le temps, 'on a une

minute par patient'» (Mme Caron, 79 ans). Certaines répondantes ont même confié que lorsqu'elles avaient tenté de se plaindre, elles avaient subi des représailles de la part du personnel : attente encore plus longue pour recevoir les soins ou le repas, contacts plus froids et moins fréquents avec les employées, menaces de toutes sortes, regards réprobateurs, etc.

« C'est dur de dire sa façon de penser des fois. Pourquoi? Parce qu'ils nous boudent des semaines de temps là, je n'aime pas ça moi. Bon, c'est ça qu'ils nous font. [...] Si on ne mange pas ce qu'ils nous donnent, ah! bien ça boude. [...] On voit qu'ils ne sont pas de bonne humeur. [...] Des fois, ils me donnent à manger la dernière par rapport que j'ai refusé la première assiette. Ils attendent une éternité. C'est pas toujours plaisant. » (Mme René, 93 ans)

« J'ai entendu une fois une préposée qui disait : 'Mangez ça. Si vous n'êtes pas contente, on va vous monter dans votre chambre'. Ça ne se dit pas ça. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

C'est d'ailleurs pourquoi les propos de plusieurs participantes laisse entrevoir la crainte d'être « étiquetées » par les employées et d'être prises en aversion. Dans le cadre du projet plus large *Paroles de résidents* (Charpentier et Soulières, 2006), un résident l'avait exprimé en affirmant qu'il fallait avant tout « s'arranger avec le personnel, ne pas se le mettre à dos ». Ce sentiment semble être partagé par les répondantes et se révèle, presque imperceptiblement parfois, dans leur volonté de « bien s'entendre » avec tout le monde.

« Si nous nous lamentons trop, on passe pour des vieux haïssables! Les vieux grognons. C'est facile de nous coller des étiquettes désagréables. Alors, j'ai cette philosophie qui dit que pour être aimé, il faut être aimable. Je m'arrange pour ne pas déplaire, le moins possible. À part de ça, ça va bien! » (Mme Lafrance, 96 ans)

« Je ne fais rien qui pourrait leur déplaire. Je sais bien qu'il faut s'arranger pour s'entendre avec eux autres... » (Mme Lord, 94 ans)

Il faut donc comprendre que pour ces femmes, le fait d'être « étiquetée » implique comme conséquence possible, ou même probable, d'obtenir de moins bons services étant donné que les employées bénéficient d'un certain monopole du pouvoir. De

même, plusieurs participantes ont exprimé leurs appréhensions face à l'avenir et à d'éventuelles pertes cognitives. Les personnes qui « n'ont pas toute leur tête » leur apparaissent comme particulièrement vulnérables, complètement à la merci du personnel. On ressent bien que ces craintes sont, du moins en partie, fondées sur la façon dont les personnes ayant des pertes cognitives sont traitées dans leur milieu. Un traitement qui, selon plusieurs, laisse à désirer...

« Il y a une patiente, une grande malade, qui n'est pas loin de la chambre ici. Elle était toujours en chaise roulante avec une tablette devant pour ne pas qu'elle essaie de se lever. [...] Elle voulait aller à la toilette, mais elle n'avait pas accès à sa cloche. Alors, comme je passais devant, j'ai sonné pour elle, et je suis sortie. [...] Je suis remontée 10 minutes plus tard : ils n'étaient pas encore allés. Il y a des choses comme ça. Je suis arrivée dans ma chambre enragée, encore. Savez-vous ce que je me dis? Quand je ne pourrai plus voir à mes affaires, quand je ne pourrai plus me débrouiller toute seule : je ne pourrai pas avoir de services. C'est cela que j'ai peur. C'est pour ça que je veux mourir le temps que j'ai ma connaissance. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

C'est donc dire que les femmes que nous avons rencontrées comprennent les enjeux de pouvoir qui sont liés à la vie au sein des milieux d'hébergement. Conscientes de la vulnérabilité inhérente à leur condition de dépendance et tentant d'éviter de se « mettre à dos » le personnel de l'établissement, la grande majorité d'entre elles optent, en cas de situation problématique, pour des stratégies marquées par le contournement et l'abdication.

4.3.2 La prédominance des stratégies de contournement et de l'abdication

Les femmes âgées interviewées cherchent presque toutes à éviter les confrontations directes, les tensions et les conflits. Se faisant, plusieurs semblent avoir abdicué et n'entretenir aucune volonté de faire respecter leurs droits. Elles s'abstiennent de formuler toute critique à l'endroit des employées, préférant se taire. Elles évitent aussi de « sonner la cloche »¹¹ et de demander de l'aide, même lorsqu'il s'agit de services qui sont inclus dans le prix de leur chambre.

« Il ne faut pas argumenter, elles font du mieux qu'elles peuvent, vous savez, les employées... Si elles font quelque chose qui ne me plaît pas, je l'ignore et la journée suivante sera meilleure. Mais je ne suis pas une femme difficile! » (Mme Lord, 94 ans)

« Moi, je ne suis pas une femme qui parle : 'Ce n'est pas [elle] qui va nous demander de quoi puis elle ne pèse plus jamais sur la cloche'. Non. Je ne suis pas une demandeuse puis je n'achale pas. Je trouve que c'est bien ce qu'ils font. » (Mme Caron, 79 ans)

« Quand je veux [me tourner dans mon lit], c'est toute une affaire parce que je fais de l'arthrose. Là, je tire ma jaquette pour m'aider un peu, là j'arrête... Je suis appuyée sur le mur, là j'attends pour me pousser. Et là, je le dis dans ma prière : 'lâche-moi pas là, laisse-moi pas toute seule'. Mais je ne suis pas tannante, je ne veux pas appeler tout le temps. Ils n'ont pas le temps. J'essaie de m'arranger toute seule. » (Mme Parent, 82 ans)

L'abdication est souvent utilisée dans des circonstances précises, par exemple lors d'un conflit avec une employée. Mais chez certaines femmes, elle en vient à constituer une stratégie généralisée : elles ne semblent plus avoir le désir ou la capacité d'exercer un quelconque contrôle sur leur quotidien. Elles se font prendre en charge, tantôt par leurs enfants, tantôt par le personnel du milieu d'hébergement. Ce qui peut nous sembler être de l'ingérence ou une atteinte aux droits fondamentaux

¹¹ Dans certains milieux d'hébergement, un système de sonnettes d'urgence est en place pour que les résidentes et les résidents puissent appeler de l'aide en cas de besoin. Ces sonnettes sont placées dans chacune des chambres.

n'est pas vécu de façon négative par ces femmes. En ce qui concerne madame Beauchamp, par exemple, on comprend que ce lâcher-prise lui convient et lui procure même un certain sentiment de sécurité. Elle expliquait lors de l'entrevue, qu'elle appréciait le fait que la propriétaire « l'avertisse » lorsque ses vêtements ne sont pas « appropriés »; alors que cela nous est apparu comme une restriction de sa liberté personnelle, elle se dit plutôt rassurée de savoir que la propriétaire veille à ce qu'elle soit bien mise. Elle s'en remet totalement au jugement de cette dernière.

« On s'habille comme on veut. S'il y a quelque chose qui ne va pas, [la propriétaire] nous le dit. Comme l'été, j'avais une robe qui était un peu courte, elle m'a avertie. [...] Je l'avais mise parce que c'était l'été. Ça n'a pas été long que je l'ai changée! [Ça vous a dérangé?] Pas tellement. » (Mme Beauchamp, 87 ans)

« Ça ne peut pas être poison [le repas servi]! C'est quelque chose qu'on n'aime pas, mais c'est bon pareil. Alors, je le mange quand même. » (Mme Lafrance, 96 ans)

Chez d'autres cependant, l'abdication généralisée s'accompagne clairement d'un sentiment d'impuissance par rapport à leur vie et leur quotidien. Elles ont abandonné tout espoir d'influencer le cours de leur avenir et leur abdication est amère, désillusionnée. Fait intéressant : les femmes qui ont une appréciation très négative de leur milieu de vie se retrouvent toutes dans ce deuxième profil.

« Qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse? On est mieux de se fermer notre boîte puis d'endurer... Je ne m'en occupe pas. [...] [soupir] Ça ne sert à rien de s'en faire, hein. Pourquoi s'en faire? [silence] [...] Peut-être que changer [de milieu d'hébergement], ça ne serait pas mieux... C'est aussi bien de rester ici... » (Mme Navaro, 98 ans)

« C'est difficile de tout accepter ça. Moi, je pleurais. Ce n'est pas de même que j'ai été élevée, mais je veux dire... Il se passait toujours quelque chose, plutôt que dire les choses, je pleurais... » (Mme René, 93 ans)

D'autres femmes, chez qui les réticences face à la confrontation sont tout aussi présentes, choisissent de privilégier des stratégies de contournement. Elles

tendent par exemple de limiter les contacts avec les autres résidents et résidentes en demeurant dans leur chambre afin d'éviter les tensions.

« Il y en a qui se mêlent trop des affaires des autres. Ça, je n'aime pas ça ! [...] C'est pour ça que je reste dans ma chambre et que je ferme ma porte. [...] Ils passent une collation puis un verre de jus, puis quand elle est partie, je ferme ma porte. » (Mme Arsenault, 89 ans)

« Je suis toujours assise ici [dans ma chambre]... Oui, parce que je suis gênée. Je n'aime pas vivre avec beaucoup de monde, parce que je ne suis pas habituée. » (Mme Parent, 82 ans)

Dans ces cas précis, il s'agit non pas d'un isolement dû à un manque d'activités dans le milieu, mais bien d'une réelle stratégie de « gestion de leurs relations » qui favorise le contournement du problème plutôt que de le confronter. Certaines femmes utilisent aussi l'humour comme moyen de détourner les conflits : « J'ai le sens de l'humour assez prononcé. Si c'est trop glissant, je change ma tactique : je tourne ça en farce ! » (Mme Lafrance, 96 ans). D'autres, plutôt que de formuler une demande à la direction, préfèrent prendre une entente spéciale avec une employée en qui elles ont confiance, moyennant parfois une certaine redevance monétaire : « Il y a une fille ici, je lui donne quelques dollars par semaine pour qu'elle lave mon linge délicat. [...] Je ne lui donne jamais plus de 3-4 dollars... » (Mme Lord, 94 ans). De même, plusieurs résidentes nous ont mentionné conserver de la nourriture dans leur chambre advenant qu'un repas ne leur convienne pas. Elles évitent ainsi de devoir retourner le plat et de devoir demander autre chose.

« Ma fille, elle m'apporte du chocolat. Et puis, j'ai une grosse boîte de biscuits assortis. [...] Quand ce n'est pas mangeable là [à la salle à manger], bien je viens dans ma chambre... Qu'est-ce que vous voulez, il faut que je mange... [...] Je suis bien indépendante : si je veux manger, j'ai quelque chose... Je ne mourrai pas de faim ! » (Mme Navaro, 98 ans)

D'autre part, certaines femmes semblent conserver un sentiment de pouvoir et de contrôle sur leur quotidien en maintenant, malgré les pertes d'autonomie, les rôles sociaux féminins qu'elles ont endossés tout au long de leur vie. Elles font l'entretien

de leur chambre lorsque la propreté des lieux laisse à désirer; elles offrent aux employées de mettre les tables avant les repas; elles assistent les résidents et résidentes qui sont dans le besoin. Elles se placent ainsi dans une position « d'aidantes » plutôt que « d'aidées ». On comprend bien que ces stratégies « féminines », bien qu'elles servent à éviter toute forme de tensions ou de confrontations, demeurent tout de même une forme de reprise de pouvoir pour ces femmes dans la mesure où elles s'improvisent des solutions alternatives pour répondre à leurs besoins. Il s'agit des stratégies les plus répandues dans le quotidien des femmes que nous avons rencontrées. Il importe toutefois d'ajouter que, bien que minoritaires, certaines sont en mesure de défendre leurs droits de façon plus directe, comme le démontre la section suivante.

4.3.3 La défense des droits : une approche « polie » au féminin

Quelques femmes ont partagé, lors de nos entretiens, des expériences au cours desquelles elles avaient été en mesure de formuler des demandes spécifiques et de les adresser directement aux personnes concernées (employées ou membres de la direction). Il est intéressant de noter qu'il s'agit de femmes qui ont su maintenir tout au long de leur vie une certaine indépendance, une autonomie notamment financière par l'exercice d'un emploi rémunéré. Elles font partie d'une minorité de femmes dont la trajectoire de vie s'est toujours posée en réaction aux rôles traditionnels que la société leur imposait. Elles disposent de ressources personnelles plus importantes que la moyenne des résidentes : revenus plus élevés, niveau d'éducation supérieur, meilleure connaissance de leurs droits, etc. Encore aujourd'hui, malgré les pertes d'autonomie, elles conservent le contrôle de leur vie : elles s'occupent de leurs finances personnelles, gèrent leurs rapports avec l'extérieur (clinique médicale, pharmacie, coiffure, etc.), prennent en main leur santé...

« Quand je suis rentrée ici, il y avait un bain par semaine. Il y en a beaucoup qui ont seulement pris un bain par semaine. J'ai dit 'non, ça me prend au moins deux bains par semaine ». [...] Il y a beaucoup de personnes qui sont ici seulement qu'avec leur pension de vieillesse. Mais moi, je paye l'extra. Ils ont dit : 'c'est tant'. » (Mme Dumoulin, 93 ans)

Pourtant, même chez ces femmes davantage revendicatrices, on retrouve toujours en sourdine la volonté de « ne pas déranger » et la crainte de compromettre leurs bonnes relations. Ce constat pourrait expliquer pourquoi, de façon générale, la défense de leurs droits ne se concrétise que dans des propos polis, dans une démarche respectueuse et compréhensive.

« Ce n'est pas que je veux être haïssable là, mais je ne veux pas me laisser faire des choses que je n'aime pas. Ça je ne le prends pas. » (Mme Green, 77 ans)

« J'ai entendu une fois une préposée qui disait : 'Mangez ça. Si vous n'êtes pas contente, on va vous monter dans votre chambre'. Ça ne se dit pas ça. Je lui ai dit : 'Pardon Mademoiselle, diriez-vous ça à votre mère ce que vous venez de lui dire?'. Elle m'a regardé et m'a dit que ça ne me regardait pas. Je lui ai dit : 'Je le sais que ça ne me regarde pas, mais je vous le demande'. [...] Il faut nous respecter. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

« Une personne qui est handicapée, je n'accepte pas qu'elle soit brusquée. J'admets que des fois, ils sont pressés. Il manque du personnel : au lieu d'être trois, elles sont deux, alors elles doivent faire le travail en entier. Mais s'ils viennent et ils brusquent lorsqu'ils donnent des soins, ça je ne l'admets pas! » (Mme Fournier, 84 ans)

Lorsque ces requêtes restent sans réponses, certaines se tournent vers leurs proches, surtout leurs enfants, pour obtenir du soutien. Cependant, cela s'avère somme toute relativement rare. Seulement trois des femmes rencontrées ont entrepris (ou entreprendraient) des démarches qui sortent du cadre du milieu d'hébergement. Ces femmes sont les seules à développer un discours qui s'approche de la revendication « classique », basée sur la reconnaissance des droits individuels et collectifs des résidentes. L'une d'entre elles, très fonceuse, s'improvise des recours des plus originaux.

« Si je vous disais ce que j'ai fait une fois! Cet hiver, je me suis levée de table, je suis montée à ma chambre. J'ai appelé l'opératrice et j'ai demandé le numéro de téléphone de la prison. J'ai appelé, j'ai dit : 'Pardon Monsieur, pourriez-vous me dire ce que les prisonniers ont mangés pour souper ce soir?'. Il m'a demandé si c'était une farce et je lui ai répondu que j'étais très lucide, que j'avais 92 ans, que je demeurais en résidence et que ce soir-là, au souper, nous avons eu, je ne me souviens plus quoi aujourd'hui, mais c'était horrible. J'aurais dû l'écrire. Il a dit : 'Ici, il y a deux menus'. À la résidence aussi, mais le deuxième menu, c'est des sandwiches. En prison, ils ont mangé de la saucisse et du steak haché. Le Monsieur m'a demandé pourquoi je ne me plaignais pas. Je lui ai répondu que je le faisais, mais que j'étais la seule à le faire. Les autres résidents ont peur, ils ne parlent pas. Alors, le lendemain, à la collation, je vois la propriétaire. J'étais assise à ma table et elle me demande ce qui ne va pas. Je lui ai dit de s'asseoir et je lui ai tout raconté. Nous payons le gros prix et nous mangeons mal. Je voulais savoir ce que les prisonniers mangeaient. Elle a dit : 'Vous avez appelé la prison, ils ont dû trouvé ça drôle!'. Je lui ai répondu que je ne trouvais pas ça drôle du tout, qu'au prix qu'on payait, on pourrait bien manger des trucs convenables. Les prisonniers ne paient rien eux, c'est les contribuables qui payent avec leurs taxes. C'est cela que j'ai fait. Je lui ai dit que j'allais le refaire s'il le fallait. Nous payons assez cher, ils ne m'en passeront pas comme ça. » (Mme Ibrahim, 92 ans)

Une autre femme, pour sa part, utiliserait plutôt les recours officiels : « Je ferais une plainte auprès des autorités, à la directrice. J'irais plus haut : je ferais un grief au service de santé! » (Mme Fournier, 84 ans). Rappelons que ces femmes, qui prennent action concrètement pour défendre leurs droits, sont fortement minoritaires au sein des milieux d'hébergement, comme elles le soulignent d'ailleurs elles-mêmes. Cette réticence à utiliser les recours formels vient questionner l'efficacité des différents mécanismes en place pour assurer le bien-être des résidentes (pensons, à titre d'exemple, aux comités de résidents, aux intervenants des CSSS, aux commissaires aux plaintes dans les milieux publics, aux inspecteurs des Agences Régionales, etc.). Bien que quelques femmes connaissent l'existence de certains de ces recours, très peu semblaient les considérer comme de véritables options. Leurs témoignages dénotaient plutôt une dissociation par rapport à ces mécanismes de protection, notamment en ce qui a trait aux comités de résidents.

« [Un comité d'usagers?] Il doit y en avoir. Ah oui, c'est plein de bureau en bas. [...] Je pense qu'en descendant près de l'ascenseur... Ils ont des réunions entre eux autres, ceux qui sont dans le comité. C'est plutôt des plus jeunes. [...] Ils parlent pour le manger et ils règlent toutes les affaires qu'ils n'aiment pas. [...] Il y a des choses que ça fait du bien des fois. Moi, je ne m'occupe pas de grand-chose, pourvu que je sois bien. » (Mme Caron, 79 ans)

C'est donc dire que, pour la grande majorité des femmes que nous avons rencontrées, le contexte de dépendance et de vulnérabilité dans lequel elles se trouvent se transpose dans une volonté ferme d'éviter les conflits et les confrontations directes. La plupart adoptent des stratégies maquées par l'abdication (elles abdiquent face à la défense de leurs droits et se font prendre en charge par leurs proches ou le personnel) ou encore le contournement (elles évitent les confrontations en adoptant diverses stratégies telles que de s'isoler des autres, de conserver de la nourriture dans leur chambre, d'utiliser l'humour, etc.). Une minorité de résidentes développent des stratégies de défense de droits plus directes et sont en mesure d'adresser des demandes ou des plaintes aux personnes concernées. Leurs revendications demeurent toujours polies, visant à la fois le respect de leurs droits (ou de ceux de leurs pairs) mais aussi le maintien des relations positives avec le personnel. On observe une réticence flagrante à utiliser les mécanismes de protection et les recours formels qui ont été mis en place pour prévenir les mauvais traitements et favoriser le respect des droits des personnes hébergées, que l'on pense aux plaintes à l'Agence, aux recours aux intervenantes du CLSC ou aux comités de résidents.

Il faut concevoir les différentes stratégies développées par les résidentes comme autant de moyens pour elles d'exercer, directement ou indirectement, leur pouvoir au quotidien. Ces stratégies ne sont pas mutuellement exclusives, en ce sens qu'une femme peut recourir au contournement par rapport à une situation précise, alors qu'elle adressera une demande formelle au personnel dans un autre contexte. Cela confirme d'ailleurs qu'il s'agit véritablement de « stratégies », dans la mesure où les femmes analysent – plus ou moins consciemment – divers facteurs avant de

poser une action (identification des employées qu'il vaut mieux éviter de confronter; sélection des irritants qu'elles peuvent tolérer et de ceux qu'elles refusent d'accepter; inventaire des ressources personnelles qui pourraient être mises à contribution; etc.). Ces constatations concernant les stratégies d'*empowerment* utilisées par les résidentes soulèvent d'importants questionnements par rapport au renouvellement des pratiques auprès des femmes âgées qui demeurent en milieu d'hébergement. Ces réflexions sont abordées dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

DISCUSSION

DES PISTES DE RÉFLEXION POUR LA PRATIQUE

Les propos recueillis auprès des résidentes âgées soulèvent de nombreux questionnements, tant au niveau éthique que politique ou social. Quelle est la place qui est réservée aux femmes âgées dans notre société, tout particulièrement lorsque les pertes d'autonomie les confinent dans un milieu d'hébergement? Quelles sont nos responsabilités sociales envers ces femmes, dont la contribution à la société a de tout temps été sous-estimée parce que majoritairement confinée à la sphère privée de leur domicile?

Compte tenu des revenus nettement inférieurs des femmes âgées comparativement à leurs homologues masculins, et de la privatisation croissante des ressources d'hébergement, n'y aurait-il pas lieu de se questionner sur la nécessité de prévoir pour elles des mécanismes de soutien financier favorisant leur accès aux services et aux soins requis? Quelles mesures sociales et politiques pourraient être mises en place afin de permettre une démythification du vieillissement en général, et des milieux d'hébergement en particulier, auprès de la population?

Toutes ces questions méritent d'amples développements. Elles ont, à travers le récit des femmes âgées rencontrées, pris pour nous un sens particulier; elles se sont « personnifiées ». Dans le cadre de cette discussion, nous nous limiterons toutefois aux questions qui se rapportent plus directement au renouvellement des pratiques d'intervention auprès des résidentes âgées demeurant en milieu d'hébergement. Pour

ce faire, nous rappellerons d'abord comment les stratégies d'*empowerment* utilisées par les femmes âgées se situent en continuité avec celles utilisées tout au cours de leur vie. L'intérêt des approches biographiques et des interventions qui tiennent compte du passé des résidentes sera ainsi exposé. Par la suite, notre réflexion portera sur l'importance de recentrer les interventions auprès des résidentes âgées autour du nœud central que représentent les liens sociaux dans leur quotidien. Enfin, la nécessité de renouveler les mécanismes de protection des personnes hébergées sera discutée, en ouvrant sur une lecture macrosociale critique face au traitement réservé aux personnes âgées dans notre société, tout particulièrement lorsque celles-ci sont des femmes en perte d'autonomie.

5.1 STRATÉGIES D'EMPOWERMENT : DES CONTINUITÉS DANS LES RÔLES SOCIAUX FÉMININS

Plusieurs des femmes que nous avons rencontrées maintiennent, dans le quotidien des milieux d'hébergement, les rôles sociaux qu'elles ont endossés au cours de leur vie, notamment ceux d'aidantes et de ménagères. Lorsque l'on considère les pertes d'autonomie de ces femmes et les efforts que ces rôles représentent pour elles, on peut se questionner sur les raisons qui motivent cette persistance, cette continuité. Au-delà des habitudes et des intérêts personnels, il nous apparaît clairement qu'il s'agit là d'une stratégie d'*empowerment* visant à maintenir leur identité personnelle. Face à l'image préconçue des résidentes comme étant des personnes malades et dépendantes, passives et sans voix, ces femmes tentent de demeurer celles qu'elles ont toujours été, des femmes fières et généreuses, des aidantes plutôt que des aidées. Ce faisant, elles se dissocient aussi des autres résidentes, qu'elles présentent d'ailleurs comme étant plus malades, plus dépendantes qu'elles-mêmes. C'est dans cette optique que leur volonté d'aider les employées et de porter assistance à leurs pairs, ainsi que leur assiduité à maintenir leur chambre propre, doivent être comprises : cela leur permet de conserver le pouvoir de s'auto définir, le pouvoir de projeter une

image qui se démarque de celle que la société leur attribut. L'analyse constructiviste permet donc de recadrer ces efforts dans un processus d'*empowerment au quotidien*.

Cependant, une lecture critique de ces pratiques permet de mettre en lumière une toute autre perspective. N'y a-t-il pas lieu, effectivement, de concevoir ces pratiques comme relevant aussi d'une certaine intégration par les femmes âgées des principes de l'*empowerment technocratique*? À une époque où les services sociaux sont en pleine restructuration et où les personnes âgées sont devenues le bouc émissaire de l'échec de l'État Providence, l'*empowerment technocratique* a fortement teinté le discours politique orienté vers l'indépendance des personnes âgées par rapport aux services publics. La volonté des participantes de « ne pas déranger », leur réticence à demander de l'aide ou à « sonner la cloche », leur souci de « ne pas abuser », se pose ainsi en continuité parfaite avec les prescriptions sociales si souvent répétées et visant l'autonomie des personnes âgées, la réduction de l'utilisation « à outrance » des services qui leur sont « si généreusement » offerts.

La capacité différentielle des résidentes de résister à ces pressions sociales, de maintenir leur capacité à se définir elles-mêmes et, de façon plus générale, de défendre leurs droits semble être en lien avec leur trajectoire de vie. En effet, il apparaît que les stratégies d'*empowerment* utilisées par les femmes du grand âge dans le quotidien des milieux d'hébergement se posent en continuité avec celles utilisées tout au long de leur vie. Quand on s'y attarde, en réalité, cela n'est pas surprenant. Comme le soulignent Herr et Weber (1999 : 6; traduction libre),

« Les droits ne se font pas respectés d'eux-mêmes. Il faut des connaissances, de l'énergie, de l'initiative et même du courage pour revendiquer la liberté et les services [...] comme étant un droit et non une faveur ou une concession face aux personnes et institutions qui détiennent le pouvoir. [...] Les personnes qui ont passé toute leur vie à acquiescer devant les figures d'autorité ne se sentiront pas subitement confortables au grand âge dans un rôle qui nécessite de l'affirmation personnelle. »

À ce sujet, les analyses qui ont été réalisées pour chacune des participantes s'avèrent très révélatrices. On y décèle clairement que les quelques femmes qui affichent une attitude plus proactive dans la défense de leurs droits avaient déjà adopté ces stratégies aux étapes précédentes de leur vie. Elles se présentent comme des femmes au caractère fort, dont la trajectoire de vie toute entière expose une résistance face aux rôles sociaux qui étaient attendus d'elles : elles ont par exemple refusé d'avoir des enfants ou mené des carrières professionnelles enviées. Afin de mieux illustrer notre propos et la continuité des stratégies d'*empowerment* adoptées, nous résumons ici deux analyses intra : celle de madame Fournier, femme de carrière qui sait défendre ses droits, et celle de madame Beauchamp, qui s'en est remise à ses proches pour toutes les décisions importantes de sa vie.

Madame Fournier, 84 ans : Une femme d'affaire qui connaît ses droits

Madame Fournier demeure dans la résidence privée où nous l'avons rencontrée depuis trois mois. Elle y est en « transit », c'est-à-dire qu'elle y demeure en attendant d'obtenir une chambre dans le réseau d'hébergement public.

Mariée, madame Fournier n'a jamais eu d'enfant. Elle nous parle longuement de sa carrière : très éduquée, elle a occupé toute sa vie des emplois dans les domaines de l'enseignement, de la recherche et de la gestion. À sa retraite, pour « s'occuper », elle fonde une compagnie, dont elle est encore propriétaire. Son entrée en hébergement a fait suite à l'hospitalisation de son amie, avec qui elle demeurait depuis le décès de son conjoint. Elle dit accepter sa situation actuelle : elle est satisfaite de la résidence, bien qu'elle ne s'y sente pas chez elle.

Madame Fournier est en mesure de faire la part des choses entre ses besoins personnels et les contraintes de la vie en résidence. Elle sait exercer ses droits et ses libertés sans heurts et elle formule au besoin des demandes particulières, en s'adressant directement aux personnes concernées (employées ou directrice). Elle

connaît bien les recours (internes et externe à la résidence) à sa disposition en cas de situation problématique, et ne semble avoir aucune crainte à les utiliser. À titre d'exemple, elle a entamé des procédures judiciaires afin de contester un jugement précédent, qui l'avait déclarée inapte.

Madame Beauchamp, 87 ans : Une femme prise en charge par ses proches

Madame Beauchamp a été rencontrée dans une petite résidence privée où elle demeure depuis maintenant deux ans. L'assistante de recherche a été présentée à Madame par l'entremise de la propriétaire. Très réservée, elle a accepté de participer à la recherche, mais est demeurée très peu loquace tout au long des deux entrevues.

Elle raconte qu'elle a travaillé environ deux ans avant de se marier. Elle est par la suite demeurée à la maison pour élever ses trois enfants, expliquant que son conjoint ne voulait pas qu'elle retourne sur le marché du travail. Au décès de son conjoint, madame, déjà octogénaire, est demeurée un an seule dans sa maison. Sans aucune amertume, elle raconte comment ses filles, inquiètes pour sa sécurité, ont décidé de la « placer ». Bien qu'elle admette que cela fut pour elle un changement difficile, elle dit avoir pleinement confiance en la propriétaire de la résidence et se sentir en sécurité.

Madame Beauchamp désire maintenir de bonnes relations avec tout le monde et elle évite à tout prix les conflits et les tensions. Son sentiment de sécurité et de stabilité semble plus important que la défense de ses droits et libertés. Elle n'exprime que très rarement son opinion et s'en remet en toute confiance aux autres : elle défère aujourd'hui toutes les décisions qui la concernent à ses enfants ou la propriétaire de la résidence, comme elle le faisait auparavant avec son conjoint.

Comme nous l'avons mentionné dans la section précédente, les femmes qui, comme madame Fournier, défendent activement leurs droits représentent une minorité parmi les participantes. La plupart d'entre elles ressemblent plutôt à madame Beauchamp, en ce sens qu'elles se conforment davantage aux stéréotypes féminins qui ont prévalu pour la majeure partie de leur vie. Les modèles sociaux dominants étaient ceux de femmes polies et respectueuses, prenant sur leurs épaules la responsabilité des relations interpersonnelles harmonieuses, respectant l'autorité et évitant de demander ou de revendiquer pour elles-mêmes. Dans une étude réalisée auprès de femmes âgées demeurant à domicile et portant sur leur perception de leur pouvoir par rapport aux services de « maintien à domicile », Aronson (2002) en arrivait d'ailleurs à des conclusions similaires. Ces femmes, tout comme les participantes à la présente étude, se disaient réticentes à faire respecter leurs droits, posant rarement des actions concrètes en ce sens et se plaignant peu.

À la lumière de ces constations, l'importance de prendre en compte la trajectoire de vie des résidentes dans les interventions auprès d'elles apparaît comme une évidence. Les approches de types biographiques, par lesquelles le récit de vie des résidentes est valorisé, seraient des plus utiles à ce titre. Ces approches, qui donnent lieu à des interventions individuelles ou de groupe, ont connues un certain essor au cours des dernières années au sein des milieux d'hébergement. Prenant la forme d'ateliers d'écriture ou de groupes de discussions autobiographiques, elles participent au processus d'*empowerment* des résidentes en leur permettant une réappropriation de leur propre histoire, de leur passé. Les femmes sont invitées à se raconter, à se présenter telles qu'elles se définissent elles-mêmes : elles deviennent ainsi narratrices et « sujets » de leur vie plutôt qu'« objets » de discours, de présupposés et de préjugés. Malheureusement, et peut-être faute de temps ou de ressources, ces interventions se limitent généralement à permettre aux résidentes une réminiscence et un partage de la trajectoire de vie, sans que ces informations privilégiées ne soient ensuite intégrées par le milieu et relayées au personnel. Or, nous croyons, au

contraire, qu'il importe de permettre au personnel, issu d'une autre génération, d'être sensibilisé et de mieux connaître les parcours variés, les besoins divers et les stratégies propres des femmes âgées. Ces activités autobiographiques deviendraient alors, en plus d'un levier à l'*empowerment* individuel, un mécanisme permettant de personnaliser les interventions auprès des résidentes. Nous sommes convaincue que le travail auprès des résidentes, maintenant perçues comme des femmes plutôt que des « malades », n'en serait que plus valorisant et gratifiant.

5.2 INTERVENTION SOCIALE AUPRÈS DES FEMMES ÂGÉES EN MILIEU D'HÉBERGEMENT: MISER SUR LES LIENS SOCIAUX

L'un des constats les plus fondamentaux qui ressort des témoignages recueillis est l'importance que les résidentes âgées accordent aux relations qu'elles entretiennent avec les divers acteurs qui gravitent dans leur quotidien au sein des milieux d'hébergement. En effet, malgré quelques commentaires sur l'exiguïté de la chambre, il apparaît clairement que ce qui est primordial pour ces âgées ne relève pas de l'environnement physique, mais bien de l'environnement humain. Les relations interpersonnelles sont fondamentales pour elles et déterminent l'évaluation subjective qu'elles font de leur qualité de vie. Conséquemment, il nous apparaît que ce sont ces liens sociaux qui devraient se trouver au cœur des interventions réalisées dans les milieux d'hébergement.

En ce sens, nous sommes préoccupée par l'absence relative des travailleuses sociales dans les milieux d'hébergement pour les personnes âgées. Force est de constater qu'une fois l'admission en centre d'hébergement complétée, les travailleuses sociales tendent à disparaître complètement de la vie des personnes âgées. Les intervenantes de certains CLSC conservent les « dossiers » des personnes hébergées en résidences privées, effectuant parfois des visites sporadiques, sur une base individuelle. Le plus fréquemment cependant, les CLSC se concentrent sur les

personnes âgées qui demeurent à domicile, délaissant les personnes hébergées en ressources privées. On se contente d'y envoyer des infirmières au besoin, pour effectuer des prélèvements sanguins par exemple, ou encore d'intervenir lorsque des plaintes formelles sont déposées à l'endroit de certaines ressources. Quant aux institutions publiques, elles disposent parfois d'un poste en service social. Les interventions se résument le plus souvent à la gestion de la liste d'attente et aux démarches entourant la mise sur pieds ou la réévaluation des régimes de protection des personnes hébergées (curatelles, homologation des mandats en cas d'incapacité, etc.). Dans un article portant sur la tâche des travailleuses sociales pratiquant en milieu d'hébergement, Koren et Doron (2005) soulignent d'ailleurs que les interventions de nature « paternalistes » (ouverture de régimes de protection, soutien à l'adaptation au milieu, etc.) ont généralement préséance sur celles qui visent l'*empowerment* des personnes hébergées (soutien au comité de résidents, *advocacy*, information et sensibilisation, etc.). L'apport des travailleuses sociales dans les milieux d'hébergement se situe davantage à un niveau d'intervention individuel. Compte tenu des résultats présentés dans ce mémoire, il semble pourtant que le rôle des travailleuses sociales dans les ressources d'hébergement gagnerait à être élargi, renouvelé. Il apparaît que leurs interventions devraient viser différentes facettes du quotidien au sein des milieux d'hébergement.

Tout d'abord, il est essentiel de nommer les tensions et, disons le, les violences qui sont présentes dans les milieux d'hébergement. Toutes les femmes que nous avons rencontrées, sans exception, ont souligné les difficultés du quotidien dans ces milieux de vie collectifs, où la promiscuité continue avec les pairs exacerbe les conflits. Qu'elles résultent des comportements perturbateurs parfois associés aux pertes cognitives ou encore d'incompatibilités de caractère, ces tensions demeurent le plus souvent occultées, ignorées. Peu ou pas formé, ne sachant comment intervenir de façon constructive, le personnel préfère généralement les taire. Les résidentes sont ainsi laissées à elles-mêmes pour gérer ces conflits. N'ayant pas l'énergie ou la

volonté de confronter leurs pairs, plusieurs femmes préfèrent lâcher prise et s'isoler dans leur chambre. Dans ce contexte, l'apport des travailleuses sociales pourrait prendre diverses formes. Elles pourraient d'abord agir en tant que médiatrices, afin de minimiser les tensions entre les résidentes au quotidien. Adoptant une approche de type « intervenante milieu » et une posture d'accompagnement, les travailleuses sociales seraient en mesure de soutenir l'expression des besoins et des demandes des résidentes et ce, sur une base individuelle et collective. Elles supporteraient aussi les femmes qui, minoritaires, décident d'utiliser les recours formels en place pour assurer le respect de leurs droits. Ces interventions, de type « advocacy », sont essentielles pour soutenir le processus d'*empowerment* des résidentes âgées et favoriser le respect de leurs droits au quotidien.

Par ailleurs, elles pourraient assumer un rôle de conseillères pour soutenir le personnel et l'outiller dans la gestion respectueuse des conflits. Un nombre grandissant d'études portant sur les milieux de vie substituts pour les personnes âgées recommandent de miser sur la formation et le soutien du personnel (Charpentier, 2002; CDPDJ, 2001). Ce type d'approche nous apparaît davantage en accord avec les témoignages des résidentes, pour qui le maintien de liens sociaux harmonieux est primordial. C'est avec un esprit de collaboration, tant avec les résidentes qu'avec le personnel et les responsables des milieux, que nous serons en mesure de rejoindre une majorité de femmes incluant celles qui préfèrent se taire plutôt que de se plaindre ouvertement.

Enfin, le rôle des travailleuses sociales en milieux d'hébergement gagnerait à être élargi pour leur permettre de devenir de véritables instigatrices de pratiques sociales novatrices. Faisant contrepoids à l'approche très individualisée liée à la prestation des soins de santé et de l'assistance personnelle dans le quotidien des résidentes, il nous apparaît que ces pratiques devraient miser avant tout sur des activités de groupe favorisant une collectivisation du vécu et, ultimement, un

empowerment davantage collectif qu'individuel au sein des milieux d'hébergement. Les exemples de telles pratiques ne manquent pas dans les milieux. Comme nous l'avons souligné à la section précédente, les approches autobiographiques nous semblent porteuses. De même, les activités de discussion autour de sujets d'actualité, prenant appui sur une lecture publique du journal par exemple, permettent de supporter l'exercice de la citoyenneté chez ces femmes âgées. Les activités d'information ou de formation portant sur des sujets variés, allant du processus de deuil qui accompagne l'entrée en milieu d'hébergement aux droits des personnes hébergées, peuvent aussi devenir des leviers pour l'*empowerment* des résidentes. Enfin, nous pensons aux groupes de soutien, qui favorisent le développement de liens positifs entre les résidentes, en misant sur la solidarité et l'entraide. Les féministes sont d'ailleurs nombreuses à considérer la solidarisation des femmes comme l'un des piliers de tout processus d'*empowerment* (Damant et al., 2001). Malheureusement, de telles pratiques semblent être relativement rares dans les milieux d'hébergement. L'espace pour « travailler le social », pour le développement de pratiques novatrices et préventives ou le soutien à la défense des droits apparaît actuellement limité.

5.3 DÉFENSE DES DROITS : UNE APPROCHE FÉMINISTE DE L'EMPOWERMENT EN MILIEU D'HÉBERGEMENT

Comme nous l'avons démontré au chapitre précédent, lorsque vient le temps de défendre leurs droits, les résidentes optent en grande majorité pour des stratégies quotidiennes marquées par le contournement ou par l'abdication. Elles évitent les conflits ouverts ou les demandes directes, préférant modifier leurs propres comportements plutôt que de revendiquer leurs droits. Conséquemment, elles s'isolent dans leur chambre plutôt que d'affronter les tensions avec leurs pairs, elles conservent de la nourriture dans leur chambre plutôt que de dire qu'elles n'aiment pas le repas proposé, elles tournent en dérision les situations problématiques au lieu d'affirmer leur objection et de demander d'aménager certains changements. Bien que

déjà consciente de ces comportements d'évitement, compte tenu de notre expérience des milieux d'hébergement, nous avons trouvé désolant de réaliser à quel point ils étaient répandus et dominants. Un tel constat permet de mieux comprendre pourquoi les nombreux mécanismes mis en place pour favoriser le respect des droits des personnes hébergées et prévenir les mauvais traitements à leur égard demeurent sous-utilisés par les résidentes. En vérité, le problème que les résultats de cette étude soulève, problème qui a d'ailleurs été souligné préalablement par d'autres acteurs sociaux (Charpentier et Soulières, 2006; Charpentier, 2002; CDPDJ, 2001), n'est pas le manque de recours en cas de situation problématique mais bien le fait que les mécanismes existants ne sont pas adaptés à la réalité des personnes âgées qui demeurent en milieu d'hébergement.

En effet, plusieurs options s'offrent aux femmes âgées qui voudraient prendre action et dénoncer le non-respect de leurs droits. Ces recours existent, tant dans les milieux privés que publics. Pensons notamment au dépôt d'une plainte au sein des établissements du réseau (CHSLD), à l'Agence de la santé et des services sociaux (dans le cas d'une résidence privée), ou encore à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse lorsqu'il y a exploitation. Il y a possibilité aussi pour les résidents de s'adresser au comité des résidents, lorsqu'une telle structure existe, etc.¹². Le problème se pose avec plus d'acuité dans le secteur privé des résidences pour personnes âgées. De nombreux acteurs sociaux militent depuis quelques années pour un meilleur encadrement des ressources privées d'hébergement, afin notamment de leur imputer l'obligation de se doter de mécanismes de plaintes semblables à ceux que l'on retrouve dans le réseau public. L'imposition récente d'une certification obligatoire des résidences privées pour aînés, sur la base de critères sociosanitaires, s'inscrit dans cette mouvance et fait suite d'ailleurs aux nombreuses

¹² L'objet de ce mémoire ne porte pas sur les différents mécanismes de protection qui ont été mis en place pour favoriser le respect des droits des personnes âgées hébergées et cette discussion ne semble pas le lieu propice pour en faire l'énumération. On pourra consulter à ce sujet le rapport de la CDPDJ (2001), qui présente ces mécanismes et recours de façon exhaustive.

pressions exercées. Sans remettre en question la pertinence d'une régulation des ressources privées, nous avons constaté que, nonobstant le statut privé ou public du milieu, les résidentes ne se tournent que très rarement vers les mécanismes formels de plaintes. Les raisons pouvant expliquer cette constatation sont multiples. Rappelons tout d'abord que la grande majorité des résidentes que nous avons rencontrées ne connaissaient pas le statut de leur milieu (privé, public ou communautaire), ni l'existence des recours à leur disposition à l'intérieur même de leur milieu. Les mécanismes externes semblaient encore davantage méconnus.

Mais surtout, il est frappant de constater que ces recours se fondent tous sur la formulation d'une plainte « contre » des gens que les résidentes ont appris à connaître et dont elles dépendent au quotidien, plainte qui, de surcroît, est adressée de façon plus ou moins formelle et procédurale à un inconnu. En somme, ces recours sont construits sur une conception « classique » de la défense des droits, telle que construite par les générations plus jeunes et influencée entre autres par le mouvement syndical androcentrique. Cette conception, sous une forme revendicatrice, repose sur la connaissance de ses droits et la reconnaissance des atteintes dont on est victime, mais aussi sur la volonté et la capacité individuelle de réclamer justice par la voie de procédures officialisées. Or, pour la grande majorité des femmes âgées hébergées que nous avons rencontrées, la réalité est toute autre. Lorsqu'on comprend le caractère fondamental des liens sociaux tissés dans le quotidien des résidentes, il n'est pas surprenant que celles-ci hésitent à « mordre la main qui les nourrit ». D'ailleurs, rares sont celles qui utilisent spontanément le concept de « droits » lorsqu'elles abordent leur quotidien en milieu d'hébergement. Elles parlent plutôt de la gentillesse et de la générosité des employées, présentent davantage les services reçus comme étant des « privilèges » et expliquent souvent les « écarts de conduite » des employées comme étant causés par une surcharge de travail ou une trop grande fatigue.

Nous ne prôtons pas le retrait des mécanismes qui sont actuellement en place : ils peuvent convenir à certaines résidentes et à leurs enfants, ou à certaines situations. Nous suggérons plutôt d'y joindre une approche différente, basée sur des interventions sociales plus près des résidentes et qui se centreraient davantage sur des liens sociaux significatifs. Les différentes pistes de renouvellement des pratiques au sein des milieux d'hébergement qui ont été présentées dans la section précédente, inspirée des approches de médiation ou de type « intervenante milieu », nous semblent être un premier pas vers une approche préventive qui serait mieux adaptée à la réalité des résidentes âgées. Mais il nous apparaît aussi clairement que le processus d'*empowerment* de ces femmes âgées se doit d'être appréhendé de façon beaucoup plus large et globale.

D'abord, le processus d'*empowerment* des résidentes se doit d'être amorcé avant même leur arrivée dans le milieu d'hébergement. Rappelons à ce sujet la violence symbolique qui traversait les récits des trajectoires et des circonstances de placement. Le droit pour ces femmes de choisir librement leur milieu de vie et de prendre les décisions qui les concernent a été, dans bien des cas, complètement bafoué. Le rôle des travailleuses sociales dans cette étape charnière de la vie des femmes âgées serait donc à repenser, à recadrer dans des pratiques centrées sur le soutien au processus d'*empowerment*. Dans une perspective structurelle, n'y aurait-il pas lieu de militer activement en faveur d'une remise en question du système et des procédures administratives actuelles entourant les démarches d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie? Notre responsabilité professionnelle envers ces femmes âgées ne devrait-elle pas nous amener, au-delà de la complétion de grilles d'évaluation psychosociale, à dénoncer les atteintes aux droits fondamentaux dont nous sommes témoins et auxquelles, jusqu'à un certain point, nous participons malgré nous?

Par ailleurs, et comme cela a été souligné au chapitre deux portant sur le cadre théorique, il serait utopique de parler de l'*empowerment* des résidentes sans aborder aussi celui des femmes qui travaillent dans les milieux d'hébergement. En plus des conditions salariales peu avantageuses, et d'imposantes contraintes organisationnelles et institutionnelles, ces femmes sont appelées à intervenir quotidiennement au cœur même de l'intimité des gens, et donc de leur vulnérabilité (lors des soins d'hygiène par exemple). La majorité des préposées n'ont qu'une formation de base de quelques semaines, certaines n'ayant aucune formation particulière dans ce domaine. Dans le cadre d'une étude en cours et portant sur les approches novatrices pour prévenir les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées hébergées¹³, les acteurs sociaux qui s'intéressent à la problématique s'entendent pour dire que les abus perpétrés par les membres du personnel sont davantage le résultat d'un manque de connaissances et de ressources que d'une réelle mauvaise volonté. En ce sens, les interventions strictement répressives apparaissent peu profitables¹⁴; le rôle des travailleuses sociales au sein des milieux d'hébergement gagnerait donc à inclure un volet visant la formation continue et le support au personnel. Les travailleuses côtoient, elles aussi, les personnes qui présentent des pertes cognitives et sont parfois, au même titre que les autres résidentes, victimes de leurs comportements inappropriés ou agressifs (Akerstrom, 2002).

Enfin, au niveau macrosocial, un travail imposant reste à faire afin de contrer la discrimination âgiste dont sont victimes les personnes âgées en général et, de façon

¹³ Cette étude nationale, « A way forward, Un pas en avant. Les approches novatrices pour prévenir les abus et la négligence envers les personnes âgées en milieu d'hébergement », est financée par le Fond canadien pour la santé des populations (Santé Canada, 2005-2007) ; chercheure principale Lynn McDonald (U. de Toronto), co-chercheuses du Québec : Michèle Charpentier et Marie Beaulieu.

¹⁴ Pourtant, les propositions de mesures répressives sont nombreuses, certaines allant même jusqu'à suggérer la mise en place d'un système de pénalités financières pour les employées qui porteraient atteinte aux droits des résidentes (Pearson et al., 1993).

encore plus marquée, les femmes âgées en perte d'autonomie. Comme l'explique Hummel (2002 : 42) :

« les manifestations de l'âgisme sont à lire à l'échelle individuelle ou collective, dans les relations interpersonnelles comme dans les pratiques institutionnelles, les croyances erronées et les généralisations abusives ayant pour résultat de discriminer, ségréguer, exclure les personnes âgées ».

Nombre d'auteurs reconnaissent qu'un processus individuel d'*empowerment* ne peut s'actualiser pleinement que dans la mesure où les barrières structurelles à cette reprise de pouvoir sont aussi remises en cause. Nous faisons nôtres les propos tenus par Garner (1999 : 3; traduction libre) dans un article très revendicateur : « Ce n'est pas le vieillissement qui est inacceptable, ni même les problèmes physiques qui peuvent l'accompagner. Ce qui est inacceptable, c'est la façon dont la société traite les femmes âgées et leurs problèmes ». En ce sens, cette discussion sur le renouvellement des pratiques auprès des femmes âgées hébergées ne saurait être complète sans une réflexion sur le rôle des travailleuses sociales dans cette lutte sociale plus large contre l'âgisme. Il nous apparaît clairement que les travailleuses sociales, tant dans leurs interventions quotidiennes que de façon collective par l'entremise de leur ordre professionnel, se doivent de participer activement au mouvement social déjà en émergence qui vise à revaloriser le vieillissement et les personnes âgées en tant que citoyennes à part entière. Les travailleuses sociales pourraient ainsi concourir à en faire un mouvement social fort, tentant de porter sur la place publique les réalités des personnes vieillissantes, d'exposer les discriminations qui pèsent de façon particulière sur les femmes âgées, de démystifier le quotidien en milieu d'hébergement et de faire valoir l'accès aux services et aux soins de santé requis comme un droit et non un privilège. D'ailleurs, nous nous expliquons difficilement le mutisme relatif de l'Ordre professionnel des travailleuses sociales du Québec à ce sujet. Compte tenu de l'implication d'un nombre grandissant de travailleuses sociales auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches, ne serait-il pas de notre devoir de joindre nos voix aux regroupements

d'aînés, aux organismes communautaires et aux différents acteurs sociaux qui réclament un investissement public dans une campagne d'information et de sensibilisation face à l'âgisme?

CONCLUSION

Les milieux d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont des univers méconnus, inspirant craintes et suspicions à la majorité de la population qui n'en connaissent que l'image négative dépeinte par les médias. Il s'agit de mondes féminins; les personnes hébergées sont majoritairement des femmes, de plus en plus âgées et présentant des pertes d'autonomie physique et cognitive de plus en plus importantes. Leur vulnérabilité est induite par plusieurs facteurs, mais peut-être surtout par la dépendance aux personnels pour les soins et services qu'elles requièrent au quotidien. D'ailleurs, l'image que l'on se fait généralement de ces aînées est celle de vieilles dames effacées, nécessairement passives et sans voix, de victimes n'ayant aucun pouvoir sur leur vie et leur avenir. Ainsi, les interventions auprès d'elles se teintent bien souvent de paternalisme et de protectionnisme.

C'est avec la volonté de faire contrepoids à cette vision unidimensionnelle des résidentes âgées que nous avons voulu leur donner la parole. Nous avons donc eu le privilège de rencontrer des femmes « ordinaires » mais combien inspirantes, âgées de 74 à 98 ans et demeurant dans différents types de ressources d'hébergement. Nous avons réalisé avec elles des entretiens semi-directifs abordant leur parcours de vie, leur arrivée en milieu d'hébergement, le respect de leurs droits au quotidien ainsi que les stratégies développées afin de faire valoir ces droits. Adoptant une perspective féministe du concept d'*empowerment*, l'analyse des témoignages de ces 13 aînées permet d'enrichir et de nuancer notre compréhension de la réalité de ces résidentes du grand âge.

Nées à une époque où le mouvement féministe n'avait pas encore permis l'émancipation sociale des femmes, la vie de ces résidentes a été façonnée, à des degrés divers, par les rôles sociaux traditionnels. Chez la majorité, les rôles d'aidante et de mère se trouvent, encore aujourd'hui et malgré les pertes d'autonomie, au cœur de leur identité personnelle. La plupart ont eu un rapport intermittent avec le marché du travail, laissant leur emploi au moment de leur mariage ou encore à la naissance de leur premier enfant. Avec l'avancement en âge, l'apparition de certains problèmes de santé et les deuils généralement nombreux (conjoint, fratrie, enfants), la nécessité d'un hébergement s'est éventuellement posée à ces femmes et leurs proches. Malheureusement, l'autonomie décisionnelle des aînées a souvent été bafouée; la majorité n'ayant pas même visité le milieu avant d'y emménager définitivement. La violence symbolique semble être un triste dénominateur commun dans les trajectoires de placement.

Il en résulte que ces femmes, bien qu'elles estiment demeurer dans de « bonnes » résidences qui dispensent les services dont elles ont besoin, ne se sentent pas chez elles dans ces milieux qu'elles n'ont pas choisis. Au cœur de leur quotidien, ce sont les relations tissées avec les autres résidentes et avec les employées qui meublent leurs discours : ces liens sociaux se trouvent à la base de leur appréciation de leur milieu de vie. Conscientes de leur position de vulnérabilité, c'est d'ailleurs en partie pour sauvegarder ces relations positives que la majorité des résidentes que nous avons rencontrées évitent les confrontations directes en cas de problèmes. Les stratégies utilisées par ces femmes sont clairement marquées par l'évitement, le contournement ou encore, par l'abdication. Une minorité d'entre elles sont en mesure de défendre leurs droits de façon plus proactive, le faisant toujours poliment et avec le souci de ne pas « abuser ».

Au terme de cette démarche de recherche, l'aspect paradoxal et complexe du concept d'*empowerment* lorsque appliqué à la réalité des résidentes âgées prend tout

son sens. Le pouvoir de faire respecter ses droits, s'il n'est compris que dans le cadre de sa définition plus classique s'approchant de la revendication et de la transposition dans diverses actions concrètes et prédéterminées (demandes formelles, plaintes, ou même griefs), ne saurait refléter fidèlement le quotidien et le discours des femmes que nous avons rencontrées. Ainsi, devant la sous-utilisation des recours officiels et des pratiques de défense de droits usuelles, les lectrices auront peut-être tendance à ne retenir de ce mémoire qu'un sentiment de passivité, de soumission et d'impuissance qui viendrait d'ailleurs confirmer l'image largement véhiculée socialement à propos des personnes âgées et des milieux d'hébergement, plus particulièrement. Pourtant, il ne fait aucun doute pour nous que les participantes âgées exerçaient, à des degrés divers, un pouvoir sur leur quotidien. Rares étaient celles qui se présentaient comme « victime » ou dont le discours laissait entendre qu'elles « subissaient » leur milieu.

Évidemment, leur marge de pouvoir est limitée par divers facteurs de fragilisation, qui relèvent tant d'un niveau individuel (personnalité, capacités et ressources personnelles, réseau social et familial, etc.) que collectif (contexte de dépendance et de vulnérabilité, déséquilibre de pouvoir entre les résidentes et les personnels, etc.). Mais cette contextualisation de la marge de pouvoir des résidentes âgées ne devrait pas, selon nous, résulter en une négation de leur pouvoir et des stratégies qu'elles mettent en œuvre pour l'exercer. Il faut éviter d'imposer notre conception du pouvoir, influencée entre autres par le mouvement des femmes et les syndicats, à ces femmes d'une autre génération, d'une autre pensée, d'une autre réalité. Tout en reconnaissant qu'il est primordial de déployer des efforts pour développer davantage le pouvoir d'agir de ces femmes, il nous apparaît tout aussi essentiel de respecter leur parole et leur vision subjective de leurs besoins : leur imposer les recours et les actions qui nous conviendraient à nous ne contribuerait en rien à leur *empowerment*. L'apport de cette recherche aura été d'abord de permettre à ces femmes âgées trop souvent victimes d'exclusion sociale de prendre la parole et de « devenir sujet », mais aussi de proposer des pistes de renouvellement des pratiques

visant *l'empowerment* qui prennent réellement assise dans le vécu et les besoins exprimés par les participantes.

En ce sens, les témoignages généreux et riches de ces femmes âgées nous confortent dans l'idée qu'une remise en question des pratiques actuelles auprès des résidentes âgées est nécessaire. Il faut reconnaître : 1) ce que ces femmes sont aujourd'hui, 2) la façon dont elles conçoivent leur quotidien et 3) que les stratégies d'*empowerment* qu'elles privilégient se posent en continuité avec leur trajectoire de vie. Les approches biographiques, sous forme de groupe de réminiscence ou d'atelier « récits de vie » par exemple, gagneraient à être développées davantage dans les milieux d'hébergement. En plus de la réappropriation par les résidentes de leur histoire, ces pratiques permettent aux personnels de mieux saisir l'unicité de chacune et, éventuellement, de développer des interventions plus personnalisées. Cette continuité dans les parcours de vie des femmes se reflète aussi au niveau des rôles sociaux. En effet, la majorité des participantes adoptent encore et toujours les rôles qui leur ont été dévolus tout au long de leur vie : elles se présentent comme des femmes serviables, gardiennes des relations interpersonnelles harmonieuses, qui se soucient davantage des autres que d'elles-mêmes. Les liens sociaux apparaissent centraux dans leur expérience de l'hébergement et il semble incontournable d'en faire l'assise de nos interventions dans ces milieux.

Or, la description de tâches des travailleuses sociales dans les milieux d'hébergement se limite habituellement à la gestion des listes d'attente et à des interventions de nature protectrice, liées entre autres aux régimes de protection. L'espace pour « travailler le social », pour nommer les tensions et les violences, pour les interventions de médiation ou d'*advocacy*, pour épauler les équipes de travail et les résidentes lors de situations problématiques, est limité. Un renouvellement des pratiques des travailleuses sociales au sein des ressources d'hébergement nous apparaît nécessaire, afin de soutenir le processus d'*empowerment* des résidentes

âgées. À la lumière des témoignages recueillis dans ce mémoire et de notre grille d'analyse féministe, critique, nous osons aller plus loin encore. Les travailleuses sociales ont le devoir professionnel, de façon individuelle et à travers l'OPTSQ, de se prononcer sur les barrières structurelles à l'*empowerment* des résidentes âgées. La violence symbolique des trajectoires de placement, le manque de ressources financières et humaines allouées aux milieux d'hébergement, le manque de soutien et de formation du personnel, l'âgisme omniprésent dans notre société, sont autant de facteurs qui limitent l'exercice des droits fondamentaux des femmes âgées demeurant en milieu d'hébergement.

Comme l'affirmait Ray (1999 : 174; traduction libre) : « la recherche féministe visant l'*empowerment* veut rendre les gens conscients des arrangements sociaux et se veut un prélude à l'action, [...] elle permet de soulever des questions ». Quels moyens sommes-nous prêts à nous donner, en tant que société, afin de soutenir l'exercice des droits des groupes sociaux vulnérables? Quelle est la place que nous reconnaissons socialement aux femmes qui ont atteint un âge avancé, et plus particulièrement à celles qui sont en perte d'autonomie et qui demeurent en ressource d'hébergement, à ces femmes qui ont contribué silencieusement à la société d'aujourd'hui, à ces mères, à ces grand-mères? Considérant que les participantes qui étaient en mesure de prendre des actions concrètes pour défendre leurs droits étaient généralement celles qui étaient plus scolarisées et qui avaient occupé des emplois rémunérés, il y a lieu de se demander, en tant que jeune féministe, héritière des luttes et des gains du mouvement féministe : les femmes des générations à venir connaîtront-elles une vieillesse différente de celle de ces dames âgées? Vieillirons-nous comme elles?

Pour terminer, nous aimerions laisser la parole à une des résidentes rencontrées. Elles savent, avec des mots souvent simples mais combien justes, exprimer les banalités du quotidien autant que les grandes évidences de la vie. Nous

n'avons eu, en réalité, qu'à les écouter et tenter de saisir toute la portée de ce qu'elles nous ont généreusement confié.

« On dirait qu'on n'a pas de place, nous, les vieux. Tu sais moi, j'ai déjà été jeune, mais eux n'ont jamais été vieux. Alors comment voulez-vous qu'ils nous comprennent? » (Mme Lafrance, 96 ans)

APPENDICE A

CANEVAS D'ENTREVUE AUPRÈS DES RÉSIDENTES

Première entrevue

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 aînées que de 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.

- Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez de vous un peu, de votre vie...
(Au besoin : mariée ? enfants ? emplois ? valeurs ?)
- Depuis combien de temps habitez-vous ici ?
- Pouvez-vous me parler des circonstances qui vous ont amenée à vivre ici ?
(Au besoin : Comment s'est prise la décision ? Quel a été le rôle de vos enfants ? Est-ce que des intervenantes ont été impliquées ? Est-ce que vous aviez visité la résidence vous-même ? Comment vous vous sentiez alors ?)
- Est-ce que vous aviez des attentes (positives ou négatives) par rapport au fait de venir vivre ici ?
- Comment s'est passé, pour vous, l'accueil et l'intégration à la résidence ?
- Aujourd'hui, après [durée de séjour], parlez-moi d'une journée typique pour vous... Qu'est-ce que vous faites habituellement ?
(Au besoin : heure des repas ? activités organisées ? passe-temps personnels ?)
- En y repensant, qu'est-ce que vous avez trouvé le plus difficile à propos de votre vie ici ? Et qu'est-ce qui 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 ?

Deuxième entrevue

Je vous remercie de me recevoir pour notre deuxième rencontre. Aujourd'hui, j'aimerais qu'on discute vraiment de ce que ça signifie, au quotidien, de vivre dans une résidence comme celle-ci... Alors vous allez voir, les questions vont tourner autour de votre vie de tous les jours. À quelques reprises, je vais aussi vous proposer un petit scénario et vous demander ce que vous feriez dans une telle situation... Comme à notre première rencontre, je vous rappelle 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.

- Premièrement, selon vous, qu'est-ce qui est important pour que vous soyez bien en résidence ? Quels sont les aspects les plus importants pour vous ?
- Parlez-moi un peu de comment ça se passe au quotidien les décisions ?
 - Par exemple, le choix de ce que vous portez ?
 - Le choix de l'heure de votre lever ou de votre coucher ?
 - Le choix de l'heure de votre bain ?
 - Le choix du poste de télévision...
 - **Scénario au besoin** : On vous sert un met que vous n'aimez pas au souper. Que faites-vous ? Est-ce déjà arrivé ou croyez-vous que cela pourrait se produire ? Est-ce quelque chose qui vous dérange beaucoup ou non ?
- De façon générale, est-ce que vous considérez que vous recevez les services et les soins dont vous avez besoin ?
 - Soins divers (hygiène, déplacements...)
 - Médicaments
 - Accès aux services de santé (médecin, infirmière...)
 - **Scénario au besoin** : Vous avez mal aux jambes depuis trois semaines, vous demandez à rencontrer un spécialiste et on vous répond qu'il n'y a pas de spécialiste (spécialiste entendu comme pouvant être un médecin, une physiothérapeute, un technicien en réadaptation physique, etc..) attiré à la résidence. Que faites-vous ? Est-ce déjà arrivé ou croyez-vous que cela pourrait se produire ? Est-ce quelque chose qui vous dérange beaucoup ou non ?
- De façon générale, parlez-moi du respect de votre intimité et de votre dignité ici ?
 - Par exemple, dans la façon dont les employées vous traitent ?

- Dans le respect de votre vie privée ?
- **Scénario au besoin** : Une employée vient vous aider à prendre un bain, ou à vous habiller, etc. Elle laisse la porte de votre chambre, ou de la salle de bain, ouverte. Que faites-vous ? Est-ce déjà arrivé ou croyez-vous que cela pourrait se produire ? Est-ce quelque chose qui vous dérange beaucoup ou non ?

- On entend parfois parler de personnes âgées qui sont mal traitées dans des milieux d'hébergement...
 - Premièrement, qu'est-ce que ça veut dire pour vous, 'mal traitées' ?
 - Est-ce que ça vous est déjà arrivé ?
 - Si oui, que s'est-il passé ? qu'avez-vous fait ?
 - Si non, est-ce que c'est quelque chose qui vous inquiète ?
 - **Scénario au besoin** : Une nouvelle employée vous aborde d'un ton brusque et vous bouscule un peu. Que faites-vous ? Est-ce déjà arrivé ou croyez-vous que cela pourrait se produire ? Est-ce quelque chose qui vous dérange beaucoup ou non ?
 - Quand de telles situations se produisent, qui a la responsabilité d'agir selon vous ? La personne âgée elle-même, sa famille, les autres résidents, des intervenants (CLSC, ou autres), la police, le gouvernement ?

- Pour terminer, on a parlé de votre quotidien ici, est-ce qu'il y a quelque chose qu'on devrait retenir de la vie en résidence ?

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT Responsables des milieux d'hébergement

Projet de recherche
**Droits et *empowerment* des personnes âgées
vivant en milieu d'hébergement**

Cette étude, dirigée par Michèle Charpentier, Ph.D., professeure à l'École de Travail Social de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), 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.

1. L'équipe de recherche :

L'équipe de recherche s'engage à conserver l'anonymat des ressources d'hébergement ayant participé à l'étude. Seules des données subjectives (région, nombre de résidents...) seront utilisées dans le cadre des publications entourant la présente recherche. De même, l'équipe s'engage à assurer l'anonymat des résidentes de votre ressource qui participeront à l'étude. Seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux données recueillies dans votre organisme (documents, bandes sonores des entrevues, notes de terrain) et elles seront détruites après publication du rapport de recherche. L'équipe s'engage à fournir une copie du rapport du rapport de recherche aux responsables qui le désirent pour fins de validation des informations.

2. La ressource d'hébergement :

Le-la responsable de la ressource s'engage à : 1) accorder à l'équipe de recherche une entrevue au cours de laquelle le profil de la ressource (nombre de résidentes, clientèle visée, etc.) ainsi que du ou de la responsable (parcours professionnel, fonctions, etc.) seront discutés; 2) fournir à l'équipe de recherche la liste des résidentes aptes à participer à la présente étude, aux niveaux cognitif et émotif (l'équipe réalise deux entrevues d'environ 45 minutes avec les participantes).

Il est entendu que l'une ou l'autre des parties impliquées peut décider de cesser la collaboration à tout moment si celle-ci ne se fait pas à sa satisfaction.

Responsable de la ressource : _____

Membre de l'équipe de recherche : _____

Date : _____

APPENDICE C

DÉPLIANT EXPLICATIF REMIS AUX PARTICIPANTES

Recherche subventionnée par :

**Ministère de la santé et des services sociaux;
Société Canadienne d'Hypothèques et de Logement;
PAFARC-UQAM**

Comité aviseur :

Michèle Charpentier, professeure

Maryse Soulières, étudiante

Maîtrise en Intervention sociale

Nathalie Blanchard, étudiante

Maîtrise en intervention sociale

Francine Dufresne, Forum des citoyens âgés

Table de concertation des âgés de

Montréal

Nicole Moreau, Secrétariat des âgés

Maurice Boucher, AQDR

Équipe de recherche

Michèle Charpentier, Ph.D

Professeure-chercheure à l'UQAM

**Maryse Soulières, assistante de
recherche** Étudiante à la Maîtrise à
l'UQAM

**Nathalie Blanchard, assistante de
recherche**

Étudiante à la Maîtrise à l'UQAM

N'hésitez pas à nous contacter

si vous avez des questions

514-987-3000 poste 1368

« La parole aux résidents »

Téléphone : 514-987-3000, poste 1368

Dans le cadre de notre recherche, nous nous intéressons à la réalité quotidienne des aîné-es qui demeurent dans différents milieux d'hébergement

Qui serait mieux placé pour nous en parler que les résidents eux-mêmes?

C'est pourquoi nous aimerions vous rencontrer pour discuter de votre vie dans ce milieu d'hébergement et de votre quotidien, en toute confidentialité.

Nous vous proposons 2 rencontres individuelles d'environ une heure chacune durant lesquelles nous aborderons les thèmes suivants :

Première rencontre :

les circonstances entourant la décision de déménager ici, votre arrivée, une journée typique pour vous....

Deuxième rencontre :

Ce qui est important, selon vous, pour que les aînés soient bien en résidence. Comment se passe votre quotidien?

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ADRESSÉ AUX RÉSIDENTES

Projet de recherche

Les droits des personnes âgées hébergées : la parole aux résidentes

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. Madame _____ a été choisie au hasard pour participer à l'étude, avec l'accord préalable des responsables de la résidence.

Je reconnais avoir été informée 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 le quotidien à la résidence et les services qui me sont offerts. J'accepte que ces rencontres 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 assurée 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.

En foi de quoi, je soussignée accepte de participer à l'étude.

Résidente : _____

Membre de l'équipe de recherche : _____

Date : _____

BIBLIOGRAPHIE

- Akerstrom, Malin (2002). « Slaps, punches, pinches – But not violence : Boundary-work in nursing homes for the elderly », *Symbolic interaction*, 25 (4), 515-536.
- Aronson, Jane (2002). “Frail and disabled users of home care: confident consumers or disempowered citizens?”, *Canadian Journal on Aging*, 21 (1), printemps, 11-25.
- Aubry, François (2005). « Les résidences privées à but lucratif pour personnes âgées : un portrait sectoriel », Sous la direction de Yves Vaillancourt et Michèle Charpentier, *Cahiers du LAREPPS*, no 05-08.
- Barnes, M. & Walker, A. (1996). “Consumerism versus *empowerment*: A principled approach to the involvement of older service users”, *Policy and Politics*, 24 (4), 375-393.
- Beauchemin, Malorie (2006). « Une famille poursuit le CHSLD Meilleur pour 80 000\$ », *La Presse*, vendredi 13 octobre, A10.
- Beaulieu, Marie & Caron, Francine (2000). « La place de la personne aînée dans la définition de son autonomie », *Le Gérontophile*, 22 (3), été, 47-56.
- Bickerstaff, Julie C. (2003). « Institutionnalisation des personnes âgées. Les représentations sociales et leurs impacts », *Revue canadienne de service social*, 20 (2), 227-241.
- Boldy, D.P. & Grenade, L.E. (2001). “Promoting *empowerment* in residential aged care: seeking the consumer view”, dans Heumann, L.F.; McCall, M.E. & Boldy, D.P. (Eds). *Empowering frail elderly people: Opportunities and impediments in housing, health, and support service delivery*, Westport: Praeger Publishers, 41-52.
- Bravo, G.; Charpentier, M.; Dubois, M.-F.; DeWals, P. & Émond, A. (1997). *La qualité des soins dispensés aux personnes âgées en perte d'autonomie par les ressources d'hébergement avec et sans permis ministériel*. Rapport final. Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, Institut Universitaire de gériatrie, Sherbrooke.
- Browne, Alister; Blake, Mary; Donnelly, Martha et Herbert, Deirdre (2002). « On liberty for the old », *Canadian Journal on Aging*, 21 (2), 283-293.

Calabrese, Daniel Anthony (1997). *Lived experience of the elderly in a nursing home setting*. Thesis, Master of Public Health, New York Medical College, New York, 81 pages.

Charlebois, Christine (1999). « Une formule québécoise unique de maintien à domicile : 'Les Habitations Partagées' », *Le Gêrontophile*, 21 (4), 17-20.

Charpentier, Michèle (2004). « De l'institution au marché : Transformation de l'hébergement des personnes âgées et enjeux actuels », *Vie et vieillissement*, 3 (2), 2-8.

Charpentier, Michèle (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 206 pages.

Charpentier, Michèle; Delli-Colli, Nathalie & Dalpé, Laure (2000). « L'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie dans un contexte de rareté des ressources publiques d'hébergement », *Intervention*, 112, 70-77.

Charpentier, Michèle (1995). *Condition féminine et vieillissement*, Les Éditions du Remue-Ménage, Montréal, 169 pages.

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2001). *L'exploitation des personnes âgées, vers un filet de protection resserré. Rapport de consultation et recommandations*, 194 pages.

Conseil des Aînés (1997). *La réalité des aînés québécois*, Gouvernement du Québec.

Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge (CCNTA) (2002). *La position du CCNTA sur le logement-services pour les aînés*, Ottawa : Gouvernement du Canada.

Cormie, J. (1999). « The Fife user panels project : empowering older people », in Barnes et Warren (Eds). *Paths to Empowerment*, Bristol : Policy Press.

Damant, D.; Paquet, J. & Bélanger, J. (2001). « Recension critique des écrits sur l'empowerment, ou quand l'expérience de femmes victimes de violence conjugale fertilise des constructions conceptuelles », *Recherches féministes*, 14 (2), 133-154.

Deveaux, Monique (1994). "Feminism and empowerment: A critical reading of Foucault", *Feminist Studies*, 20 (2), summer, 223-247.

- Dubois, Lise (1997). « La représentation du vieillissement à la télévision : Des images de négation et d'exclusion dans une logique de mise en marché », *La Revue Canadienne du Vieillissement*, 16 (2), 354-372.
- Dumont, Micheline & Toupin, Louise (2003). *La pensée féministe au Québec. Anthologie 1900-1985*. Montréal : Les Éditions du Remue-Ménage, 750 pages.
- Garner, Dianne (1999). "Feminism and feminist gerontology", *Journal of Women and Aging*, 11 (2/3), 3-12.
- Goffman, Erving (1968). *Asiles*, Paris: Éditions de Minuit, 451 pages.
- Gomm, Richard; Cathles Hagen, Alison; Rudge, David & Smith, Randall (1993). "Whose need is it anyway? A care management project in Cheltenham", in Smith, R. & Gaster, L. (Eds). *Working together for better community care*, SAUS Publications, Bristol, 83-112.
- Grau, L.; Chandler, B. & Sauders, C. (1995). "Nursing home residents' perceptions of the quality of their care", *Journal of psychological nursing and mental health services*, 33, 34-41.
- Griffin, Gabriele & Aitken, Lynda (1999). « Visibility Blues : Gender Issues in Elder Abuse in Institutional Settings », *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (1/2), 29-42.
- Gutierrez, L.-M. (1992). *Information and referral services: the promise of empowerment*, *Information and referral* 13, 1-18.
- Hazan, Haim (1994). *Old age constructions and deconstructions*, Cambridge: Cambridge University Press, 126 pages.
- Herr, Stanley S. & Weber, Germain (1999). "Aging and Developmental Disabilities. Concepts and Global Perspectives", dans Herr, S.S. & Weber, G. (Eds). *Aging, Rights, and Quality of Life. Prospects for Older People with Developmental Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1-16.
- Heumann, L.F.; McCall, M.E. & Boldy, D.P. (Eds) (2001). *Empowering frail elderly people: Opportunities and impediments in housing, health, and support service delivery*, Westport: Praeger Publishers.
- Hooyman, Nancy (1999). "Research on older women: Where is feminism?", *The Gerontologist*, 39 (1), 115-118.

Hummel, Cornelia (2002). «Les paradigmes de recherche aux prises avec leurs effets secondaires », *Gérontologie et Société*, 102, septembre, 41-52.

Koren, Chaya & Doron, Israel (2005). « Being a social worker in homes for the aged : the real, the ideal and the gaps between », *Journal of Gerontological social work*, 44 (3/4), 95-114.

Lemay, Gaëtane (2001). *Le rapport au pouvoir des femmes et des hommes et la représentation des femmes au bureau de la FTQ*, Mémoire en travail social, sous la supervision de Nancy Guberman, UQAM, 170 pages.

Lévesque, Justin & Panet-Raymond, Jean (1994). « L'évolution et la pertinence de l'approche structurelle dans le contexte social actuel », *Service Social*, 43 (3), 23-39.

MacRae, Hazel M. (1995). « Women and Caring : Constructing Self Through Others », *Journal of Women and Aging*, 7 (1/2), 145-167.

Mallon, Isabelle (2001). « Les effets du processus d'individualisation en maison de retraite. Vers la fin de l'institution totale? » dans De Singly, François (dir). *Être soi parmi les autres. Famille et individualisation, Tome 1*, L'Harmattan, pages 171-184.

Mallon, Isabelle (1998). « L'entrée en maison de retraite : une reformulation de la perception de l'espace urbain », dans Yerpez, Joël (Ed). *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*, Éditions de l'Aube, p. 106-119.

Mason, Sally (1997). «Social work research : is there a feminist method ? », *Affilia*, 12 (1), 10-32.

Mayer, Robert & Goyette, Martin (2000). « Politiques sociales et pratiques sociales au Québec depuis 1960 », dans Deslauriers, Jean-Pierre & Hurtubise, Yves (Eds). *Introduction au travail social*, Les Presses de l'Université Laval, 35-66.

McCall, M.E.; Heumann, L.F. & Boldy, D.P. (2001). «*Empowerment: Definitions, Applications, Problems and Prospects*», dans Heumann, L.F.; McCall, M.E. & Boldy, D.P. (Eds). *Empowering frail elderly people: Opportunities and impediments in housing, health, and support service delivery*, Westport: Praeger Publishers, 4-24.

McCall, Mary E. (2001). «Reimagining senior empowerment in service delivery: Creative applications in a global context», dans Heumann, L.F.; McCall, M.E. & Boldy, D.P. (Eds). *Empowering frail elderly people: Opportunities and impediments in housing, health, and support service delivery*, Westport: Praeger Publishers, 53-64.

Memmi, A. (1997). « La vieillesse ou la dissolution des pourvoyances », dans F. Kessler (dir.). *La dépendance des personnes âgées*, 2^e édition, Paris, Droit sanitaire et social, p. 11-14.

Mercier, Lucie (1994). « L'approche biographique et le processus de passage à la retraite », *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 12, 103-119.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, orientations ministérielles. Gouvernement du Québec.

Morawski, Jill (2001). « Feminist research methods. Bringing culture to science », dans Tolman, Deborah et Brydon-Miller, Mary (Eds). *From subjects to subjectivities. A handbook of interpretive and participatory methods*, New York : New York University Press, 57-75.

Morell, Carolyn (2003). "Empowerment and long-living women: return to the rejected body", *Journal of Aging Studies*, 17 (1), 69-85.

Morin, Paul; Dorvil, Henri; Grenier, Stéphane & L'abbée, Christine (2003). *Le pouvoir d'agir des personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale logeant en maison de chambres. Rapport de recherche*. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP), Montréal, 105 pages.

Neysmith, Sheila et MacAdam, Margaret (1999). "Controversial Concepts", dans Neysmith, Sheila (Ed). *Critical issues for future social work practice with aging persons*, Columbia University Press, New York, pages 1-26.

Neysmith, Sheila (1995). "Feminist methodologies: A consideration of principles and practice for research in gerontology", *Canadian Journal on Aging*, 14 (suppl. 1), 100-118.

Paré, Isabelle (2003). « Saint-Charles-Borromée. La mise en tutelle est réclamée », *La Presse*, samedi 6 décembre, A7.

Pearson, Alan ; Hocking, Susan ; Mott, Sarah & Riggs, Anne (1993). "Quality of care in nursing homes: from the resident's perspective", *Journal of Advanced Nursing*, 18, 20-24.

Poupart, Jean; Lalonde, Michèle et Jacoud, Mylène (1997). « Réflexion sur le statut de la méthodologie qualitative », *De l'École de Chicago au postmodernisme : trois quart de siècle de travaux sur la méthodologie qualitative. Bibliographie*

alphabétique et thématique, Cap Rouge : Les Presses Inter Universitaires, Casablanca : Les Éditions 2 Continents, 321-335.

Puijalon, Bernadette & Trincaz, Jacqueline (2000). *Le droit de vieillir*, Fayard : Paris, 281 pages.

Ray, Ruth E. (1999). "Researching to transgress: The need for critical feminism in gerontology", *Journal of Women and Aging*, 11 (2/3), 171-184.

Robinson, Joanne Patterson (2000). "Phases of the qualitative research interview with institutionalized elderly individuals", *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (11), 17-23.

Santé Québec (1995). *Enquête sociale et de la santé 1992-1993*, Gouvernement du Québec.

Schuster, Elizabeth (1996). "Ethical considerations when conducting ethnographic research in a nursing home setting", *Journal of Aging Studies*, 10 (1), 57-67.

Statistique Canada (2004). *Le Canada en statistiques*. Disponible sur le site internet : www.statcan.ca

Statistique Canada (2002). *Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe : le Canada vieillit*, Série analytique du recensement de 2001, Canada, 35 pages.

Sullivan, Robert (2003). *Theories and Theoretical Frameworks of Aging and Implications for Practice*. Document non publié, préparé pour l'Équipe Vieillesse et Société, 58 pages.

Summerson Carr, E. (2003). « Rethinking *empowerment* theory using a feminist lens : The importance of process », *Affilia*, 18 (1), 8-20.

Tannenbaum, Cara B.; Nasmith, Louise & Mayo, Nancy (2003). « Understanding older women's health care concerns : A qualitative study », *Journal of Women and Aging*, 15 (1), 3-15.

Thayer, Leah (2000). « Women and long-term care : An economic time bomb », *Network News*, 25 (6), 3-4.

Viriot Durandal, Jean-Philippe & Guthleben, Guillaume (2002). « Le pouvoir d'être vieux. *Empowerment* et police des âges », *Gérontologie et Société*, 102, septembre, 237-252.

Willcocks, Dianne; Peace, Sheila & Kellaheer, Leonie (1987). *Private lives in public places. A research-based critique of residential life in local authority old people's homes*, London: Tavistock Publications.

Wray, Sharon (2004). « What constitutes agency and *empowerment* for women in later life? », *The Sociological Review*, 52 (1), 22-38.