

## L'ÂGISME DÉMASQUÉ?

### PRODUCTION DU NUMÉRO

Catherine Geoffroy,  
*rédaCTRICE EN CHEF*

Renée Gauthier,  
*assistante à la production*

### COMITÉ DE RÉDACTION

Lise Dallaire  
Normand Filteau  
Ghyslaine Lalande  
Pierre Laflamme

### SOUS-COMITÉ D'EXPERTS

Martine Lagacé, Ph.D., Porteur du dossier  
Ghyslaine Lalande  
Louis Plamondon  
Francine Tougas

### CONCEPTION, RÉALISATION GRAPHIQUE ET INFOGRAPHIE

www.spinprod.com | *Mariane CogeZ*

IMPRIMERIE : Repro-UQAM  
www.repro.uqam.ca

### RÉPERTORIÉ DANS

Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
Index de la santé et des services sociaux

Point de repère ISSN 1707-0104

## SOMMAIRE

### 2. ÉDITORIAL : LE PRISME DÉFORMANT DE L'ÂGISME

Martine Lagacé, Ph.D., Département des communications, Université d'Ottawa

### 4. ÂGISME ET STÉRÉOTYPES, Jérôme Pellissier, Observatoire de l'âgisme

### 9. MES GRANDS-PARENTS, CES HÉROS, Janine Dupont, M.A. (gérontologie), Université de Sherbrooke

### 15. LA COMMUNICATION ÂGISTE, INFANTILISÉES ET CONTRÔLÉES :

**LE SORT DES TRAVAILLEUSES SÉNIORES?** Joëlle Laplante, Francine Tougas,  
Martine Lagacé et Monique Lortie-Lussier, École de psychologie, Université d'Ottawa

### 23. L'ÂGISME AU TRAVAIL : SITUATION PLUS URGENTE AU QUÉBEC QU'EN ONTARIO?

Marcel Mérette, Département des sciences économiques, Université d'Ottawa

### 29. DÉFI TRAVAIL 50+ : PASSER À L'ACTION POUR CONTRER L'ÂGISME EN MILIEU DE TRAVAIL

Ernest Boyer et Frédéric Lalande, Réseau FADOQ

### 33. LE SOUTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE, QUESTION D'ÉTHIQUE?

Rachel Janvier Lafrenière, infirmière, M.A. (gérontologie)

### 41. LA PERSONNE ÂGÉE ADMISE À L'HOPITAL EST-ELLE VICTIME D'ÂGISME?

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., Faculté de médecine, Université de Montréal; Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

### 49. L'ÂGISME PEUT-IL ÊTRE MEURTRIER? Louis Plamondon, Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL), Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

### 61. CE QUE NOUS PERCEVONS COMME « BIEN » POUR LES PERSONNES EN RÉSIDENCE!

Éric Sedent, ancien directeur des Petits frères des Pauvres (France et Québec)

### NOUVELLES DE L'AQG

#### 63. NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### 64. MOT DE LA PRÉSIDENTE

#### 66. RAPPORT DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

#### 67. ÉCHO DES RÉGIONS

#### 67. CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

#### 68. POLITIQUE DE LA REVUE

La seule revue francophone qui s'adresse particulièrement aux intervenants, aux professionnels, aux étudiants et à toutes les personnes intéressées à la gérontologie.

Vie et Vieillessement est une revue trimestrielle rejoignant plus de 1000 lecteurs particulièrement intéressés et actifs dans le domaine de la gérontologie. Vie et Vieillessement est le média par excellence pour rejoindre les écoles de formation, les résidences de retraités, les institutions du MSSS, les rassemblements de professionnels et de techniciens, les entreprises de l'économie sociale et les organisations de bénévoles oeuvrant dans le domaine de la gérontologie sociale.

### Tarifs de publicités 2009-2010

	Grandeur	Pour 1 numéro	Pour 4 numéros
Noir & blanc	Pleine page	475 \$	1 525 \$
	1/2 page	275 \$	900 \$
	1/4 page	175 \$	550 \$
4 couleurs	Pleine page	575 \$	1 725 \$
	1/2 page	375 \$	1 125 \$
	1/4 page	275 \$	825 \$

### Publicités maintenant disponibles en 4 couleurs

#### Parutions

Fin de février  
Fin de juin  
Fin d'août  
Fin de novembre

#### Dates de réception du matériel

Début de décembre  
Début d'avril  
Début de juin  
Début de septembre

Contact : Renée Gauthier, Sec. Générale tél. : 514-387-3612

Courriel : Renee.Gauthier@aqg-quebec.org



## é d i t o r i a l

# Le prisme déformant de l'âgisme

MARTINE LAGACÉ, Professeure adjointe, département de communication, Université d'Ottawa

Vous avez déjà fait l'expérience de regarder le monde à travers un prisme? Ce monde apparaît alors multicolore, il semble multiforme, teinté de nuances, certes riches et magnifiques, mais illusoire. C'est là le pouvoir du prisme, celui de déformer la réalité. Or, le regard posé sur le vieillissement et les aînés dans nos sociétés contemporaines traduit bien souvent l'illusion déformante du prisme. La réalité d'un vieillissement hétérogène ou encore « des vieillissements » est ainsi gommée par une vision globalisante où « tous » les aînés (à partir de 55 ans) ne se distinguent d'aucune façon. À travers ce prisme, les aînés sont alors « tous » des sages, de gentils grands-pères et grands-mères et de fiables personnes; en revanche, ils sont aussi « tous » confus, fragiles, malades, asexués, résistants au changement, déprimés, inutiles... car, quand il s'agit de regarder le vieillissement, les couleurs du prisme sont davantage teintées de gris que de couleurs chatoyantes.

À la source de ce regard, à la base de ces nuances fades et déformées du prisme, s'imprègnent les « stéréotypes », ces schèmes de pensée qui font en sorte qu'une personne, malgré son unicité et sa spécificité, disparaît derrière les caractéristiques attribuées à son groupe d'appartenance. Le groupe, le « tous », efface alors l'individu, le « soi » unique, et voici qu'un travailleur aux cheveux gris est *nécessairement* sur la voie déclinante de la productivité et que la personne de 65 ans souffre de troubles de mémoire lorsqu'elle cherche ses clés... Les stéréotypes sont réducteurs tout autant que puissants. Réducteurs parce qu'il s'avère difficile de s'en dépouiller : que l'on rencontre un travailleur âgé « productif », il n'est alors qu'une exception à la règle. Puissants parce qu'ils ouvrent la voie à la stigmatisation, à l'exclusion et ce, toujours en fonction du critère de l'âge. C'est toute la « logique » (si l'on peut parler de logique) qui sous-tend le phénomène de l'*âgisme*, conceptualisé par le gérontologue Robert Butler : un processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur

âge et qui s'apparente à celui du racisme et du sexisme, s'articulant autour de la couleur de la peau et du sexe (Butler, 1975). Si les jeunes peuvent être la cible d'âgisme, la réalité tend à montrer que les aînés le sont bien davantage. Et c'est là le double paradoxe de l'âgisme; non seulement se manifeste-t-il dans le contexte d'une population de plus en plus vieillissante où l'espérance de vie augmente, mais ses manifestations sont insidieuses : s'il révèle d'étroites ressemblances avec le racisme et le sexisme, il s'en distingue par le silence qui trop souvent l'entoure.

C'est dans ce contexte que nous consacrons ce numéro de *Vie et vieillissement* à une réflexion sur l'âgisme. Non seulement l'objectif est-il de démasquer le phénomène, dans ses manifestations explicites comme implicites, mais aussi d'en circonscrire les conséquences. Car toute forme de stigmatisation, de marginalisation constitue une menace au bien-être d'un individu tout autant qu'elle sous-tend un prix élevé à payer pour une société qui y souscrit. L'âgisme n'y fait pas exception : les aînés qui en sont la cible sont minés dans leur identité et leur estime d'eux-mêmes; plus encore, au plan social, les attitudes âgistes risquent de provoquer le désengagement de ceux et celles qui jouent pourtant un rôle essentiel dans le lien générationnel. D'où l'importance d'une réflexion à mener dans la lutte contre l'âgisme et dans l'appel au changement des mentalités par rapport au vieillissement. Il est logique de penser que le premier pas dans cette lutte consiste à *reconnaître* la présence sournoise mais tenace des croyances stéréotypées quant à l'avancement en âge. C'est l'objectif du texte de Jérôme Pellissier qui passe en revue, pour ne pas dire au scalpel, les stéréotypes âgistes contenus dans de nombreuses expressions langagières et véhiculés dans le discours public tout autant que médiatique. Ces stéréotypes sont banalisés à un point tel, selon l'auteur, qu'ils ouvrent la voie à la « bouc-émissarisation » des aînés.

Le pouvoir des stéréotypes, nous l'avons évoqué plus haut, tient à leur capacité de résistance. Il est en effet difficile de se dépouiller de préjugés une fois ceux-ci cristallisés dans des schèmes de pensée. Cette cristallisation s'expliquerait-elle par une exposition répétée et tôt dans la vie d'un individu? À tout le moins, les constats de l'étude menée par Janine Dupont rendent plausible cette hypothèse. Cette étude suggère en effet que les représentations de la vieillesse dans les albums de jeunesse québécois contemporains sont relativement teintées de stéréotypes.

Le milieu du travail n'échappe pas à la problématique de l'âgisme cela parce qu'il est un microcosme reproduisant, à un certain degré, la culture sociale. Les travailleurs âgés sont en effet confrontés à des stéréotypes âgistes selon lesquels ils seraient moins performants que leurs plus jeunes collègues, ils auraient moins de potentiel de développement et d'apprentissage, seraient plus résistants au changement, etc. Les résultats de l'étude menée par Joelle Laplante et ses collègues auprès de travailleuses âgées, suggèrent que la communication organisationnelle constitue un puissant véhicule des stéréotypes âgistes : précisément, c'est par le recours à un langage contrôlant et infantilisant auprès des travailleuses d'expérience que se concrétisent les préjugés âgistes.

Cet âgisme au travail est tout à fait paradoxal dans un contexte de pénuries de main-d'œuvre (actuelles comme anticipées) en ce qu'il a pour but l'exclusion des travailleurs vieillissants. En ce sens, l'âgisme constitue une menace à l'équilibre, voire à la survie des organisations de travail. Dans son texte, Marcel Mérette mesure, précisément en termes économiques, l'importance de l'âgisme en milieu de travail. Il effectue notamment une comparaison entre l'Ontario et le Québec et nous fait réaliser les coûts encore plus importants, actuels comme futurs, de l'âgisme dans cette dernière province. Enfin, Ernest Boyer, président du réseau de la FADOQ, présente les initiatives de ce réseau pour contrer l'âgisme en milieu de travail. Parmi celles-ci, la campagne **Défi Travail 50+** visant à contrer les préjugés à l'encontre des travailleurs d'expérience en sensibilisant les employeurs à la richesse de l'expérience détenue par ceux et celles âgés de 50 ans et plus, et en les aidant à mieux s'outiller.

Les stéréotypes et attitudes âgistes trouveraient aussi leur écho dans la relation d'aide, la relation de soins aux personnes âgées. C'est en effet le constat de Marie-Jeanne Kergoat dans sa réflexion sur les soins offerts à l'aîné en milieu hospitalier. En effet, l'auteur montre que l'âgisme qui prévaut dans l'ensemble de la société existe aussi dans les établissements de santé; ses manifestations se traduisent notamment dans les gestes et le langage quotidien, mais aussi dans une approche de soins globalement inadaptée aux besoins des aînés. La restructuration du système de santé au Québec, occasionnant un virage vers les soins à domicile, soulève aussi son lot de questions quant à la qualité de tels soins aux aînés en perte d'autonomie. À cet effet, Rachel Janvier Lafrenière a sollicité le point de vue des infirmières pour mieux comprendre comment celles-ci conçoivent le virage ambulatoire et ses effets, qu'elles qualifient, à certains égards, de néfastes sur les personnes âgées. Notre réflexion sur l'âgisme culmine avec un article percutant sur les conséquences dramatiques de l'exclusion des aînés. Dans son texte, Louis Plamondon, adoptant une approche socio-juridique, soulève la question suivante : l'âgisme peut-il être qualifié de « meurtrier » lorsqu'il se traduit par une non-assistance à des aînés en situation de grande vulnérabilité?

Ce numéro de *Vie et vieillissement* sera dorénavant un élément incontournable dans le démasquage de l'âgisme; il se veut complémentaire à d'autres initiatives importantes telles que la grande *Journée de réflexion sur l'âgisme : Au-delà de l'âge... Pourquoi l'âgisme*, organisée par l'Observatoire vieillissement et société de Montréal, le jeudi 19 mars 2009. En outre, nous souhaitons que l'ensemble des textes contenus dans le présent numéro permette d'approfondir la réflexion sur l'âgisme, ses manifestations et ses répercussions; surtout, que cette réflexion s'inscrive parmi les déclencheurs d'une lutte contre l'âgisme. Car, signalons-le de nouveau, la stigmatisation des aînés apparaît complètement paradoxale dans le contexte d'un vieillissement accéléré de la population. Profitons plutôt de ce tournant pour changer les mentalités et transformer le discours sur le vieillissement. Que les aînés soient une source de fierté et que leur présence et leur contribution dans nos sociétés soient célébrées.





# Âgisme et stéréotypes

JÉRÔME PELLISSIER, *écrivain, chercheur en gérontologie, secrétaire de l'Observatoire de l'âgisme, Paris-France*  
Auteur notamment de *La guerre des âges* (Éditions Armand Colin, 2007). Site internet : [www.jerpel.fr](http://www.jerpel.fr)

Les stéréotypes âgistes sont trop nombreux et variés pour qu'il soit possible de tous les évoquer ici<sup>1</sup>. Nombreux parce qu'il suffit de commencer une phrase par « les aînés ou les personnes âgées sont... » pour probablement produire un stéréotype : à part l'âge, il existe tout autant de différences entre chaque adulte âgé qu'entre chaque adulte d'un autre âge. L'un des principaux ressorts de l'âgisme consiste du reste en cette uniformisation des personnes âgées, ces caractéristiques psychologique ou sociales qu'on va leur attribuer « en masse », sans tenir compte des individus. Une ignorance qui résulte souvent... de l'ignorance ! En effet, moins une catégorie de la population est vue, connue, médiatiquement présente dans toute sa diversité, plus on finit par croire que tous ses membres sont identiques. En témoigne notamment la manière dont beaucoup de personnes comme beaucoup de médias ne parlent des « personnes très âgées » qu'en évoquant des questions de « maladie d'Alzheimer » ou de « dépendance ». Voici ainsi toutes ces personnes réduites à leur âge ; puis toutes ces personnes très âgées rendues identiques par l'association avec la maladie ou le handicap. Il est d'ailleurs, à ce sujet, toujours intéressant de constater comment les journalistes de la télévision s'adressent, lorsqu'ils en ont – rarement – l'occasion, à de très vieilles personnes célèbres (le chanteur Salvador, Mère Teresa, etc.) : plutôt que de remarquer que ces personnes témoignent de ce que le grand âge n'empêche bien souvent pas d'être en forme, épanoui, joyeux, etc., ils saupoudrent leurs interview de remarques du type : « C'est incroyable, vous êtes toujours jeune », « À votre âge, c'est étonnant... », etc. En effet, quand on est profondément persuadé qu'avoir 90 ans est synonyme de « sénile », on trouve tout étonnant une personne de 90 ans ne l'étant pas – au point de la voir comme « un jeune » !

*Il est même possible que l'âgisme et les discriminations dues à l'âge soient, dans nos sociétés, les formes de « racisme » et de discriminations les plus invisibles d'une part, les mieux tolérées d'autre part.*

Les stéréotypes âgistes, il faut le souligner, sont également aujourd'hui très banalisés. Il est même possible que l'âgisme et les discriminations dues à l'âge soient, dans nos sociétés, les formes de « racisme » et de discriminations les plus invisibles d'une part, les mieux tolérées d'autre part. En France, par exemple, un philosophe a pu exprimer sur une radio publique son souhait de supprimer le droit de vote pour les personnes âgées de plus de 80 ans<sup>2</sup> sans que cela provoque de réaction – on imagine en revanche les réactions très fortes qu'aurait provoquées ce même souhait de suppression de ce droit pour toute autre « catégorie » de la population... Régulièrement, les militants qui se battent pour que les pouvoirs publics soient très vigilants sur les discriminations basées sur le genre, la religion ou l'origine, sont silencieux lorsque c'est l'âge qui en est la cause. Encore tout récemment, en France, par exemple, une étude sur la « représentation de

la diversité dans les programmes de télévision » a observé cette diversité selon trois « marqueurs sociaux apparents : les professions et catégories socioprofessionnelles, le genre masculin ou féminin, les marqueurs d'ethnoracialisation »<sup>3</sup>. Aucune observation de la représentation des âges ou des générations. Nul doute que les vieilles personnes resteront donc encore longtemps sous-représentées dans les médias...

Cette banalisation des stéréotypes est d'autant plus insidieuse qu'elle transparaît ainsi, bien souvent, à travers des enquêtes qui limitent l'échantillon des personnes qu'elles interrogent, sur des sujets importants (sexualité, violences...), aux personnes de moins de 65 ans ou de 70 ans<sup>4</sup>. Plus difficilement perceptible que l'âgisme passant par des caricatures ou des insultes, cet

<sup>1</sup> Nous renvoyons le lecteur intéressé par une étude plus exhaustive de ces stéréotypes et de leurs conséquences à notre ouvrage *La guerre des âges* (éditions Armand Colin, 2007).

<sup>2</sup> Yves Michaud, durant l'émission « L'Esprit public », *France culture*, 4 juin 2006.

<sup>3</sup> Rapport *Représentation de la diversité dans les programmes de télévision*. Paris, Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, 2008.

<sup>4</sup> Cf. la « Lettre à la Halde sur l'exclusion des adultes âgés de certaines enquêtes » sur le site de l'Observatoire de l'Âgisme, à l'adresse : <http://agisme.fr/spip.php?article9>

âgisme par exclusion de ces personnes du champ de la recherche ou des études est de ce fait plus difficile aussi à combattre.

Faute donc de pouvoir exhaustivement parcourir le champ des stéréotypes âgistes, nous proposerons ici un simple panorama de quelques uns des plus flagrants, en distinguant trois catégories de stéréotypes qui diffèrent par leur nature ou par le procédé à l'œuvre. Il est en effet des stéréotypes qui traduisent seulement une vision négative ou alarmiste de réalités incontestables, celle par exemple des changements démographiques (le « vieillissement de la population ») ou celle de l'âge élevé des membres de certaines associations ou de certaines assemblées.

Il en est d'autres, nous l'avons évoqué, qui procèdent par uniformisation : ils vont attribuer à l'ensemble des personnes d'un certain âge certaines caractéristiques, psychiques, sociales, économiques. Ce faisant, ces stéréotypes déforment et travestissent la réalité, et finissent par nous empêcher de voir, au-delà de l'âge, l'immense variété des individus et des situations.

Enfin, nous évoquerons une troisième catégorie où, au cumul des éléments des deux premières, va s'ajouter un nouvel aspect, résolument accusateur. Là, le vieillissement de la population et les vieilles personnes caricaturées vont être « bouc-émissarisées », clairement accusées d'être responsables, coupables, de la plupart des problèmes et des maux socio-politiques de nos sociétés.

### L'alarmisme démographique

Dans la première catégorie de stéréotypes âgistes, trônent en première place les visions alarmistes et catastrophistes des changements démographiques.

Ces changements démographiques, très synthétiquement, quels sont-ils ? Ce que nous observons actuellement et pouvons projeter pour demain dans les pays occidentaux nous montre un fait essentiel : que la fameuse pyramide des âges va ressembler de moins en moins à une pyramide et de plus en plus à un obélisque. Ce que cela traduit : pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, nous allons vivre avec des personnes de quatre et cinq générations en vie au même moment. Que la famille du XVIII<sup>e</sup> siècle, où l'on était très souvent orphelin à 20 ans et où la grand-parentalité était

exceptionnelle est radicalement différente de la famille du XXI<sup>e</sup> siècle où il y a souvent, en même temps en vie dans une famille, des enfants petits, de jeunes adultes, des adultes d'âge moyen, des adultes âgés, des adultes très âgés. En quoi un tel phénomène serait-il négatif ? (Soulignons qu'il n'est négatif qu'en fonction d'une vision purement économiciste des phénomènes démographiques où tous ceux qui ne sont pas des « adultes d'âge moyen productifs » sont accusés de peser sur les autres...)

*Un tel décalage entre la réalité et la manière dont elle est ainsi dépeinte est signifiant : il révèle la phobie de la vieillesse à l'œuvre dans nos sociétés jeunistes et obsédées par la peur du vieillissement*

Et même s'il est vrai que, dans la majorité des pays occidentaux, vers 2050, il y aura entre 5 et 10% de personnes de plus de 85 ans, en quoi ces 5-10% de personnes âgées seraient-ils plus envahissants que les 5-10% de personnes âgées qui existaient en occident au début du XX<sup>e</sup> siècle (ces personnes âgées de 1900 étaient alors des personnes ayant plus de 65 ans) ?

Une pyramide démographique ayant la forme d'un obélisque, cela signifie simplement, d'un point de vue démographique (et non économique), que vivent au même moment des gens de tous âges... et que la majorité des personnes ne meurent plus avant d'être âgées ou très âgées.

Comment cette réalité est-elle généralement décrite ? Il suffit de lire la plupart de nos journaux pour trouver des expressions telles que « marée grise », « tsunami démographique », « armageddon gériatrique », etc.<sup>5</sup> Une vision où domine le sentiment que nos pays sont ou vont être véritablement « envahis » par les « vieilles personnes ». « La France de 2040 ressemblera à un hospice », « les pays occidentaux seront des pays de vieux », etc. : tel est le credo que plaquent sur la réalité de nombreux responsables politiques, journalistes, essayistes.

Un tel décalage entre la réalité et la manière dont elle est ainsi dépeinte est signifiant : il révèle la phobie de la vieillesse à l'œuvre dans nos sociétés jeunistes et obsédées par la peur du vieillissement. Une phobie telle qu'elle ne permet plus à ceux qui en sont la

<sup>5</sup> On trouvera une recension de certaines de ces expressions les plus courantes dans le livre de Richard Lefrançois, *Les Nouvelles frontières de l'âge*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2004.

proie de voir la réalité avec calme et sens des nuances. Il existe de nombreuses variantes à cet « âgisme démographique », notamment dans la manière toujours très négative dont est montré du doigt la moyenne d'âge de certaines assemblées ou l'âge de certains responsables.

On retrouve cela très régulièrement dans le champ politique. Bien qu'une assemblée comme l'Assemblée nationale n'aie jamais, en France, menée de politique différente en fonction de la moyenne d'âge des députées (les politiques différentes le sont en fonction de la majorité politique), à chaque fois que cette moyenne d'âge augmente, que le nombre de député-e-s de plus de 60 ans ou 70 ans augmente, on trouve de nombreux commentateurs accusant soudain ce phénomène d'être responsable d'une politique manquant « d'ambition », de « dynamisme », de « vision de l'avenir », de « goût du risque »...

*« Qui veut noyer son chien l'accuse de la rage », dit le proverbe. « Qui veut noyer son chien l'accuse de son âge », pourrait-on dire désormais.*

Les personnes de plus de 60 ans ou de 70 ans sont, pour ces âgistes, incapables de penser à l'avenir et de disposer d'un jugement politique comme les autres citoyens. Leur augmentation démographique est donc politiquement présentée comme une catastrophe (un peu comme, jadis, la perspective que les femmes votent!). Logiquement alors, au mépris de l'essence même de la démocratie, certains essayistes, en France comme dans d'autres pays européens, proposent soit de supprimer le droit de vote au-delà un certain âge, soit de diminuer la valeur des bulletins des électeurs âgés (ou d'augmenter la valeur des bulletins des électeurs jeunes)<sup>6</sup> !

Autre exemple dans le champ culturel, véritable serpent de mer de l'âgisme : les voix qui régulièrement accusent l'Académie française de ne pas être assez active, moderne, etc., à cause de la moyenne d'âge de ses membres – sans une seule étude ayant montré, bien entendu, que ladite Académie menait jadis une politique ou une activité bien différente lorsque la moyenne d'âge de ses membres étaient de trente ou quarante ans...

Dans toutes ces situations, l'âge apparaît ainsi comme une explication facile, que personne ne conteste, à toutes les accusations de non-modernisme. « Qui veut noyer son chien l'accuse de la rage », dit le proverbe. « Qui veut noyer son chien l'accuse de son âge », pourrait-on dire désormais. Un exemple récent, en Europe, en a été donné lorsque le probable futur doyen du Parlement Européen, Jean-Marie Le Pen, âgé de 82 ans, a tenu des propos révisionnistes. Fait habituel : Jean-Marie Le Pen est en effet connu pour tenir de tels propos depuis 50 ans. Malgré ce fait, plusieurs de ces confrères et de nombreux commentateurs ont insisté sur son grand âge comme s'il était la cause des propos... et demandé en conséquence que la séance inaugurale du Parlement ne soit plus présidée par son doyen...

### **Tous les seniors sont oisifs**

Dans cette première catégorie d'âgisme, ce n'est donc pas la réalité des faits (augmentation du nombre de personnes, ou d'électeurs, de plus de 60 ans) qui est niée (elle est même grossie) : ce sont les conséquences de cette réalité qui sont systématiquement perçues comme désastreuses !

En revanche, dans d'autres domaines, l'âgisme emprunte les voies du travestissement, voire du mensonge.

C'est le cas des formes d'âgisme qui touchent, au sein des entreprises, les salarié-e-s de plus de 40 ou 45 ans (dès 30 ans dans certains milieux où l'apparence et la jeunesse constituent les marchandises vendues ou leur habillage). De nombreux responsables du personnel sont persuadés que les personnes de 45 ans, à cause de leur âge, ne sont plus curieuses, compétentes, etc. Ces idées reçues sont d'autant plus dangereuses qu'elles donnent lieu à des pratiques qui vont finir par les rendre... pertinentes. On le constate par exemple dans le champ de la formation professionnelle continue. De nombreux responsables n'envoient pas en formation continue les salarié-e-s de plus de 40 ans. Ces salarié-e-s sont ainsi privé-e-s d'informations sur les évolutions des connaissances et pratiques touchant à leur métier. Leurs responsables peuvent ensuite constater que ces salarié-e-s de plus de 40 ans sont moins « au courant », « à la pointe des connaissances », que les plus jeunes!

<sup>6</sup> Sur ce sujet, voir la « Lettre de l'Observatoire de l'âgisme » au journal *Le Monde* au sujet de la valeur du vote

Travestissement de la réalité, également, dans les très fréquents discours présentant systématiquement les « seniors » comme s'ils étaient tous oisifs et aisés.

Actuellement, dans la plupart des pays occidentaux, à force de montrer systématiquement cette image des « seniors », de nombreuses personnes sont persuadées que la majorité des « personnes âgées » sont riches et que les retraité-e-s reçoivent plus d'argent que les salarié-e-s ! Les « personnes âgées » pauvres, les très nombreux retraité-e-s qui ont des difficultés économiques, etc., soudain n'existent plus. Polo rose, sourire ultra-blanc, montre en or, club de golf à la main et paquebot de luxe en arrière plan... : le senior caricatural des images de la publicité finit par être montré comme reflétant la réalité !

L'insistance de nombreux médias sur l'oisiveté des seniors, sur les loisirs des seniors, etc., produit également des croyances dangereuses qui font oublier que les retraité-e-s sont les principaux acteurs des aides et entraides au sein des familles, militants et bénévoles au sein des associations, et qu'ils tissent quotidiennement le tissu social de nos pays.

Ces stéréotypes sociaux (seniors oisifs et aisés) s'appuient et renforcent également les stéréotypes psychologiques que nous avons évoqués dans le domaine politique. Exactement sur le même mode que les stéréotypes sexistes ou racistes – attribuant à toute femme ou à toute personne de telle ou telle origine des caractéristiques –, les stéréotypes âgistes attribuent à toutes les vieilles personnes certains traits de caractères : c'est ainsi que le fait d'être politiquement *conservateur*, d'être économiquement *avare*, d'être affectivement *égoïste*, caractéristiques dont on observe quotidiennement qu'elles peuvent être le fait de gens de tous âges (« Le temps ne fait rien à l'affaire », comme l'écrivait Molière et le chantait Brassens), deviennent des attributs quasi ontologiques des vieilles personnes.

Le tout culmine lorsque sont attribuées à toutes les personnes de plus de X ans des caractéristiques ou symptômes qui atteignent les personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs. Et voici alors tous les aîné-e-s forcément « séniles », « gâteux », etc. Révélateur : cet exemple que l'on trouve, dans un dictionnaire de langue française fort utilisé sur ordinateur<sup>7</sup>, pour illustrer l'usage du mot « divaguer » (définition : « s'égarer dans ses propos, tenir des propos déraisonnables, incohérents ») :

« Mon père se fait vieux et commence à divaguer. »

Méfions-nous : cette forme d'âgisme est très insidieuse et peut nous conduire, sans même que nous nous en rendions compte, à moins écouter, à moins prendre en considération la parole de personnes très âgées. Il est ainsi courant de voir des repas où, aisément, on peut se retrouver à moins adresser la parole ou à moins être attentif aux interlocuteurs âgés ; comme il est courant de voir des situations où un adulte d'âge moyen accompagnant son père ou sa mère à un rendez-vous médical se met à répondre à la place de son parent aux questions que pose le médecin...

### Boucs émissaires

Mais revenons à nos stéréotypes pour évoquer cette dernière forme d'âgisme, plus récente que les deux autres. À force de présenter les « seniors » ou les aîné-e-s comme à la fois oisifs et aisés, égoïstes et passifs, malades et coûteux, on en vient vite à les accuser d'être socialement et économiquement irresponsables dans un premier temps... puis dans un second temps d'être responsables des différentes difficultés socio-économiques de nos pays. Retraité-e-s, personnes âgées malades, sont ainsi de plus en plus souvent présentés comme des « charges », des « fardeaux », des « poids économiques » !

Là encore dans le déni complet de la réalité (les dépenses de retraite et de santé, comme les dépenses d'éducation et de culture, sont des dépenses de civilisation qui rapportent infiniment plus à une société humaine qu'elles ne lui coûtent matériellement), ces stéréotypes sont dangereux : ils font des aîné-e-s les boucs émissaires de problèmes qui sont des problèmes politiques, économiques, idéologiques... et non des problèmes dus à une catégorie de la population, que cette catégorie soit fondée sur l'âge, le genre ou l'origine...

Il est du reste toujours judicieux d'imaginer une société sans ses boucs-émissaires, autrement dit, de voir ce qu'il en serait des problèmes si soudain n'étaient plus là ceux qu'on accuse d'en être les responsables. Autrement dit, imaginons des pays comme les nôtres sans « personnes âgées » mais avec, comme dans les pays où les vieilles personnes ne sont pas nombreuses, beaucoup plus d'enfants et beaucoup plus d'adultes jeunes malades, mourants. Dans de tels pays, que constaterait-on ?

<sup>7</sup> Dictionnaire *Antidote* produit par la marque Druide informatique.

Que pour les mêmes raisons (conséquences économico-sociales du système libéral), il existerait des difficultés de financement importantes pour les crèches, les écoles, les universités, les hôpitaux, les institutions où vivent des personnes handicapées, etc. Bref, ce ne sont pas les vieilles personnes qui mettent en difficulté notre système économique, c'est notre système économique et les valeurs qu'il produit qui ont perdu leur finalité et refusent de plus en plus de financer l'éducation, la santé, la culture, etc. – tout ce qui n'est pas *matériellement* rentable.

*Avant d'être un symptôme de sociétés malades, l'âgisme est aussi un outil au service d'une idéologie qui peut ainsi attirer nos regards vers de faux coupables.*

Comme tous les boucs émissaires, les aîné-e-s peuvent être accusé-e-s de tout... et de son contraire. Sont-ils malades et ne peuvent-ils payer leurs soins : ils sont une charge pour les autres et pèsent sur l'économie. Sont-ils en bonne santé et en profitent-ils : comment osent-ils s'amuser tandis que les jeunes rament ? Les seniors travaillent : ils piquent la place des jeunes. Ils ne travaillent pas ? On leur reproche le coût de leur inactivité. Ils prennent soin d'eux ? Quels égoïstes ! Ils prennent soin des autres : là, encore la seule activité dans laquelle on les tolère, s'ils ne demandent rien, ne coûtent rien, ne se montrent pas trop mais prennent soin des malades, des handicapés, des petits enfants, sont toujours là comme grands parents et comme « aidants naturels », etc. Et doivent veiller, ne l'oublions pas, à ne pas faire leurs courses ou partir en vacances en même temps que les actifs-importants-et-surmenés qu'ils risquent alors de déranger !

Bref, comme d'habitude, le bouc émissaire est essentiellement là pour porter : les critiques, les tares, et ceux dont on ne veut pas s'occuper. Mais qu'il prenne garde : plus il sera indispensable, plus on lui reprochera la moindre défaillance. Ainsi n'est-il plus rare de voir des « grands parents » s'attirant des reproches très violents en refusant une seule fois de ne pas garder les petits-enfants lors d'une sortie des parents, d'un week-end ou de vacances.

### **Le symptôme « âgisme »**

Avant d'être un symptôme de sociétés malades, l'âgisme est aussi un outil au service d'une idéologie qui peut ainsi attirer nos regards vers de faux coupables. Car les

stéréotypes âgistes constituent une manière fort habile de ne pas parler d'autres sujets, un moyen pratique de masquer d'autres réalités. Après tout, tant qu'on croit que ce sont les aîné-e-s qui sont riches, on évite de se pencher sur les inégalités qui existent, quelle que soit la génération, qu'on ait 20 ou 90 ans, entre les peu nombreuses personnes riches et les assez nombreuses personnes modestes ou pauvres. Après tout, tant que l'on peut accuser les aîné-e-s d'être responsables de nos crises économiques et des difficultés des plus jeunes, on évite de se pencher sur d'autres responsabilités. Après tout, tant que ce sont les très vieilles personnes qu'on peut associer à la maladie, au handicap et à la mort, on peut continuer à se croire éternellement jeunes, rapides, performants, invulnérables... Ils sont donc bien utiles, les aîné-e-s, pour masquer et empêcher d'autres questions, d'autres réflexions, d'autres responsabilités.

Au-delà de cette utilisation, l'âgisme apparaît bien comme le symptôme d'une société malade.

Malade de jalousie face à ces personnes retraité-e-s qui profitent de leur retraite pour prendre soin de leurs proches, d'eux-mêmes, de la nature ou du lien social. Bref, qui se sont libérées de certaines des chaînes par lesquelles s'aliènent et/ou sont aliénés les actifs.

Malade d'angoisse face à ces personnes qui risquent de nous rappeler que la chute de l'être est forcément terrible quand l'être a pris pour seul soutien ce qui ne peut que se posséder temporairement, apparence ou argent.

Malade de peur face aux personnes âgées malades, face aux personnes âgées mourantes, que l'on préfère isoler pour ne pas regarder en face ce à quoi nous refusons de penser. Une culture qui ne propose pour modèle que l'idole d'un jeune veau d'or ne peut laisser les vieilles personnes dire et montrer qu'il existe d'autres valeurs, d'autres modes d'être. Une culture qui nie la mort et la vulnérabilité ne peut laisser les vieilles personnes nous les rappeler.

Poussé à bout de sa logique, l'âgisme débouche sur le meurtre. Meurtre social quand il s'agit de proposer « une fin de vie citoyenne » en enlevant le droit de vote aux aîné-e-s. Meurtre moral quand des économistes calculent la valeur des vies humaines et indiquent qu'une « vie de vieux » *vaut moins* qu'une « vie de jeune ». Des formes de meurtres qui font le lit de meurtres réels, qui peuvent conduire certaines personnes à se croire socialement, culturellement, moralement soutenues lorsqu'elles volent, frappent ou tuent des aîné-e-s.





# Mes grands-parents, ces héros

Représentations de la vieillesse et des relations intergénérationnelles dans les albums de jeunesse québécois contemporains

JANINE DUPONT, M.A. Université de Sherbrooke

## Apprendre à vivre et à vieillir

Pourquoi certains enfants croient-ils que vieillir signifie être malade ou mis en retrait de la société? Pourquoi des jeunes filles en viennent-elles à dire que certains vieillards sont épouvantables et qu'elles espèrent mourir avant d'être vieilles? (Grégoire, 1963, cité par Khalid et Dallaire, 2007). « La peur de l'âge n'est pas née dans une feuille de chou. Elle est née de tout ce qui, dans notre société, définit la vieillesse comme un déclin, une détérioration de la jeunesse » (Khalid et Dallaire, 2007).

*Ce que les jeunes voient, entendent et lisent sur la vieillesse et le vieillissement sont autant de représentations servant à la construction de leurs pensées et de leur attitude (Conseil des aînés, 2006).*

Les croyances et les comportements des adultes de tous âges sont en partie le produit de ce qui a été semé à l'enfance. Ce que les jeunes voient, entendent et lisent sur la vieillesse et le vieillissement sont autant de représentations servant à la construction de leurs pensées et de leur attitude (Conseil des aînés, 2006). L'étude de Hummert (1994) montre que les jeunes, les adultes et les personnes âgées partagent un grand nombre d'images plus ou moins positives au sujet de l'âge. Parmi ces images, on trouve, notamment, celles de la retraite dorée, de grands-parents « parfaits » et d'aînés malades, isolés, aigris ou apathiques. Ces représentations sont, en fait, des stéréotypes dans la mesure où ce sont des généralisations qui réduisent les personnes et les situations à quelques caractéristiques, souvent erronées, voire parfois caricaturales. Qu'il soit positif ou négatif, un stéréotype peut s'avérer tout aussi dommageable dans la mesure où il sert à anticiper ou à interpréter les situations et à y réagir (Manonni, 2001). Par exemple, l'idée de devenir malade et dépendant ou d'être rejeté de notre milieu social fait naître la peur de vieillir en chacun de nous. Quant à

la retraite dorée, elle peut sembler un idéal à atteindre. Pourtant, on se doute bien que peu y auront accès (Conseil des aînés, 2006). Un rêve impossible entraîne inévitablement la déception. Alors, aussi positive soit-elle, une représentation a finalement peu de valeur si elle est construite sur la base de stéréotypes.

Combattre les stéréotypes envers les aînés demande à ce qu'un effort de réflexion soit fait pour remettre en question, lorsque nécessaire, les croyances et les mentalités (Conseil des aînés, 2006). Par l'analyse des livres d'histoires pour enfants, nous réfléchissons sur les représentations de la vieillesse et des relations intergénérationnelles que ces ouvrages transmettent aux enfants. L'objectif est de voir si l'image qui en ressort est constructive et peut servir de modèle au jeune lecteur. Si tel est le cas, c'est que cette image contribue à l'adaptation de l'enfant qui évolue dans une société vieillissante et qu'elle sert à la construction de liens solides entre les plus jeunes et les plus âgés, favorisant ainsi le bien-être de chacun d'eux.

## Des enfants grandissant au sein d'une société vieillissante

Encore plus que leurs ancêtres, les enfants sont et seront confrontés à la vieillesse. D'une part, l'espérance de vie est plus élevée que jamais : un enfant né en 2001 est susceptible de vivre jusqu'à 80 ans (Institut de la statistique du Québec, 2005). Alors que l'enfance dure un peu plus qu'une dizaine d'années, l'allongement de la durée de vie fait en sorte qu'un jeune Québécois passera près du tiers de sa vie en étant considéré comme âgé. D'autre part, les enfants grandissent dans des familles qui, dû au phénomène de recombinaison familiale, peuvent compter jusqu'à 4 couples de grands-parents. Cela sans compter la présence accrue d'arrière-grands-parents (Attias-Donfut et Segalen, 2001). En fait, on assiste présentement à un renversement des proportions enfants/aînés. En 1971, le Québec comptait 17 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes

de moins de 20 ans. En 2001, ce rapport était de 54/100. En 2031, pour 100 jeunes, il y aura 145 personnes âgées (Gauthier, 2004). C'est dire que toute leur vie durant, nos jeunes contemporains vont côtoyer un grand nombre d'aînés, et ce, dans tous les milieux.

*Contrairement aux hommes qui, généralement, se reposent ou s'adonnent à des activités ludiques avec les enfants, les femmes âgées prennent soin d'enfants ou d'animaux en les protégeant et en veillant à leur bien-être. La discrimination en fonction des sexes s'étend au marché du travail : on parle de l'emploi de quelques personnages masculins, mais pas du tout de celui des personnages féminins.*

### **Un livre comme un trait d'union entre deux générations**

À la maison, à la bibliothèque, à l'école, les enfants lisent des albums pour se divertir, mais aussi pour apprendre. Les albums offrent des représentations, en termes de connaissances sur la vieillesse, sur les personnes âgées et sur le lien qui les unit aux plus jeunes. Selon l'Observatoire de la lecture (2003, p. 19) « Ils [les albums] sont porteurs de savoirs, [...] on apprend aussi à être à soi, aux autres, au monde, dans le livre et par le livre ». Par conséquent, les attitudes et les comportements des jeunes lecteurs peuvent être influencés par ces représentations.

Les livres pour la jeunesse ont le pouvoir d'unir les générations. De tous les temps, les anciens racontent des histoires aux plus jeunes. Encore aujourd'hui, la tradition se perpétue. Par exemple, le programme national québécois *Lire et faire lire* vise à stimuler l'intérêt pour la lecture et à créer un lieu d'échanges intergénérationnels. Le programme fonctionne grâce à la participation d'aînés bénévoles qui font la lecture à des groupes d'enfants pour ensuite discuter avec eux autour du récit. Une bénévole commente ainsi son expérience : « Au fil des semaines... les liens se sont effectivement créés; nous avons un vécu commun, celui du rêve... Ceci dans la joie, la beauté, sans pression. L'idée de participer un peu, moi aussi, à cette action ajoute à mon bonheur ».

Dans le but de découvrir ce que les albums de jeunesse proposent comme connaissances de la vieillesse et des relations intergénérationnelles, nous avons fait l'étude des albums de jeunesse québécois.

### **La vieillesse et les relations intergénérationnelles dans les albums jeunesse québécois contemporains**

Nous (Dupont, Beaulieu et Pouliot 2007) avons fait l'étude des albums de jeunesse québécois répondant aux critères suivants : a) édités au Québec entre 1998 et 2006, b) originalement écrits en français, c) visant un lectorat âgé entre 6 et 12 ans et d) un des personnages principaux est considéré comme étant âgé. L'exploration des ressources ayant permis la composition du corpus s'est faite à partir des mots-clés suivants : grands-parents, grands-pères, grands-mères et personnes âgées. Finalement, 30 albums répondaient à tous les critères et furent retenus. Pour dégager les représentations et leur signification, nous avons utilisé une méthode qualitative d'analyse de contenu. Parce que l'étude visait spécifiquement le contexte social québécois, une grille d'analyse des textes et des images fut construite. Les catégories de représentations de cette grille furent principalement établies à partir de la recension, c'est-à-dire, des éléments observés par les chercheurs français et américains s'étant intéressés au même sujet. Les principaux aspects analysés ont porté sur le sexe, l'apparence, la santé, la vie sociale, la vie professionnelle des personnages âgés ainsi que sur les relations intergénérationnelles en termes de filiation, d'attitudes et d'activités.

### **Sexe**

Les albums québécois semblent échapper à la surreprésentation des hommes souvent présente dans les livres jeunesse (Cromer et Turin, 1998). En effet, héros masculins et féminins sont à compte égal (16 masculins, 16 féminins). C'est donc une image mixte des aînés qui est montrée. Ensuite, les hommes âgés sont tous, sans exception, très engagés auprès des enfants. Ce qui n'est pas exactement le cas des femmes âgées. Dans seulement 6 albums, il est question de relations avec un enfant. Autrement, elles sont seules ou en compagnie d'animaux. Autrement, le sexisme fait surface lorsqu'on constate que l'ensemble des personnages féminins endossent, en partie ou en totalité, un rôle maternant. Contrairement aux hommes qui, généralement, se reposent ou s'adonnent à des activités ludiques avec les enfants, les femmes âgées prennent soin d'enfants ou d'animaux en les protégeant et en veillant à leur bien-être. La discrimination en

fonction des sexes s'étend au marché du travail : on parle de l'emploi de quelques personnages masculins, mais pas du tout de celui des personnages féminins.

En montrant que la femme doit nécessairement « prendre soin », les albums analysés n'échappent pas à une vision stéréotypée en fonction des sexes. En guise de recommandation, citons Khalid et Dallaire (2007) :

« ... il y a pour la femme de multiples alternatives à ses rôles biologique et maternel, affectés l'un comme l'autre par l'avancée en âge. Elle peut enfin envisager un « nouveau départ », exploiter un plus vaste éventail de possibilités économiques, culturelles et professionnelles et saisir toutes les chances qui continuent à s'offrir à elle pour vivre pleinement, jusqu'au bout, son existence. C'est la clé de l'autonomie et de l'adaptation à la vieillesse » (p.41).

## Apparence

L'apparence des personnages âgés est fortement marquée par les stéréotypes. Du côté des hommes, la calvitie et la moustache dominante (cette dernière est parfois longue et frisée sur les bouts). Plus du tiers des femmes âgées portent le chignon. Près de la moitié des personnages ont des lunettes rondes. À cette description s'ajoute la présence d'accessoires vestimentaires tels les bretelles et le nœud papillon, le châle et le petit chapeau à fleurs. À la lecture d'une lettre écrite par un gamin, on assiste à une description clairement stéréotypée d'une grand-mère idéale : « Recherche grand-mère pour garçon de 7 ans. Doit être petite, assez vieille et avoir les cheveux blancs » (Dézainde, 2003, p.12).

Du nœud papillon au petit chapeau à fleurs, l'apparence générale des aînés est charmante. On sent, dans ces albums, une nostalgie des temps anciens. Dans certains cas, on va jusqu'à présenter des personnages vêtus à la manière des dandys, c'est-à-dire selon la mode anglaise de la fin du 18<sup>e</sup> siècle. Dès lors, on peut se demander jusqu'à quel point de telles images peuvent servir à l'adaptation de l'enfant au regard du vieillissement et, si aucun ne peut y reconnaître les

aînés qu'il côtoie, comment peuvent-elles contribuer à la construction de liens intergénérationnels solides.

## Santé

La majorité des personnages âgés observés sont représentés en bonne santé et fonctionnels physiquement. En fait, seulement 4 albums sur 30 montrent des personnages ayant des problèmes de santé. Entre autres, il est question d'incontinence et de problèmes cardiaques. De plus, un des personnages a « les jambes en spaghetti » et un autre prend des médicaments (on ne sait pas pour quelle raison). Sinon, on dresse plutôt le portrait d'une santé exemplaire, les aînés étant capables d'exploits physiques. En effet, 10 des 13 personnages féminins surpassent le niveau normal de capacités physiques de tout être humain. La plupart

du temps, sous le couvert de l'humour, ces histoires nous présentent une super mamie qui fait de la course automobile, va dans les montagnes russes, grimpe avec assurance dans les hauteurs, etc. Les exploits des hommes tiennent plus de l'activité physique intense que des prouesses d'un super héros. Par exemple, un livre montre un grand-père qui, en plus de porter

un sac à dos, marche en montagne la nuit, tenant le petit-fils d'un bras et la lampe de poche dans l'autre. L'exercice, sans être spectaculaire, demeure extrêmement exigeant physiquement.

Se situant bien loin de la fragilité et de la dépendance, les albums québécois montrent une image principalement positive, voire spectaculaire, de la santé des aînés. À leur lecture, on pourrait même en venir à se demander ce qu'il en est des pertes réelles se rattachant à un vieillissement normal et s'il ne serait pas question ici de jeunisme (valorisation de la jeunesse et de ses attributs). Mais, sans même parler des pertes de capacités physiques dues au vieillissement, les actions de certains héros âgés sont irréalisables pour la plupart d'entre nous. Elles ne reflètent en rien les capacités réelles maximales d'une personne âgée. Bien qu'il puisse être bénéfique de rire gentiment d'une réalité qui n'est pas toujours facile à accepter, il y a place, dans les

albums, pour une représentation mieux équilibrée de l'évolution des capacités physiques au fil des âges.

### Vie sociale et professionnelle

Plus de la moitié des hommes et la presque totalité des femmes ne semblent pas partager leur vie avec un conjoint. À part quelques brèves interactions avec des personnages, tels une caissière ou un professeur, la vie sociale des personnages âgés n'est pas représentée. Aucune relation privilégiée n'est entretenue avec des personnages autres que le jeune héros ou les animaux de compagnie. En fait, c'est une image très réduite de la vie sociale des aînés que les albums offrent aux jeunes lecteurs.

Quant à l'engagement social, le bénévolat ou la participation des aînés à diverses organisations est passé sous silence. Aussi, peu d'importance est donnée à la vie professionnelle des personnages âgés. Le travail effectué dans le passé ou dans le présent est évoqué pour 3 personnages masculins. Un grand-père vit en Italie où il s'occupe de son oliveraie tandis qu'un autre est représenté, dans sa jeunesse, conduisant un camion (qu'on suppose être un camion de livraison) et un vieillard s'adonne toujours à la pêche en mer. On se souvient que les albums ne montrent pas de personnages féminins sur le marché du travail.

Le portrait de la vie sociale et professionnelle des personnages âgés que nous offrent les albums du corpus ne ressemble pas tout à fait au vécu des aînés québécois. Car, en réalité, la plupart d'entre eux sont satisfaits de leurs rapports sociaux et beaucoup profitent d'un bon réseau de soutien (Conseil des aînés, 2006). De plus, la contribution sociale des aînés dans le domaine du bénévolat est remarquable. Selon Statistique Canada (2004), les personnes de 65 ans et plus font en moyenne 245 heures de bénévolat par année (44 % plus que les 25-44 ans). De plus, en 2007, près de 32 % des personnes âgées de 55 ans et plus occupaient un emploi (Statistique Canada, 2007). En omettant de représenter les personnages âgés actifs, engagés socialement et en interaction avec leurs pairs, les albums risquent

d'encourager les mythes de l'isolement et de l'apathie associés à la vieillesse. Déjà, le sujet peut sembler épineux pour les jeunes générations qui craignent d'avoir la charge économique des générations âgées. D'où l'importance de valoriser l'apport des aînés tant par leur travail passé et présent que par leurs activités bénévoles actuelles. En résumé, une description plus élaborée de la participation sociale réelle des personnes du troisième âge contribuerait possiblement à sa mise en valeur et à sa reconnaissance.

### Relations intergénérationnelles

#### Filiation

Dans les albums, les relations intergénérationnelles ne sont pas exclusivement vécues avec les grands-parents. Les ouvrages du corpus démontrent une certaine ouverture sur ce point. Un album met en scène les 4 générations d'une même famille. On voit également une grand-mère « inventée » et 2 grands-tantes. Par ailleurs, plusieurs personnages ne partagent aucun lien de parenté avec le jeune héros. Il est intéressant de constater que la mise en scène d'un rapport vécu en dehors de la famille n'affecte pas la représentation de partage et de solidarité entre les générations. Le récit de *Vieux Thomas et la petite fée* (Demers, 2000) en est un exemple puisque l'entraide et la bienveillance sont au cœur même du récit.

Bien que la famille soit perçue comme un lieu privilégié de solidarité et de partage (Conseil des aînés, 2006), des liens intergénérationnels se créent dans tous les milieux. Aussi, les albums font découvrir à l'enfant lecteur que des relations privilégiées entre les générations peuvent se développer en dehors des liens de filiation. Dans une société où les liens familiaux sont particulièrement instables, l'ouverture à d'autres modèles relationnels, à des formes de solidarité qui dépassent l'entraide familiale, peut contribuer au développement de l'enfant en même temps qu'à l'épanouissement des personnes aînées.

*Dans une société où les liens familiaux sont particulièrement instables, l'ouverture à d'autres modèles relationnels, à des formes de solidarité qui dépassent l'entraide familiale, peut contribuer au développement de l'enfant en même temps qu'à l'épanouissement des personnes aînées.*

### Attitudes

L'attitude des personnages âgés envers l'enfant est surtout positive. Elle se manifeste par des regards tendres et complices, ainsi que par des gestes d'affection (sourire, marche main dans la main, accolade, baiser...). Les enfants affichent également une attitude généralement positive envers les aînés. Il est fréquent de les voir porter un regard admirateur sur leurs grands-parents. Par exemple, dans un des albums, un jeune garçon s'exclame : « Mon grand-papa est le plus fort du monde entier! » (*Un grand-papa en or*, p. 3). Par ailleurs, dans certains récits, les relations intergénérationnelles sont de nature plus conflictuelle (ex. : agressivité de la part de l'aîné, peur de la réprimande, mécontentement face à des comportements, etc.).

Le plus souvent, les albums montrent des relations intergénérationnelles harmonieuses. Or, quelques-uns d'entre eux osent aborder les conflits intergénérationnels. On pourrait alors parler d'attitudes négatives. Mais, toujours ces situations sont abordées avec tact et respect, permettant le développement d'attitudes constructives à travers la résolution des conflits que l'enfant est susceptible de vivre avec des personnes âgées de son entourage. Les conflits sont présentés comme des moments d'apprentissage de valeurs essentielles tels l'acceptation, le respect de soi et celui de l'autre.

### Activités partagées

La représentation des activités menées en commun par les deux générations n'a pas tellement changé depuis les dernières décennies. Les résultats de notre étude ressemblent à ceux de Pouliot (1993) : les aînés jouent avec les enfants ou font, avec eux, des promenades dans la nature, montrent « comment faire » aux enfants, leur racontent une histoire ou leur parlent de l'histoire familiale, etc.

La représentation des activités partagées entre les générations est donc plutôt conservatrice. Mais, on y constate le plaisir « indémodable » du moment passé auprès d'un être cher. C'est autour des activités partagées que sont tissés, dans la joie, les liens entre les générations. Plus spécifiquement, on y reconnaît le rôle rassurant de la grand-parentalité associé au fait de transmettre les savoirs et l'histoire familiale (Mietkiewicz et Schneider, 2002). Par-dessus tout,

l'enfant lecteur est témoin de l'amour immense que peuvent lui offrir les plus âgés.

### CONCLUSION

À une époque où la longévité ne cesse d'augmenter, une réflexion critique sur les représentations de la vieillesse et des liens entre générations véhiculées dans notre société s'avère essentielle. La transmission d'images faussées ou réductrices, qu'elles soient positives ou négatives, ne peut favoriser le développement des individus et de la société dans laquelle ils évoluent. Il est possible d'agir sur les stéréotypes en stimulant la réflexion à partir des livres d'histoires pour enfants. Notre étude nous a permis de voir que les albums jeunesse québécois s'éloignent significativement de la réalité des aînés d'aujourd'hui. Bien qu'ils puissent favoriser le développement et le maintien de liens intergénérationnels, la présence marquée de stéréotypes et le portrait réducteur de la vieillesse qui s'en dégage ne permettent pas de considérer ces ouvrages comme étant des modèles de choix au regard du vieillissement.

*La représentation des activités partagées entre les générations est donc plutôt conservatrice. Mais, on y constate le plaisir « indémodable » du moment passé auprès d'un être cher. C'est autour des activités partagées que sont tissés, dans la joie, les liens entre les générations.*

Nous croyons qu'un travail de collaboration entre les milieux de la gérontologie, de la littérature jeunesse et de l'éducation doit être entrepris. Une réflexion commune sur le besoin d'éducation des jeunes québécois au regard des dimensions personnelle et sociale du vieillissement serait souhaitable. De cette réflexion, pourraient émerger des pistes de recherche et d'action pouvant répondre à ces besoins. Ainsi, les acteurs impliqués dans l'éducation de l'enfant pourraient contribuer plus efficacement au développement et à l'adaptation sociale des enfants ainsi qu'à l'épanouissement et au mieux-être des aînés. Nos recommandations vont dans les sens du Conseil des aînés (2006) qui croit que « Pour combattre les stéréotypes, il faut d'abord les attaquer à la source. L'amélioration des connaissances par la sensibilisation et l'information s'avère donc être la clé du combat contre les stéréotypes et les attitudes négatives. » (p.5).



Note : Je remercie les professeurs Marie Beaulieu et Suzanne Pouliot de l'Université de Sherbrooke pour leur encadrement à ma recherche et Louise Melançon pour sa participation à la rédaction de cet article.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Attias-Donfut, C. & Segalen, M. (2001). *Le siècle des grands-parents*. Paris : Éditions PUF.

Conseil des aînés (2006). *Vivre dans sa communauté*. Publication du Québec.

Cromer, S. & Turin, A. (1998). Que racontent les albums illustrés aux enfants? Ou comment présente-t-on les rapports hommes-femmes aux plus jeunes? *Éducation et émancipation*, vol.11, no.1, p.223-230.

Dézainde, C. (2003). *Les grands-mères viennent du Pôle Nord*. Banjo Éditeurs.

Dupont, J. (2007). Représentations de la vieillesse et des relations intergénérationnelles dans les albums de jeunesse québécois contemporains. *Mémoire de maîtrise inédit*. Université de Sherbrooke, département de gérontologie.

Gauthier, H. (2004). Les personnes âgées et le vieillissement démographique. *Vie des générations et personnes âgées; aujourd'hui et demain*. Institut de la statistique du Québec.

Grégoire, M. (1963) cité dans Khalid, M.B.M. et Dallaire, L. (2007). La gérontophobie en général et au féminin en particulier. *Vie et vieillissement*, vol.6 (1), p.37.

Hébert, M.F. (2005). *Un grand-papa en or*. Dominique et compagnie Éditeurs.

Hummert, M.L., Garstka, T.A., Shaner, J.L., & Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged and elderly adults. *Journal of Gerontology : Psychological Sciences*, vol.49, p.240-249.

Institut de la statistique du Québec (ISQ), (2005). Espérance de vie à la naissance selon le sexe. Consulté le 02 avril 2009. <http://www.stat.gouv.qc.ca>.

Khalid, M.B.M. & Dallaire, L. (2007). La gérontophobie en général et au féminin en particulier. *Vie et vieillissement*, vol.6 (1), p.33-44.

Manonni, P. (2001). *Les représentations sociales*. Paris : Éditions PUF.

Mietkiewicz, C. & Schneider, B. (2002). Vue à travers la littérature enfantine; la place des grands-parents dans l'éducation familiale. *Dialogue Paris*, vol. 158, p.51-64.

Observatoire de la lecture (2003). *Livres et apprentissage à l'école*. Paris : Éditions Scéren

Pouliot, S. (1993). Les images de la vieillesse dans les albums de jeunesse. *Canadian Children's Literature/Littérature canadienne de jeunesse*, vol. 70, p.34-47.

Statistique Canada (2004). Canadiens dévoués, Canadiens engagés : points saillants de l'Enquête canadienne sur le don, le bénévolat et la participation. Consulté le 21 mai 2009, à <http://www.statcan.gc.ca/pub/71-542-x/71-542-x2006001-fra.pdf>.

Statistique Canada (2007). Regard sur le marché du travail canadien. Consulté le 21 mai 2009, à <http://www.statcan.gc.ca/pub/71-222-x/71-222-x2008001-fra.pdf>.



#### COMMUNIQUÉ

### L'ASSOCIATION DES RÉSIDENCES ET CHSLD PRIVÉS DU QUÉBEC DEVIENT LE REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES RÉSIDENCES POUR AÎNÉS OU RQRA

**Montréal, le 2 juin 2009.** L'Association des Résidences et Chsld Privés du Québec, la plus importante association provinciale dans le domaine de l'hébergement privé pour personnes âgées, est officiellement devenue cette semaine le *Regroupement québécois des résidences pour aînés*.

Cette nouvelle dénomination, plus courte et plus simple, est plus facile à retenir pour les interlocuteurs du Regroupement. Mais elle est aussi plus inclusive et reflète mieux l'évolution de cet organisme qui réunit à la fois des résidences pour aînés, des CHSLD privés autofinancés et des ressources intermédiaires. Le terme *résidences* est donc entendu ici au sens large et comprend l'ensemble des quelque 600 membres du RQRA qui offrent une panoplie de soins et de services dans des milieux d'hébergement ayant différents statuts. De plus, pour éviter toute ambiguïté au sujet de la clientèle spécifique des résidences, la nouvelle appellation réfère explicitement aux *aînés* qui constituent leur raison d'être même.

En plus de modifier leur dénomination, les membres du Regroupement québécois des résidences pour aînés ont approuvé différentes modifications réglementaires, notamment celle qui leur permet maintenant d'admettre en leurs rangs toute petite résidence pour aînés de moins de dix unités locatives établie au Québec. Le RQRA pourra ainsi légitimement représenter tous les propriétaires de résidences pour aînés au Québec.

-30-

Source : Mariette L. Lanthier, directrice générale, RQRA  
514 526-3777, poste 228  
[mlanthier@rqra.qc.ca](mailto:mlanthier@rqra.qc.ca)  
[www.rqra.qc.ca](http://www.rqra.qc.ca)



# La communication âgiste

## Infantilisées et contrôlées : le sort des travailleuses séniore?

JOELLE LAPLANTE, FRANCINE TOUGAS, MARTINE LAGACÉ ET MONIQUE LORTIE-LUSSIER, *Université d'Ottawa*

### Résumé

La population active canadienne vieillit et pourtant, même si les travailleurs seniors représentent une plus grande proportion de la population active, ils sont encore perçus de façon négative. Mais tous ne sont pas égaux face à l'âgisme. Les femmes en sont davantage la cible : on parle alors d'âgisme sexué. Pour comprendre comment s'opère la transmission du message âgiste, nous avons tenu compte des études sur la communication condescendante. Cette étude exploratoire avait donc pour but de déterminer si les travailleuses séniore reconnaissent l'utilisation du langage infantilisant et contrôlant à leur endroit et si des différences peuvent être observées selon leur statut professionnel. Une analyse de contenu des entrevues menées auprès de 9 travailleuses séniore (3 superviseuses et 6 employées de soutien) a permis d'identifier des différences selon leur statut ainsi que certaines tendances concernant le rôle de l'âge dans la communication au travail. La pertinence de cette étude s'insère dans le contexte du grisonnement de la population active et des pénuries de main-d'œuvre anticipées. D'où l'appel à un changement de mentalité pour faciliter le maintien en emploi des travailleurs seniors, une des solutions privilégiées pour combler les besoins de main-d'œuvre.

Infantilisées et contrôlées : le sort des travailleuses séniore?

De tous les embarras de l'âge, l'expérience n'est pas le moindre. – G. Bernanos (1926, p. 85)

La population canadienne vieillit et il en va de même pour la population active. Le nombre de personnes âgées de 55 à 64 ans, qui cherchaient ou occupaient un emploi, a doublé depuis 30 ans, atteignant plus de deux millions en 2006 (Marshall & Ferrao, 2007). Même si la proportion de travailleurs seniors est en hausse, ces derniers ne sont toujours pas bien perçus. Par exemple, les stéréotypes à l'endroit des travailleurs seniors, qualifiés d'âgistes, peignent un portrait d'individus qui, comparativement à leurs collègues plus jeunes, sont plus lents et sujets à oublier (Erber & Long, 2006), sont moins performants, sont plus résistants aux changements et aux nouvelles technologies (Rosen & Jerdee, 1976). De plus, les travailleurs seniors sont considérés comme étant moins flexibles, moins motivés et obnubilés par la retraite (Chiu, Chan, Snape, & Redman, 2001). Comme dans le cas de tous les groupes stigmatisés, quelques stéréotypes positifs sont associés aux travailleurs seniors, notamment l'esprit d'équipe, la fiabilité, la stabilité et la loyauté (Chiu et al.).

*Les stéréotypes à l'endroit des travailleurs seniors, qualifiés d'âgistes, peignent un portrait d'individus qui, comparativement à leurs collègues plus jeunes, sont plus lents et sujets à oublier (Erber & Long, 2006), sont moins performants, sont plus résistants aux changements et aux nouvelles technologies (Rosen & Jerdee, 1976). De plus, les travailleurs seniors sont considérés comme étant moins flexibles, moins motivés et obnubilés par la retraite.*

Ce sont particulièrement les stéréotypes négatifs qui ont une incidence sur les pratiques et les politiques organisationnelles touchant les travailleurs seniors (Brooke & Taylor, 2005). Par exemple, chez des gestionnaires en ressources humaines, les stéréotypes âgistes sont associés à des attitudes discriminatoires par rapport à la formation, à la promotion et au maintien en emploi des travailleurs seniors. D'ailleurs, il a été démontré que très peu de dirigeants d'entreprises sont favorables au maintien en emploi des seniors jusqu'à l'âge officiel de la retraite (Henkens, 2005).

L'âgisme se transforme également en gestes concrets : il s'agit alors de traitement différentiel ou de discrimination sur la base de l'âge. Des travailleurs seniors rapportent avoir été victimes de leur âge (Palmore, 2004). Il ne s'agit pas d'une illusion : encore aujourd'hui, malgré les lois interdisant la discrimination sur la base de l'âge, on rapporte des cas de discrimination au travail (Dennis & Thomas, 2007), aux étapes de recrutement, de sélection (Bennington, 2001) et sous forme de retraite forcée (MacGregor, 2006).



Tous ne sont cependant pas égaux face à l'âgisme. La société est davantage tolérante face au vieillissement des hommes que des femmes. Au masculin, les marqueurs de l'âge sont des signes de sagesse, de statut et d'expérience alors qu'au féminin, ils sont considérés comme des symboles de décrépitude (Saucier, 2004). Les femmes sont « vieilles » et la proie de stéréotypes négatifs à un plus jeune âge (Duncan & Loretto, 2004). Elles font face à des difficultés au moment de l'embauche (Handy & Davy, 2007) et sont davantage sous-employées que leurs confrères (Slack & Jensen, 2008). Les travailleuses séniors qui sont mises à pied relatent avoir des difficultés à trouver un nouvel emploi; lorsqu'elles parviennent à obtenir de nouveau un emploi, il s'agit souvent d'un poste temporaire, d'un poste de niveau hiérarchique moins élevé ou d'un poste à plus faible revenu (Handy & Davy).

Le but général de cette étude est d'examiner la façon dont le message âgiste est transmis aux travailleuses séniors. Nous ciblons plus particulièrement les manifestations de l'âgisme au niveau des interactions directes avec les travailleuses séniors. Pour ce faire, nous prenons en considération les travaux sur la communication.

*Encore aujourd'hui, malgré les lois interdisant la discrimination sur la base de l'âge, on rapporte des cas de discrimination au travail.*

Selon Giles et ses collaborateurs (Giles, Mulac, Bradac, & Johnson, 1987, par exemple), lorsque deux personnes communiquent verbalement, elles ont tendance à accommoder leurs styles de communication. Cette convergence peut cependant être teintée des attentes et des stéréotypes des interlocuteurs (Williams, Giles, Coupland, Dalby, & Manasse, 1990). Par exemple, une étude menée auprès d'infirmières a démontré qu'elles simplifiaient leurs messages aux personnes âgées en raison de leurs croyances négatives par rapport aux compétences de leurs patients (Caporael, Lukaszewski, & Culbertson, 1983).

La convergence stéréotypée relative aux personnes âgées prend la forme d'une communication condescendante ou dénigrante et peut se manifester de deux façons. Tout d'abord, la communication

condescendante s'exprime sous forme de langage infantilisant (Ruscher, 2001). Cette forme de langage est plus simple au niveau des idées, plus lente au niveau du débit, plus répétitive et enfantine (Caporael, 1981). La communication condescendante peut également se manifester sous forme de langage contrôlant ou méprisant (Williams et al., 1990). On parle alors sur un ton autoritaire dans le but de contrôler la conversation avec la personne âgée. La recension de Ruscher (2001) fait état de trois grands types de langage contrôlant. Le premier, le mépris, inclut des ordres ou de suggestions non sollicitées, des jugements, des signes d'accord/désaccord et des clarifications. Le deuxième, le contrôle du déroulement, englobe les interruptions et l'indifférence par rapport aux contributions de l'interlocuteur. Le troisième, les directives, implique de donner des détails excessifs afin de compenser et de mettre en évidence l'incompétence de l'interlocuteur.

Les études évaluant le langage condescendant ont surtout porté sur la perception de communication âgiste par une tierce personne et se sont déroulées dans le milieu hospitalier en situation de soin aux aînés (Draper, 2005). Quelques études ont mesuré la perception de communication âgiste directement auprès de personnes âgées (Palmore, 2004), incluant deux études auprès d'infirmières et d'infirmiers séniors (Lagacé, Tougas, Laplante, & Neveu, 2008, sous presse). Toutefois, les mesures utilisées ne permettaient pas de différencier le langage contrôlant du langage infantilisant.

Le premier objectif de cette étude est de faire avancer les connaissances sur la communication condescendante en débordant du milieu de soins et en ciblant une population plus jeune que celles qui ont été ciblées par le passé. Rappelons que les populations étudiées par le passé étaient surtout des personnes âgées à la retraite recevant des soins, tandis que la population d'intérêt dans ce cas-ci est d'âge préretraite. Il s'agit non seulement de déterminer si les travailleuses séniors perçoivent et reconnaissent être la cible de communication âgiste malgré leur plus jeune âge, mais aussi d'identifier les circonstances favorisant l'utilisation des langages infantilisant et contrôlant.



Selon Ruscher (2001), le choix du type de communication condescendante varie en fonction du statut du groupe de l'interlocuteur. Le langage contrôlant serait davantage utilisé auprès de membres de groupes stigmatisés ayant obtenu ou revendiquant un statut égal à celui de l'interlocuteur. Par exemple, le langage contrôlant serait utilisé pour communiquer avec une personne âgée mettant de l'avant son statut social de par son niveau de vie, sa profession ou tentant d'affirmer son indépendance. Ce type de langage a pour but de maintenir ces personnes « à leur place » bref, en état d'infériorité. À l'opposé, le langage infantilisant serait davantage utilisé auprès de personnes de statut inférieur qui ne présentent pas une menace.

Récapitulons. Les études montrent que le statut des interlocuteurs module l'utilisation du langage infantilisant et contrôlant lors de conversations avec les personnes âgées. Il est plausible que les mêmes règles s'appliquent dans le cas des travailleuses sénières. Et c'est pourquoi nous avançons que les expériences de communication âgiste varient selon leur statut professionnel. Le deuxième objectif de cette étude est donc de mettre cette hypothèse à l'épreuve en évaluant les occurrences de langage contrôlant et infantilisant à l'endroit des travailleuses sénières. Plus précisément, il s'agit de déterminer si les travailleuses sénières occupant un poste élevé dans la hiérarchie rapportent avoir vécu plus d'expériences de langage contrôlant qu'infantilisant et si leurs consœurs de moindre statut se retrouvent en situation opposée (rapportent avoir vécu plus d'expériences de langage infantilisant que contrôlant). Il s'agit également de déterminer si les travailleuses occupant un poste élevé sont plus susceptibles de subir des instances de langage contrôlant que leurs consœurs de moindre statut et, à l'inverse, si ces dernières sont plus susceptibles au langage infantilisant que leurs collègues supérieures.

## Méthode

### Participant·es

C'est auprès de neuf travailleuses à temps plein de 50 ans et plus que les hypothèses ont été mises à l'épreuve (moyenne = 53,8 ans). L'échantillon final était composé de six employées de soutien et de trois superviseuses œuvrant au sein de différents organismes publics canadiens. Les participant·es avaient entre 2,5 et 34 années d'expérience dans leur poste (moyenne = 12,2 années)

et les trois gestionnaires supervisaient entre 4 et 20 employés. Elles provenaient de départements à effectifs majoritairement féminins (entre 85 % à 100 %).

### Procédure

C'est par courriel que les participant·es ont été invitées à participer à une étude dont le but général était d'examiner la situation des travailleuses âgées de 50 ans et plus, de même que la communication au travail. Le recrutement s'est effectué par le biais de la méthode « boule de neige » dans le sens qu'on demandait aux personnes contactées de faire parvenir le courriel d'information à des collègues ou amies correspondant au profil recherché. Les participant·es potentielles communiquaient avec la chercheuse afin de fixer un temps et un lieu de rencontre.

*« Bien souvent les plus jeunes... restent dans leur groupe. Tu n'es pas incluse si tu veux. Tu l'es, ils vont te dire bonjour, ils te parlent, mais je veux dire, tu n'es pas vraiment incluse dans le groupe. »*

Lors de chacune des rencontres, un formulaire de consentement était lu et signé, un court questionnaire permettant de recueillir des données démographiques était complété et une entrevue semi-dirigée était menée et enregistrée aux fins de transcription. Les rencontres étaient d'une durée de 30 à 60 minutes et la portion entrevue, d'une durée moyenne de 25 minutes. À la fin de la rencontre, chaque participant·e a reçu une somme de 20 \$ afin de compenser son temps et son déplacement.

### Questions d'entrevue

Dans un premier temps, des questions de « réchauffement » ont permis une mise en contexte. Dans un deuxième temps, les questions à l'étude ont été posées. D'abord, on demandait aux participant·es si elles avaient l'impression que l'âge influençait la façon dont les gens communiquaient au travail. Ensuite, les participant·es devaient indiquer si elles étaient la cible de langage infantilisant et contrôlant.

*Langage infantilisant.* Les participant·es ont répondu à une série de questions ciblant chacune des formes de langage infantilisant (Caporael, 1981). Chaque question débutait avec l'énoncé « Avez-vous parfois l'impression que la façon dont certains individus vous parlent est

exagérément... » : « simple au niveau des idées? » ; « lente au niveau du débit? » ; « répétitive? » et « infantine? »

*Langage contrôlant.* En ce qui a trait au langage contrôlant, chaque question débutait avec l'énoncé « Avez-vous parfois l'impression que lorsque certains individus vous parlent... » et se terminait par l'identification de chacune de ces formes : « ils utilisent un ton autoritaire ou disciplinaire? » ; « ils tentent de contrôler la conversation? » ; « ils vous donnent des ordres ou des suggestions ou portent des jugements? » ; « ils vous donnent des signes d'accord/désaccord? » ; « ils répètent ou tentent de clarifier les points principaux de la conversation? » ; « ils vous interrompent ou ignorent vos contributions à la conversation? » et « ils utilisent des détails excessifs dans leurs ordres ou directives? »

### Analyses

Les entrevues ont été transcrites et analysées dans la langue dans laquelle l'entrevue a été menée (5 en français et 4 en anglais) et seuls les extraits cités ont été traduits. Les verbatim ont été soumis à une analyse de contenu à l'aide du logiciel NVivo 8. Cette analyse a fourni des évaluations quantitative et qualitative des entrevues. Les analyses quantitatives ont permis de vérifier les hypothèses à l'étude : des fréquences ont été calculées à partir du nombre de participantes (employées de soutien ou superviseuses) percevant ou non un type donné de langage infantilisant ou contrôlant à leur égard. Les analyses qualitatives ont permis d'identifier des thèmes récurrents et de déterminer si les participantes perçoivent que l'âge a un impact sur la communication en milieu de travail et si oui, comment cette influence s'exerce.

## Résultats et discussion

### De l'effet de l'âge sur la communication en milieu de travail

En réponse à la question de savoir si l'âge influence la façon dont les gens communiquent dans le milieu de travail, 5 des 9 participantes ont acquiescé, dont 3 employées de soutien sur 6 et 2 superviseuses sur 3.

Toutefois, certaines de ces participantes indiquent que leur âge n'est pas une vulnérabilité, mais bien un atout: leurs connaissances et leur expérience de vie suscitent un certain respect de la part des plus jeunes. Elles indiquent qu'on utilise parfois le vouvoiement pour communiquer avec elles à la première rencontre, pratique qui s'estompe avec le temps. Cette expérience de vie fait en sorte qu'elles sont perçues comme des mères et des soignantes : « Il y en a plusieurs que c'est comme si j'étais leur mère » ; « Je suis comme le docteur dans la place » (Ginette, superviseuse, 54 ans). Cette fonction d'« aidante naturelle » comporte pourtant un aspect négatif et correspond aux stéréotypes associés

au sexisme bienveillant (Glick & Fiske, 1996). Quoique ce type de sexisme ait un ton positif, il contribue à cantonner les femmes dans des rôles traditionnels.

Par rapport à l'impact de l'âge sur la communication, des participantes rapportent que des variantes existent en fonction des générations. Les travailleurs se regroupent selon leur groupe d'âge, en raison d'intérêts communs. Les plus jeunes travailleurs ont tendance à adopter un langage plus familier et ont plus de pouvoir que les

travailleurs plus âgés en avaient à l'époque. Selon Bee (employée de soutien, 60 ans), les jeunes ont davantage tendance à confronter les gens ou à vouloir les changer. En revanche, les travailleuses plus âgées vont soit ignorer ou éviter les confrontations.

« C'est une différente attitude, je crois, entre les différents groupes d'âge. Certaines personnes plus jeunes croient qu'on peut changer les gens, et peut-être que c'est possible, mais ça n'en a pas été mon expérience. [...] J'avais l'habitude de me préoccuper de ce que les autres allaient faire. Je suis une vieille chose maintenant et je me dis, ce qui arrivera, arrivera. » (Bee, employée de soutien, 60 ans)

Bref, les façons de communiquer varient d'un groupe d'âge à l'autre. Selon certaines travailleuses séniors, il y a même absence de communication entre les personnes de différents groupes d'âge. Elles ne commandent pas toujours le respect des plus jeunes et sont parfois les ségréguées des autres groupes d'âge:

*« Parfois les gens me parlent comme si... tu ne connaissais rien. Ils te parlent de façon descendante plutôt que de te traiter avec respect. Je dirais que c'est un type particulier de personne qui... peut vouloir posséder une partie de toi de sorte à diminuer ta capacité d'être. Donc ils sont vraiment en train de t'amoindrir lorsqu'ils te parlent de cette façon, lorsqu'ils te parlent comme un enfant. »*

« Bien souvent les plus jeunes... restent dans leur groupe. Tu n'es pas incluse si tu veux. Tu l'es, ils vont te dire bonjour, ils te parlent, mais je veux dire, tu n'es pas vraiment incluse dans le groupe. » (Anne, employée de soutien, 60 ans)

**Des expériences personnelles de communication âgiste : analyses quantitatives**

Les fréquences d'occurrence des différents types de langage infantilissant et contrôlant ont été calculées dans le but de vérifier les hypothèses (voir tableau 1). Conformément à l'hypothèse générale, peu importe leur statut, toutes les travailleuses sénières ont rapporté être la cible de langage infantilissant et de langage contrôlant. Les hypothèses plus spécifiques combinant le niveau hiérarchique des participantes et les langages infantilissant et contrôlant ont ensuite été évaluées. Premièrement, les employées de soutien n'ont pas, comme prévu, rapporté plus de langage infantilissant que de langage contrôlant. Deuxièmement, on constate que, contrairement aux hypothèses, les superviseuses ont rapporté plus de langage infantilissant que les employées de soutien. Troisièmement, l'hypothèse selon laquelle les superviseuses rapportent plus de langage contrôlant que de langage infantilissant semble être confirmée. Finalement, tel que prédit, les superviseuses ont rapporté une fréquence plus élevée de langage contrôlant que ne l'ont fait les employées de soutien. Il est toutefois à noter que la petite taille de l'échantillon s'avère une limite. Malgré le nombre restreint de participantes, il a été possible d'identifier des tendances. Les résultats suscitent de nombreuses questions. Par exemple, à quoi peut-on attribuer les fréquences plus élevées de langages infantilissant et contrôlant chez les superviseuses? Est-ce qu'elles en sont davantage la cible ou est-ce qu'elles sont plus sensibilisées à ces formes de langage de par leur rôle et leur formation? Il faut

**Tableau 1. Fréquence d'occurrence des langages infantilissant et contrôlant**

Question posée	Employées de soutien (n = 6)	Superviseuses (n = 3)
<i>Age influence la communication</i>	3	2
<i>Langage infantilissant (Total - 1 à 4)</i>	14 / 24 (58,3 %) <sup>a</sup>	9 / 12 (75,0 %)
1) Simple	4	3
2) Lent	0	1
3) Répétitif	5	3
4) Infantin	5	2
<i>Langage contrôlant (Total - 5 à 11)</i>	26 / 42 (61,9 %)	18 / 21 (85,7 %)
5) Ton autoritaire ou disciplinaire	5	2
6) Contrôler la conversation	6	3
7) Ordres, suggestions ou jugements	3	3
8) Signes d'accord/de désaccord	4	3
9) Répéter ou clarifier les points principaux	1	2
10) Interrompre ou ignorer vos contributions	6	2
11) Détails excessifs	1	3

Note : Chaque cellule représente le nombre de participantes (employées de soutien ou superviseuses) ayant rapporté avoir remarqué ce type de communication à leur égard dans le milieu de travail.  
 a Les totaux représentent le nombre d'instances de langage infantilissant ou contrôlant étant donné le maximum possible d'instances pouvant être rapportées. Par exemple, sur un maximum possible de 24 instances (6 employées de soutien X 4 types de langage infantilissant), 14 ont été rapportées. Les pourcentages ont été calculés pour faciliter la comparaison entre les deux groupes. Le nombre restreint de participantes commande une grande prudence dans les interprétations.

aussi se demander si les superviseuses ont réellement un statut élevé et constituent une menace au pouvoir du groupe dominant du fait qu'elles provenaient de « ghettos roses » d'emploi. Ne pourrait-on pas penser qu'une gestionnaire œuvrant dans un milieu soit typiquement masculin, soit paritaire, serait une menace beaucoup plus importante au pouvoir du groupe dominant? C'est pourquoi nous croyons que l'hypothèse du rôle du statut professionnel au niveau de la communication âgiste mérite d'être explorée davantage.

**Des expériences personnelles de communication âgiste : analyses qualitatives**

Au-delà de l'analyse quantitative, l'analyse qualitative permet de nuancer ces conclusions et de compléter le portrait.  
*Tendance à la négation.* Alors que les participantes reconnaissaient le rôle de l'âge dans le milieu de travail



en général, elles ont plutôt tendance à nier ou à rejeter dès le départ le rôle de l'âge lorsqu'on discute de leur situation personnelle. Claire (superviseure, 58 ans) rapporte :

« Sur une base individuelle, non. Il n'y a pas de différence en fonction de l'âge. [...] On ne parle pas de façon condescendante à quelqu'un parce qu'ils sont plus jeunes ou on n'essaie pas d'éviter de blesser quelqu'un parce qu'ils sont plus vieux. »

Certaines rapportent que ce serait leur âge et leur expérience qui les amèneraient à ignorer les situations de confrontation :

« Lorsque je suis témoin de situations ridicules, en raison de mon âge je peux apprécier à quel point c'est une perte de temps pour ces gens d'avoir une dispute ou une différence d'opinions. [...] J'utilise souvent l'expression « vous savez les enfants, je suis une vieille chose maintenant, et on ne perd pas son temps avec de telles choses. » (Bee, employée de soutien, 60 ans).

Selon Mariève (superviseure, 50 ans), l'âge serait un facteur de protection : « Moi ça ne m'intimide plus ça, parce que je suis rendue à 50 ans. Mais je ne te dis pas que si j'avais 20 ans... peut-être que ça serait intimidant. »

En général, les travailleuses séniore ne se sentent pas la cible des différents types de langages infantilisant et contrôlant puisque, selon elles, les personnes utilisant ces formes de langage auraient tendance à communiquer de cette façon avec tout le monde. Elles ne se sentent donc pas particulièrement visées.

Cette tendance à l'absence de reconnaissance des situations personnelles de discrimination est bien documentée. Le biais de discrimination personnelle/de groupe (Taylor, Wright, Moghaddam, & Lalonde, 1990) se réfère à cette tendance à reconnaître le traitement différentiel au niveau de son groupe d'appartenance sans nécessairement s'en croire personnellement victime. D'ailleurs, ce biais a été observé chez les travailleuses (Crosby, 1984) par rapport à la discrimination de sexe. Les résultats de ces entrevues suggèrent qu'un tel biais pourrait s'appliquer au traitement différentiel en fonction de l'âge chez les femmes.

*Expériences et personnes condescendantes.* Lorsque les participantes indiquent qu'elles ont remarqué un certain type de langage infantilisant ou contrôlant, il s'agit non seulement d'événements spécifiques qui leur viennent à l'esprit, mais souvent d'individus ayant

tendance à utiliser ce type de langage. Par exemple, Bee (employée de soutien, 60 ans) rapporte le profil d'une personne infantilisante :

« Parfois les gens me parlent comme si... tu ne connaissais rien. Ils te parlent de façon condescendante plutôt que de te traiter avec respect. Je dirais que c'est un type particulier de personne qui... peut vouloir posséder une partie de toi de sorte à diminuer ta capacité d'être. Donc ils sont vraiment en train de t'amoindrir lorsqu'ils te parlent de cette façon, lorsqu'ils te parlent comme un enfant. »

Mariève (superviseure, 50 ans) rapporte plutôt une situation spécifique en discutant du langage contrôlant. Elle indique qu'on ignore parfois ses contributions à la conversation :

« Je vais te donner un exemple typique. On a des rencontres une fois par semaine, pour dire où on est rendu dans certains dossiers. [...] Un moment donné, j'essayais de ramener la conversation, mais eux autres n'étaient pas intéressés. [...] Je n'avais pas le support de ma superviseure. »

*Réactions diverses aux langages infantilisant et contrôlant.* Malgré une tendance générale à la négation, ces types de langage (infantilisant et contrôlant) suscitent tout de même des réactions ou des émotions négatives chez certaines : « J'ai horreur de ça. » (Anne, employée de soutien, 60 ans); « Ah mon dieu oui! [...] Oui. Ça là, tu viens d'ouvrir la boîte de Pandore! » (Mariève, superviseure, 50 ans); « ... Mais j'ai pleuré et donc, elle (ma superviseure) n'a pas aimé ça. Je lui ai dit qu'elle était trop sévère. Elle est un peu dure, tu sais. » (Jeannine, employée de soutien, 50 ans). Bee (employée de soutien, 60 ans) rapporte même que de telles situations sont plus pénibles lorsque quelqu'un d'autre en est l'objet: « Peut-être que je peux en tirer quelque chose. [...] C'est tout ce que je pense lorsque les gens sont agressifs ou m'abaissent personnellement, ou abaissent quelqu'un d'autre. Je n'aime pas voir de telles situations avec d'autres personnes. Je trouve ça encore plus pénible que lorsque j'en suis la cible. »

*Attributions.* Même si les participantes rejettent généralement le rôle de l'âge dans les communications condescendantes, elles peuvent les expliquer. Certaines attributions sont internes (par exemple, la personnalité de l'individu, son humeur, son niveau d'éducation, son niveau de maturité, un manque d'attention, etc.) et d'autres, externes (la dynamique de groupe, une journée difficile, des difficultés personnelles, le stress au travail, etc.). Les participantes avaient plusieurs façons de

justifier la façon dont on communique avec elles dans leur milieu de travail; des raisons autres que leur âge.

*Locuteurs des langages infantilissant et contrôlant.* Certaines travailleuses sénières rapportent que les diverses formes de langage condescendant sont utilisées par tous et qu'on rencontre de telles gens partout. Elles indiquent donc que ce ne sont pas des situations propres à elles ou à leur entourage, c'est un phénomène généralisé. De façon plus spécifique, les participantes ont rapporté des situations où des femmes avaient communiqué selon un des types de langages infantilissant ou contrôlant, dont des collègues et supérieures et des femmes plus jeunes et plus âgées.

Les travailleuses d'expérience rapportent qu'elles aussi communiquent parfois de façon contrôlante ou infantilissante. Par exemple, Dieudonnée (employée de soutien, 50 ans) indique « *C'est moi ça!* » en réponse à l'exemple de langage infantilissant par répétition. Elles ne sont pas aussi clémentes lorsqu'elles parlent de leur propre tendance à utiliser les langages contrôlant et infantilissant. Ce qui était expliqué et excusé pour les autres est considéré comme inacceptable et intolérable pour elles-mêmes :

*« Il y a des fois où il faut que je fasse attention. Ça me fait réfléchir en tant que surveillante aussi. Je fais attention pour ne pas le faire. [...] Je pense que je vais me regarder dans le miroir là! »* (Mariève, superviseuse, 50 ans).

Toutefois, les participantes indiquent que la composition hommes/femmes de leur milieu teinte leurs réponses. Rappelons que la proportion féminine des départements d'où provenaient les participantes variait de 85 % à 100 %. Ainsi, la probabilité de situations où les hommes sont émetteurs de langage condescendant en est affectée. Néanmoins, certaines participantes rapportent des situations où des hommes auraient utilisé certains types de langage infantilissant ou contrôlant. Elles rapportent même que certains types de langage condescendant sont des traits typiquement masculins : « *J'ai déjà travaillé pour un département qui était majoritairement masculin... c'est habituellement une chose d'hommes. J'appellerais ça un trait masculin. Mais il y a des femmes qui ont ce trait masculin en elles. N'importe quel homme peut avoir ça, mais ce n'est pas toutes les femmes qui ont ça.* » (Bee, employée de soutien, 60 ans – par rapport au ton autoritaire ou disciplinaire). Selon Kalbfleisch et Herold (2006), les styles de communication d'une personne ayant un haut niveau

de pouvoir ressemblent très fortement aux styles de communication utilisés par les hommes. Par exemple, les individus ayant du pouvoir et les hommes auraient pareillement tendance à interrompre davantage, à donner des directives et à centrer la conversation sur eux. Ce qui suggère que dans un milieu ayant une différente composition hommes/femmes, des résultats différents auraient été obtenus.

*Un changement de mentalité est de mise : l'époque de la retraite hâtive est révolue et l'idéologie « Liberté 55 » doit faire place à des carrières plus longues.*

## Conclusion

Cette étude exploratoire aura permis une première évaluation quantitative et qualitative de la communication âgiste en milieu de travail auprès d'un groupe doublement désavantagé, soit les travailleuses vieillissantes. Rappelons que les études précédentes qui se sont penchées sur la question de la communication âgiste ciblaient principalement des personnes âgées à la retraite vivant à la maison avec ou sans service de soins (Draper, 2005). Les études portant sur la communication âgiste au travail reposaient sur des échelles de mesure (Lagacé, Tougas, Laplante, & Neveu, sous presse, 2008) ne permettant pas d'apporter autant de nuances que la présente étude. Celle-ci, de nature qualitative, a permis d'évaluer deux formes de langage condescendant typiquement utilisées auprès de personnes âgées : le langage infantilissant et le langage contrôlant.

Par le moyen de cette étude, il a été possible de déterminer que les travailleuses vieillissantes perçoivent les différentes formes de langage infantilissant et contrôlant, même si elles hésitent à attribuer ces formes de langage à leur âge. D'une part, lorsqu'on parle du rôle de l'âge dans le milieu de travail en général, certaines nient l'impact négatif de l'âge, mais les participantes parviennent tout de même à énumérer des façons dont l'âge exerce un effet négatif dans le milieu de travail. D'autre part, lorsque le regard est posé plus spécifiquement sur elles-mêmes, elles ont tendance à nier ou ignorer que leur âge pourrait être une vulnérabilité; elles attribuent les langages infantilissant et contrôlant à une panoplie de causes.

Néanmoins, ces formes de langage suscitent des réactions négatives chez elles et elles reconnaissent que les langages infantilisant et contrôlant sont à éviter. Étudier les tenants et aboutissants de l'âgisme est tout à fait approprié dans la conjoncture actuelle. Même si l'âgisme ne connaît pas la notoriété et l'infamie du racisme ou du sexisme, il n'en demeure pas moins qu'il existe, non seulement dans les hôpitaux et les foyers, mais également sur le marché du travail. Un changement de mentalité est de mise : l'époque de la retraite hâtive est révolue et l'idéologie « Liberté 55 » doit faire place à des carrières plus longues. De plus en plus de travailleurs demeurent en emploi au-delà de l'âge de 55 ans (Statistique Canada, 2008) et cette tendance doit se maintenir si on considère les pénuries de main-d'œuvre que pourraient amener les retraites massives de la génération du baby-boom (Marshall & Ferrao, 2007). Il est temps de passer au maintien en emploi des travailleurs seniors pour amenuiser ces pénuries de main-d'œuvre attendues et assurer un transfert des connaissances. Comment assurer ce transfert de connaissances dans un climat de communication âgiste? La communication âgiste pourrait saper la confiance des travailleurs seniors et nourrir du ressentiment : comment penser qu'on a des savoirs à transmettre et pourquoi vouloir partager ses connaissances si les messages qu'on nous envoie remettent continuellement en question nos compétences? Comment les connaissances transmises seront-elles accueillies par les jeunes qui évoluent dans un climat âgiste favorisant le stéréotype du travailleur senior aux connaissances et aux compétences périmées? Faire avancer les connaissances sur la communication âgiste est un pas nécessaire dans le long parcours d'un changement des mentalités.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bennington, L. (2001). Age discrimination: Converging evidence from four Australian studies. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 13, 125-134.
- Bernanos, G. (1926). *Sous le soleil de Satan*. Paris : Librairie Plon.
- Brooke, L., & Taylor, P. (2005). Older workers and employment: managing age relations. *Ageing & Society*, 25, 415-429.
- Caporael, L. R. (1981). The paralinguistic of caregiving: Baby talk to the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 876-884.
- Caporael, L. R., Lukaszewski, M. P., & Culbertson, G. H. (1983). Secondary baby talk: Judgments by institutionalized elderly and their caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 746-754.
- Chiu, W. C. K., Chan, A. W., Snape, E., & Redman, T. (2001). *Human Relations*, 54, 629-661.
- Dennis, H., & Thomas, K. (2007). Ageism in the workplace. *Generations*, 31, 84-89.
- Draper, P. (2005). Patronizing speech to older patients: a literature review. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 273-279.
- Duncan, C., & Loretto, W. (2004). Never the right age? Gender and age-based discrimination in employment. *Gender, Work and Organization*, 11, 95-115.
- Erber, J. T., & Long, B. A. (2006). Perceptions of forgetful and slow employees: Does age matter? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B(6), 333-339.
- Giles, H., Mulac, A., Bradac, J. J., & Johnson, P. (1987). Speech accommodation theory: The first decade and beyond. Dans M. L. McLaughlin (Ed.), *Communication Yearbook 10* (pp. 12-48). Beverly Hills, CA: Sage.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Handy, J., & Davy, D. (2007). Gendered ageism: Older women's experiences of employment agency practices. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 45, 85-99.
- Henkens, K. (2005). Stereotyping older workers and retirement: The managers' point of view. *Canadian Journal on Aging*, 24, 353-366.
- Kalbfleisch, P. J., & Herold, A. L. (2006). Sex, power, and communication. Dans K. Dindia & D. J. Canary (Eds), *Sex differences and similarities in communication*, 2<sup>nd</sup> edition (pp. 299-313). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Lagacé, M., Tougas, F., Laplante, J., & Neveu, J.-F. (2008). La santé en péril : répercussions de la communication âgiste sur le désengagement psychologique et l'estime de soi des infirmiers de 45 ans et plus. *La Revue canadienne du vieillissement*, 27(3), 285-299.
- Lagacé, M., Tougas, F., Laplante, J., & Neveu, J.-F. (sous presse). *La communication âgiste en milieu de travail : le point de départ vers le désengagement psychologique et effectif d'infirmières de 45 ans et plus?* Canadian Journal of Communication.
- MacGregor, D. (2006). Editorial: Neglecting elders in the workplace: Civil society organizations, ageism and mandatory retirement. *Canadian Journal on Aging*, 25, 243-246.
- Marshall, K., & Ferrao, V. (2007). Participation of older workers. *Perspectives on Labour and Income* (Statistique Canada, No 75-001-XIE au catalogue), 8(8), 5-11. Consulté le 9 avril 2008, de <http://www.statcan.ca/english/freepub/75-001-XIE/75-001-XIE2007108.pdf>.
- Palmore, E. B. (2004). Research note: Ageism in Canada and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 41-46.
- Rosen, B., & Jerdee, T. H. (1976). The influence of age stereotypes on managerial decisions. *Journal of Applied Psychology*, 61, 428-432.
- Ruscher, J. B. (2001). *Prejudiced communication: A social psychological perspective*. New York : Guilford Press.
- Saucier, M. G. (2004). Midlife and beyond: Issues for aging women. *Journal of Counseling & Development*, 82, 420-425.
- Slack, T., & Jensen, L. (2008). Employment hardship among older workers: Does residential and gender inequality extend into older age? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 63B, S15-S24.
- Statistique Canada. (2008). *L'évolution de la population active au Canada, Recensement de 2006* (No 97-559-X au catalogue). Ottawa, Ontario, Canada : ministre de l'Industrie. Consulté le 9 avril 2008, de <http://www12.statcan.ca/francais/census06/analysis/labour/pdf/97-559-XIF2006001.pdf>.
- Taylor, D. M., Wright, S. C., Moghaddam, F. M., & Lalonde, R. N. (1990). The personal/group discrimination discrepancy: Perceiving my group but not myself to be a target for discrimination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 256-262.
- Williams, A., Giles, H., Coupland, N., Dalby, M., & Manasse, H. (1990). The communicative contexts of elderly social support and health: A theoretical model. *Health Communication*, 2, 123-143.





# L'âgisme au travail

## situation plus urgente au Québec qu'en Ontario?

MARCEL MÉRETTE, professeur agrégé au département de science économique  
Vice-doyen à la recherche à la Faculté des sciences sociales  
Université d'Ottawa

### Résumé

Avec le vieillissement rapide de la population en Ontario et au Québec, on craint une éventuelle pénurie de main-d'œuvre. La participation des personnes plus âgées au marché du travail (55 ans et plus) pourrait devenir essentielle à une bonne performance économique. Comme l'âgisme en milieu de travail décourage cette participation des individus de 55 ans et plus, il est essentiel de pouvoir en mesurer l'importance. L'évolution de la démographie en Ontario et au Québec démontre que la participation au marché du travail des 55 ans et plus sera plus urgente au Québec alors que certaines évidences statistiques suggèrent que les ramifications de l'âgisme sont plus fortes au Québec. Par conséquent, des politiques d'inclusion des travailleurs de 55 ans et plus faciliteraient grandement la réponse du Québec face au défi attendu des pénuries de main-d'œuvre.

Mots clefs : Âgisme, marché du travail, travailleurs âgés, taux de chômage, taux d'activité.

### Introduction

Le Québec et l'Ontario devront faire face au défi du vieillissement rapide de leur population qui engendrera éventuellement des pénuries de main-d'œuvre. Dans les deux provinces, une bonne participation des personnes plus âgées au marché du travail sera nécessaire au maintien d'une bonne performance économique et de services publics de qualité.<sup>1</sup>

Mais le Québec et l'Ontario se distinguent quant aux changements démographiques à venir et au comportement des individus plus âgés par rapport au marché du travail. En effet, la population du Québec est en moyenne plus âgée que celle de l'Ontario. Elle vieillit également plus rapidement. De plus, le Québec reçoit un nombre d'immigrants inférieur à celui de l'Ontario en termes absolus comme en termes relatifs. Dans ces conditions, le Québec a et aura plus besoin que l'Ontario de la contribution au marché du travail des personnes de 55 ans et plus. Pourtant, nous démontrons que la lecture de certains indicateurs suggère que l'âgisme semble beaucoup plus présent en milieu de travail au Québec qu'en Ontario. Nous présentons également une estimation des coûts de l'âgisme en milieu de travail pour le Québec et nous démontrons que ce coût risque d'augmenter rapidement avec le vieillissement de la population.

*La population du Québec est en moyenne plus âgée que celle de l'Ontario. L'âgisme semble beaucoup plus présent en milieu de travail au Québec qu'en Ontario.*

Dans ce qui suit, nous résumons succinctement les défis démographiques au Québec et en Ontario. Ensuite, nous expliquons notre stratégie pour comparer l'âgisme en milieu de travail en Ontario et au Québec. Enfin, nous présentons les résultats générés par un modèle de simulation qui nous permet d'estimer les coûts actuels et futurs de l'âgisme pour le Québec.

### Vieillessement des populations et âge de la retraite

Pour mesurer l'ampleur et la vitesse du processus de vieillissement des populations au Canada, nous présentons au tableau 1, le ratio du nombre de personnes de 55 ans et plus par rapport à l'ensemble de la population tel qu'estimé et projeté par Statistique Canada dans son scénario croissance-moyenne, tendances migratoires récentes. Le choix des 55 ans et plus n'est pas le fruit du hasard puisque dans cet article, les personnes de 55 ans et plus constituent un réservoir d'individus potentiellement victimes d'âgisme au travail. Le tableau 1 démontre bien l'importance croissante de ce groupe d'âge pour les populations du Canada dans son ensemble, du Québec et de l'Ontario. Trois remarques méritent notre attention. Premièrement, les 55 ans et plus qui représentaient environ une personne sur quatre (25 %) au Canada, au Québec et en Ontario en 2008, représenteront environ 30 % de

<sup>1</sup> La crise économique actuelle sera vraisemblablement résorbée lorsque les pressions démographiques se feront sentir, soit à partir de 2011. De toute façon, les changements démographiques seront d'une ampleur telle qu'il sera difficile d'éviter des pénuries de main-d'œuvre, particulièrement pour certains secteurs, certaines professions et dans certaines régions.

la population d'ici 10 ans (2018) et une personne sur trois (33 %) d'ici 20 ans (2028). Il s'agit là d'une augmentation sans précédent de la proportion de ce groupe d'âge par rapport à la population totale. Deuxièmement, le degré de vieillissement des populations est toujours plus important au Québec relativement à la moyenne canadienne, alors que pour l'Ontario, nous avons la situation inverse. Troisièmement, le processus de vieillissement sera plus

*Les 55 ans et plus qui représentaient environ une personne sur quatre (25 %) au Canada, au Québec et en Ontario en 2008, représenteront environ 30 % de la population d'ici 10 ans (2018) et une personne sur trois (33 %) d'ici 20 ans (2028).*

rapide au Québec qu'en Ontario. En 2008, le Québec a déjà une population plus âgée avec 27,4 % des personnes ayant 55 ans et plus par rapport à 24,5 % en Ontario. Malgré un niveau de vieillissement plus élevé, la proportion des 55 ans et plus augmentera de 9,6 % alors qu'en Ontario cette proportion n'augmentera que de 8,8 %. Les risques éventuels de pénurie de main-d'œuvre sont donc plus élevés au Québec qu'en Ontario. Une participation plus importante des personnes âgées au marché du travail constitue, à tout le moins, une partie de la solution au risque de pénurie de main-d'œuvre. Or tel que rapporté dans la seconde moitié du tableau 1, l'âge moyen de la retraite au Québec est de 60,1 ans, soit presque un an et demi inférieur à la moyenne canadienne (61,5) et près de deux ans inférieur par rapport à l'Ontario (62,0). Les vagues de départs à la retraite commenceront donc avant et seront plus considérables au Québec qu'en Ontario.

**Tableau 1. Vieillesse des populations**

Région	Ratio population 55+ sur population totale			Âge moyen de la retraite
	2008	2018	2028	2006
Canada	25,5	31,5	34,9	61,5
Québec	27,4	33,9	37,0	60,1
Ontario	24,5	29,8	33,3	62,0

Source : Statistique Canada, Cansim, scénario croissance moyenne et tendances migratoires récentes et Enquête sur la population active. Calculs du ratio par l'auteur.

Une option privilégiée par les divers gouvernements pour répondre aux défis économiques du vieillissement de la population est de faire appel à plus d'immigrants qui ont l'âge, l'éducation et les qualifications pour s'intégrer rapidement au marché du travail au Canada. Mais encore une fois, cette option semble beaucoup plus réalisable pour l'Ontario que pour le Québec. En effet, la population de l'Ontario représentait 38,5 % de la population canadienne selon le recensement de 2006, mais intégrait 54,9 % de tous les immigrants arrivés au Canada. Au Québec, la comparaison est inversée. Représentant plus de 23,8 % de la population canadienne, le Québec n'attire que 13,8 % des immigrants débarquant au Canada, soit 10 % de moins par rapport au poids relatif de sa population.

Bref, lorsqu'on examine les projections démographiques, l'âge moyen de la retraite et l'immigration, le Québec devra compter bien plus que l'Ontario sur une participation active au marché du travail des 55 ans et plus. Est-ce que l'âgisme en milieu de travail y fera obstacle?

### Comparer l'âgisme en milieu de travail

L'âgisme en milieu de travail n'est pas encore un phénomène directement mesurable. Des victimes d'âgisme ont poursuivi leur employeur (Gunderson, 1983) et des études de cas (Lagacé et al., 2008) nous démontrent que l'âgisme en milieu de travail est un phénomène bien réel. Malheureusement, ces études ne sont pas suffisamment nombreuses pour permettre une généralisation et ainsi mesurer ou comparer le coût économique associé à l'âgisme en milieu de travail. Nous devons donc nous y prendre de façon indirecte et nous le ferons en examinant et comparant les taux de chômage et surtout les taux d'activité<sup>2</sup> chez les 55 ans et plus.

La comparaison de l'âgisme en milieu de travail entre le Québec et l'Ontario est basée sur les deux hypothèses suivantes : (i) l'âgisme est une des causes incitant les travailleurs à se retirer prématurément du marché du travail. (ii) Le retrait du marché du travail prend deux formes principalement : le chômage ou la retraite. D'où notre définition statistique de l'âgisme en milieu de travail : un âgisme plus aigu au Québec prendra la forme d'un taux de chômage plus élevé et d'un taux d'activité plus faible chez les individus

<sup>2</sup> Le taux d'activité est défini par Statistique Canada comme étant le ratio de la population active (personnes qui travaillent ou désirant travailler) par rapport à la population âgée de 15 ans ou plus.



âgés de 55 ans et plus. Si l'âgisme se reflète dans un taux de chômage plus élevé, on dira que l'âgisme au travail au Québec entraîne un retrait temporaire des travailleurs âgés du marché du travail. Par contre, un taux d'activité plus faible signifie que l'âgisme incite les travailleurs âgés à se retirer de façon permanente du marché du travail et entraîne donc des coûts économiques plus substantiels.

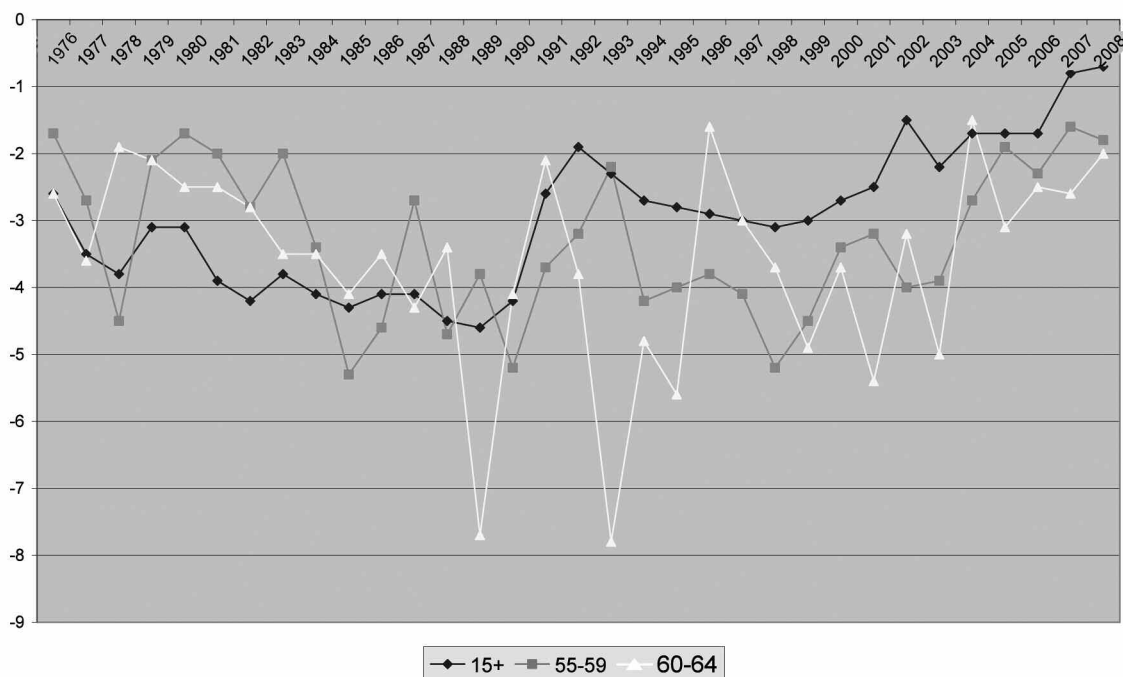
Dans le graphique 1, nous présentons les différences des taux moyens annuels de chômage entre l'Ontario et le Québec entre 1976 et 2008 pour les groupes d'âge des 15 ans et plus et pour les groupes d'âge des 55-59 ans et des 60-64 ans. La différence fut négative pour toute la période couverte, peu importe le groupe d'âge, car le chômage a toujours été plus élevé au Québec qu'en Ontario<sup>3</sup>. Par exemple, en 1976, le taux de chômage chez les 15 ans et plus en Ontario était de 6,1 % alors qu'il était de 8,7 % au Québec. La différence entre ces deux taux nous donne -2,6 % tel que présenté au graphique 1. La différence du taux de chômage chez les 60-64 ans en 1976 est également de -2,6 % puisque le taux était de 3,5 % en Ontario et de 6,1 % au Québec.

Notons que, selon le graphique 1, la différence dans les taux de chômage entre l'Ontario et le Québec a eu tendance à augmenter entre 1976 et la fin des années 1990, mais s'amenuise depuis. Par contre, la différence entre le taux de chômage pour les groupes de travailleurs de 55 à 59 ans et de 60 à 64 ans demeure constamment plus élevée que pour l'ensemble des travailleurs (15 ans et plus). Selon notre définition statistique de l'âgisme au travail, cette plus grande différence dans le taux de chômage

entre l'Ontario et le Québec suggère un âgisme en milieu de travail plus important au Québec qu'en Ontario, âgisme qui force les travailleurs âgés à se retirer temporairement du marché du travail. Si ce retrait temporaire mène ensuite à un retrait permanent hâtif, l'âgisme au travail réduit alors la capacité de production du Québec par rapport à son voisin l'Ontario.

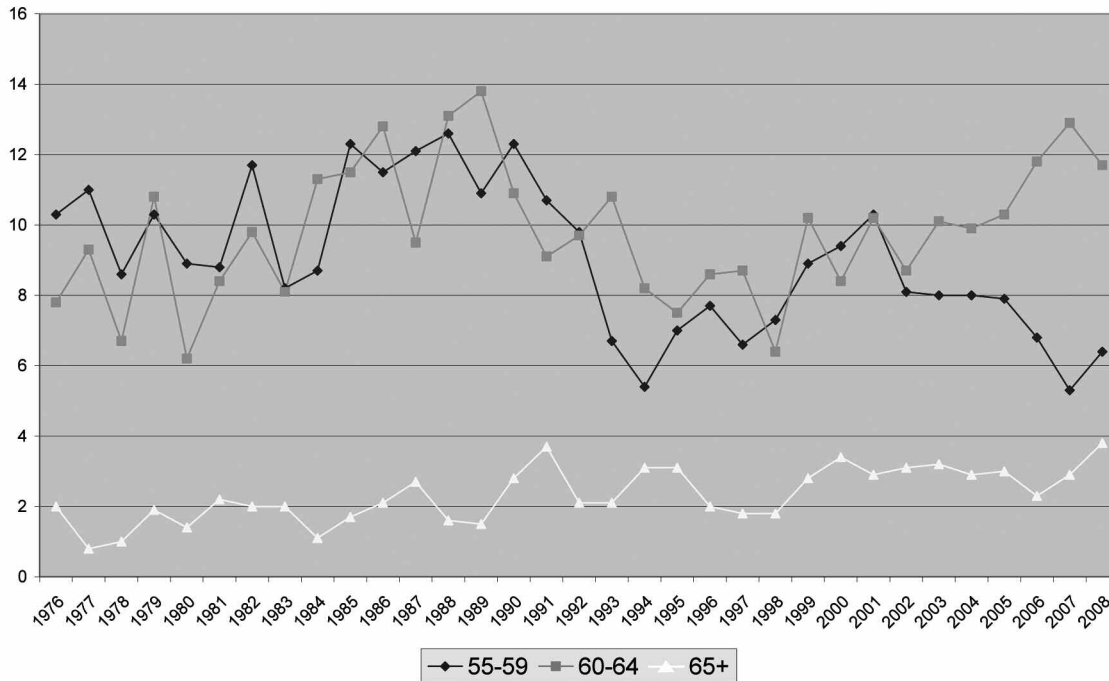
Nous poursuivons la comparaison entre l'Ontario et le Québec au niveau des taux d'activité des individus de 55 ans et plus, toujours pour la période 1976 à 2008. Cette fois-ci, on considère le taux d'activité observé en Ontario et on y soustrait le taux d'activité observé au Québec pour la même année. Une différence positive signifie que le taux d'activité pour le groupe d'âge concerné est plus élevé en Ontario qu'au Québec. Or, tel qu'illustré au graphique 2, la différence est toujours positive pour tous les sous-groupes d'âge représentés (55-59 ans, 60-64 ans et 65 ans et plus) et pour toute la période considérée. Les différences sont particulièrement élevées pour les 55-59 ans et les 60-64 ans, soit autour de 10 % et de 12 %.

**Graphique 1: Taux de chômage (Ontario-Québec)**



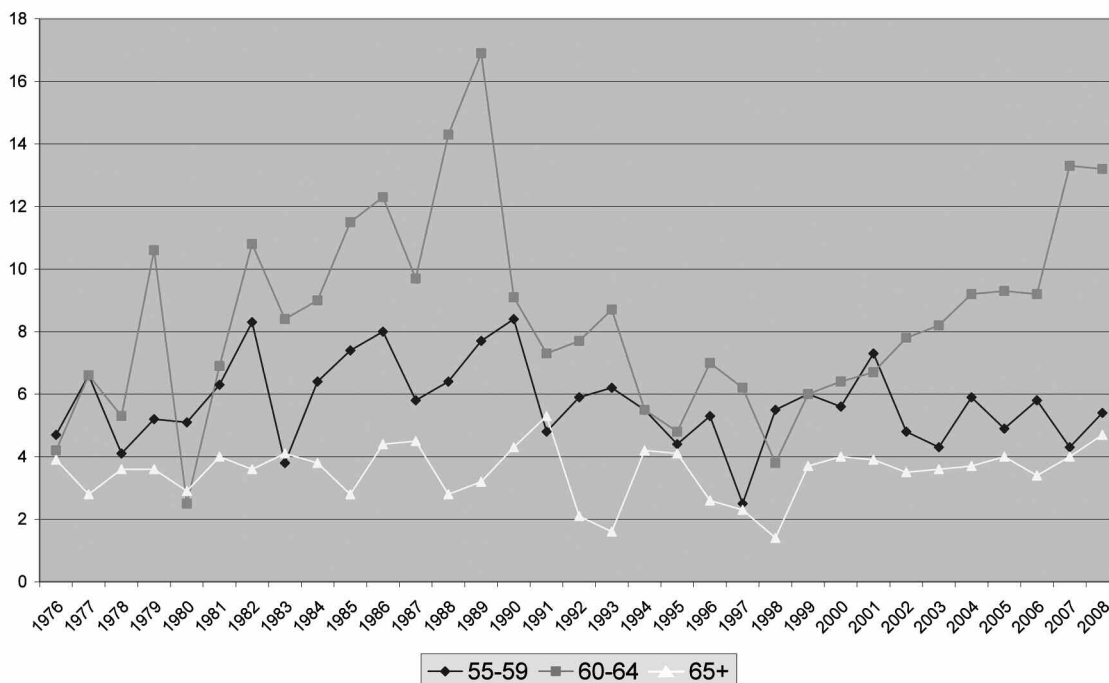
<sup>3</sup> Notons que la crise économique courante affecte davantage l'Ontario que le Québec et qu'ainsi le chômage en Ontario est maintenant plus élevé qu'au Québec, ce qui se poserait dans le graphique 1 une différence positive pour la première fois depuis 1976.

**Graphique 2: Taux d'activité Ontario-Québec**



La différence est plus modeste pour les 65 ans et plus puisque, de toute façon, les taux d'activité sont faibles pour ce groupe d'âge dans les deux provinces et qu'ainsi, une soustraction entre deux faibles taux donne un petit chiffre en termes absolus. Le graphique 2 démontre clairement que les personnes membres du groupe d'âge des 55 ans et plus participent systématiquement moins au marché du travail au Québec qu'en Ontario. Cela constitue un indice statistique supplémentaire d'âgisme en milieu de travail plus important au Québec qu'en Ontario. Cette interprétation est renforcée par le fait qu'entre 1998 à 2008, le taux de chômage au Québec a diminué de 10,3 % à 7,2 %, alors qu'en Ontario, la chute du taux de chômage n'a été que 7,2 % à 6,5 %. Cette récente dynamique du marché du travail au Québec aurait dû encourager tous les individus, y compris le groupe d'âge des 55 ans et plus, à participer davantage au marché du travail. Or la différence entre l'Ontario et le Québec des taux d'activité chez les 60-64 ans et les 65 ans et plus a passablement augmenté. Seuls les 55 à 59 ans semblent avoir profité

**Graphique 3: Taux d'activité Ontario-Québec (Hommes)**



du marché du travail plus dynamique au Québec qu'en Ontario au cours des années 2000.

On note également des différences marquées entre les hommes et les femmes. Le graphique 3 rapporte les différences des taux d'activité pour les hommes entre l'Ontario et le Québec. On observe que la différence des taux d'activité chez les hommes de 60 à 64 ans s'est accentuée substantiellement au cours des années 2000 pour atteindre des niveaux même plus importants que ceux présentés au graphique 2. La différence chez les 65 ans et plus s'est aussi accentuée alors que, pour les 55 à 59 ans, elle s'est stabilisée.

Le graphique 4 présente les mêmes comparaisons, mais cette fois-ci pour les femmes. Les différences dans les taux d'activité entre l'Ontario et le Québec chez les femmes sont moins importantes que pour les hommes, et ce, pour chacun des trois groupes d'âge. L'évolution des différences au cours des années 2000 est moins claire pour les femmes que pour les hommes. Chez les femmes de 55 à 59 ans, on observe une tendance à la baisse alors que chez les femmes de 60 à 64 ans et de 65 ans et plus, il n'y a pas de tendances perceptibles. Bref, la présence de l'âgisme en milieu de travail est plus importante au Québec qu'en Ontario tant pour les femmes que pour les hommes. Les données évoquent des différences encore plus marquantes pour les hommes.

### Coût économique potentiel de l'âgisme

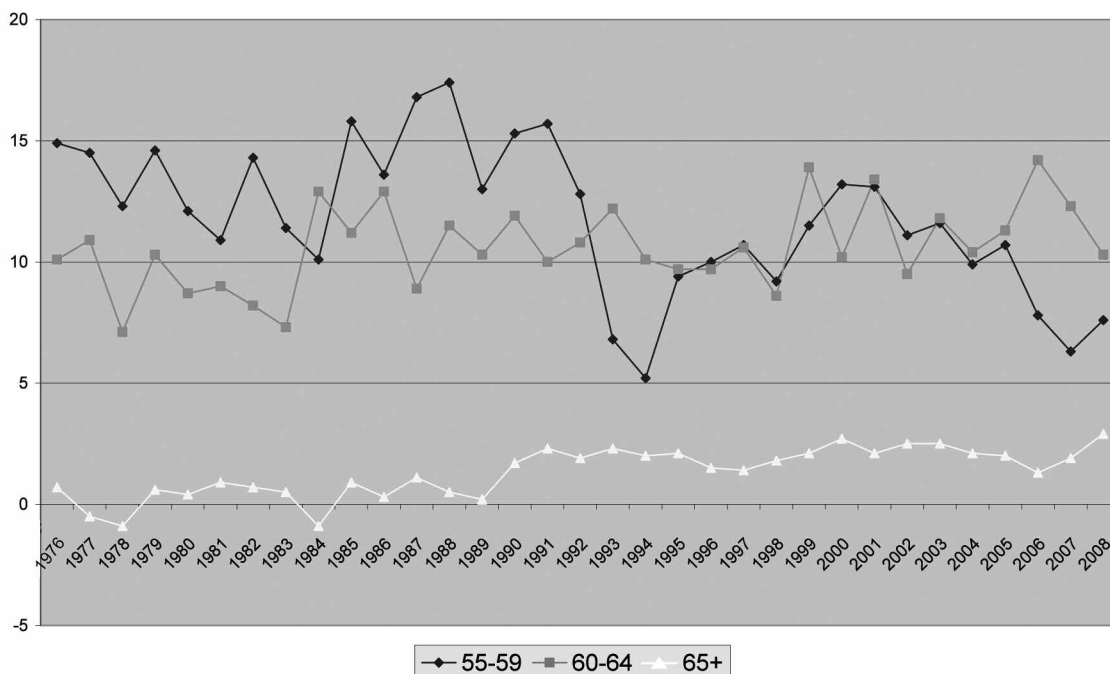
Afin de mesurer, en termes de production économique, les pertes pour le Québec causées par une présence plus importante de l'âgisme en milieu de travail, nous utilisons le modèle de simulations développé dans Mérette (2009). À cette fin, nous simulons deux scénarios.

*L'abolition de l'âgisme en milieu de travail au Québec éliminerait plus de 80 % des pertes attendues pour 2018 et plus du tiers de celles attendues pour 2028.*

D'abord, nous supposons que les taux d'activité au Québec resteront constants à ceux observés en 2008 et nous simulons pour 2018 et 2028 l'impact économique des changements démographiques

projetés. Comme les changements démographiques projetés pour 2018 et 2028 impliquent une concentration plus importante de la population des 55 ans et plus à des taux d'activité plus faibles que les groupes plus jeunes, on doit s'attendre à ce que l'impact sur le potentiel de production soit négatif.<sup>4</sup> En effet, les résultats de simulation suggèrent que la chute de l'activité économique due aux changements démographiques se chiffrera à 647 millions et 1,560 milliard de dollars pour 2018 et 2028 respectivement.

Graphique 4: Taux d'activité Ontario-Québec (Femmes)



<sup>4</sup> Dans ce qui est considéré le scénario de référence, Gauthier et al. (2007) prévoient une baisse de la population active au Québec à partir de 2012. Létourneau et Thibault (2005) prévoient que le bassin de travailleurs potentiels (20-64 ans) diminuera à partir de 2013. Martel et al. (2007) prévoient que seuls l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique verront leurs effectifs de la population active plus élevés en 2031 qu'en 2005.

Dans un deuxième scénario, nous supposons que les taux d'activité des groupes d'âge 55 ans et plus rejoignent ceux observés en Ontario. Dans ce cas-ci, l'économie du Québec fera un gain de 5,465 milliards de dollars. On ne peut certainement pas accuser l'âgisme d'être entièrement responsable des taux d'activité plus faibles au Québec chez les individus de 55 ans et plus. Mais même en supposant que l'âgisme au travail n'est la cause que de 10 % des différences en taux d'activité entre l'Ontario et le Québec, le coût de l'âgisme revient alors à 547 millions de dollars. Par conséquent, des politiques d'inclusion pour les travailleurs de 55 ans et plus pourraient entraîner au Québec un gain proche de la perte économique anticipée en 2018 conséquemment aux changements démographiques. Notons que les gains correspondent également à plus du tiers des pertes anticipées pour 2028.

*Des politiques d'inclusion pour les travailleurs de 55 ans et plus pourraient entraîner au Québec un gain proche de la perte économique anticipée en 2018 conséquemment aux changements démographiques. Notons que les gains correspondent également à plus du tiers des pertes anticipées pour 2028.*

*L'abolition de l'âgisme en milieu de travail au Québec éliminerait plus de 80 % des pertes attendues pour 2018 et plus du tiers de celles attendues pour 2028.*

## Conclusion

L'âgisme en milieu de travail ne peut encore se mesurer de façon satisfaisante. Par contre, si on accepte que l'âgisme au travail risque d'augmenter le taux de chômage et d'abaisser les taux d'activité chez les 55 ans et plus, alors la comparaison dans le temps de ces deux indicateurs entre l'Ontario et le Québec suggère fortement une présence d'âgisme en milieu de travail bien plus importante au Québec. La comparaison des taux d'activité entre les deux provinces suggère que la plus forte présence de l'âgisme au travail au Québec

par rapport à l'Ontario s'est accentuée depuis les années 2000. Sans véritable surprise, ce sont les 60 à 64 ans qui sont les plus affectés par l'âgisme au travail, et les hommes plus que les femmes. Cette dernière observation doit être interprétée avec prudence, car les taux d'activité chez les femmes sont appelés à continuer à croître au cours des prochaines années,<sup>5</sup> ce qui risque de changer la donne en ce qui a trait à l'âgisme.

Si les taux d'activité observés restent inchangés, les pertes économiques causées par le vieillissement de la population pour le Québec seront de plus de 600 millions de dollars en 2018 et de plus de 1,5 milliard de dollars en 2028. L'abolition de l'âgisme en milieu de travail au Québec éliminerait plus de 80 % des pertes attendues pour 2018 et plus du tiers de celles attendues pour 2028.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Gauthier, Hervé; Ménard, Pierre-Olivier; Corinne Desfossés & Anne-Marie Fadel (2007), « Participation au marché du travail, travailleurs âgés et retraite » Chapitre 10 de *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*, Volume 2, Institut de la statistique du Québec, Les publications du Québec, 403 pages, p. 173-216.
- Gunderson, Morley (1983), « Age Discrimination in Employment in Canada », *Contemporary Economic Policy*, Vol.21, No. 3, July, p. 318-328.
- Lagacé, Martine, Tougas, Francine, Laplante, Joelle & Jean-François Neveu. (2008). « La santé en péril : répercussions de la communication âgiste sur le désengagement psychologique et l'estime de soi des infirmiers de 45 ans et plus ». *La Revue canadienne du vieillissement*, Vol. 27, No. 3, p. 285-299.
- Létourneau, Esther et Normand Thibault (2005), « Bientôt moins de travailleurs au Québec: Pourquoi? », *Données sociodémographiques en bref*, Institut de la statistique du Québec, Vol. 9, No 3, juin, p. 6-8.
- Martel Laurent, Éric Caron-Malenfant, Samuel Vézina, & Alain Bélanger (2007), « Projections de la population active au Canada, 2006-2031 », *L'observateur économique canadien Journal*, Statistique Canada, no. 11-010, p. 3.1-3.13.
- Mérette, Marcel (2009), « Les coûts économiques actuels et futurs de l'âgisme au Canada », *Actes du colloque Au-delà de l'âge, pourquoi l'âgisme*, Montréal, 19 mars, 10 pages.

<sup>5</sup> Gauthier et al. (2007) affirment que la hausse du taux d'activité des femmes au Québec devrait se poursuivre, sans que l'on sache à quel niveau leur participation au marché du travail va se stabiliser.



## Défi Travail 50+ : passer à l'action pour contrer l'âgisme en milieu de travail

ERNEST BOYER AVEC LA COLLABORATION DE FRÉDÉRIC LALANDE, conseiller – dossiers sociaux, réseau FADOQ.  
Monsieur Boyer est président du réseau FADOQ. Diplômé en éducation, gestion des ressources humaines et soins infirmiers, il a passé l'essentiel de sa carrière dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il termine présentement son sixième et dernier mandat à la tête du réseau.

### Le réseau FADOQ

Le réseau FADOQ est un organisme à but non lucratif regroupant plus de 250 000 personnes de 50 ans et plus au Québec. Il sert à les représenter auprès de toutes les instances pertinentes, à organiser des activités et à offrir des programmes et services répondant à leurs besoins pour favoriser leur qualité de vie et leur épanouissement.

La crise financière, pour profonde ou durable qu'elle puisse en définitive se révéler, ne saurait diminuer l'importance de la transition démographique vécue par l'ensemble des sociétés occidentales,

Japon inclus. Bien qu'il soit trop souvent présenté comme une catastrophe, nous sommes au contraire d'avis que le vieillissement de la population est en soi une excellente chose. Nous sommes en effet très heureux que les sociétés humaines soient arrivées à un point de développement où chaque année qui passe ajoute quelques mois à l'espérance de vie des populations. Or, cette transition

démographique n'est pas sans commander une série d'ajustements dans tous les secteurs de la société, mais particulièrement dans le secteur du travail.

En effet, l'un des contrecoups les plus visibles de cette transition se joue dans le domaine du travail, nous amenant à réfléchir à la place que le travail occupe, mais surtout à l'aménagement de celui-ci, rendu nécessaire par cette nouvelle donne que représente le vieillissement de la main d'œuvre et son départ à la retraite. Ainsi, bien que les travailleurs, dans l'ensemble, soient globalement plus productifs que jamais<sup>1</sup>, il faut savoir que les gains de

productivité, selon toute vraisemblance, ne seront pas suffisants pour compenser la diminution du nombre de travailleurs. Il ne faut surtout pas croire que la présente crise financière y change quoi que ce soit. Bien que la conjoncture économique, bonne ou mauvaise, puisse influencer pendant un certain temps sur le taux d'activité par la limitation des possibilités d'emploi, il est évident que la démographie québécoise ramènera tôt ou tard ces possibilités. Ainsi, à moins d'évoquer un possible effondrement global du capitalisme, ou encore, une catastrophe écologique de grande ampleur, il semble que

le nombre de travailleurs continuera son lent déclin. En corollaire, la pénurie de main-d'œuvre devrait s'accroître, ce qui n'est pas incompatible avec des surplus temporaires, sectoriels, tout comme la crise actuelle ne réduit pas la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.<sup>2</sup>

Le départ à la retraite de nombreux travailleurs d'expérience, surtout selon les modalités binaires actuelles (travailleur ou retraité),

est également une perte sèche importante pour beaucoup d'entreprises. Bien que cette perte d'expérience et de savoirs accumulés puisse être compensée en partie par la diminution de la masse salariale, nous croyons qu'il y aurait certainement moyen de faire mieux. Dans une perspective intergénérationnelle trop souvent ignorée par les acteurs du monde du travail, il nous semble nécessaire que se mettent en place des initiatives structurelles majeures permettant, en quelque sorte, de passer le flambeau aux jeunes travailleurs. En ce sens, les pouvoirs publics sont directement interpellés, puisqu'ils

*De l'avis du réseau FADOQ, si nous voulons retrouver la croissance économique qui fut la nôtre pendant plus de 15 ans, si nous voulons aussi maintenir la qualité et le niveau de services sociaux auxquels la population québécoise a droit, cela passera nécessairement et entre autres par l'augmentation du taux d'activité des personnes en âge de travailler.*

<sup>1</sup> Statistique Canada (2003). Productivité et prospérité à l'âge de l'information : une comparaison du Canada et des États-Unis. Récupéré le 25 avril 2009 de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-624-m/11-624-m2003002-fra.pdf> p.3.

<sup>2</sup> ISQ (2005). La population en âge de travailler au Québec. Récupéré le 18 avril de [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp\\_poplit/pop\\_travail/index.htm#pop\\_age\\_travailler](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp_poplit/pop_travail/index.htm#pop_age_travailler)

sont des employeurs de premier plan et qu'ils sont déjà, comme prévu, il y a quelques années, aux prises avec des départs massifs à la retraite.<sup>3</sup>

De l'avis du réseau FADOQ, si nous voulons retrouver la croissance économique qui fut la nôtre pendant plus de 15 ans, si nous voulons aussi maintenir la qualité et le niveau de services sociaux auxquels la population québécoise a droit, cela passera nécessairement et entre autres par l'augmentation du taux d'activité des personnes en âge de travailler. Or, encore trop d'obstacles existent: discrimination basée sur l'âge, contraintes règlementaires et légales, santé, inadaptation du travail à la conciliation famille-travail, etc. En tant qu'organisme représentant des travailleurs d'expérience (50-64 ans), il nous est apparu que nous pouvions jouer un rôle dans la diminution de ces obstacles.

Notre action fut d'abord au plan politique. Ainsi, dans notre mémoire présenté à l'occasion de la consultation sur les conditions de vie des aînés<sup>4</sup>, tenue en 2007, nous avons rappelé les difficultés nombreuses qui attendent ceux qui désirent vieillir en emploi.

- Alors que les travailleurs d'expérience désirent en grande majorité une transition souple et progressive du travail à la retraite, très peu d'entreprises permettent de le faire par des aménagements du temps et des conditions de travail adaptées.
- De plus, très peu de ressources sont dédiées et adaptées aux travailleurs de 50 ans et plus en matière de reclassement et de recherche d'emploi. Ces travailleurs ont besoin de solutions accessibles et adaptées à leurs

besoins et à leur lieu de résidence.

- Dans les régions dont l'économie repose sur une industrie principale, les travailleurs licenciés éprouvent beaucoup plus de difficulté à se retrouver un emploi. Un soutien au revenu serait plus approprié dans ces circonstances, alors que la recherche d'emploi reste une option intéressante pour les travailleurs pour qui l'heure de la retraite n'a pas encore sonné et qui sont prêts à se réorienter.
- Bien que la présente crise frappe majoritairement les hommes, il faut également souligner les difficultés particulières vécues par les femmes de 50 ans et plus sur le marché du travail. Les femmes se distinguent par leur parcours professionnel généralement plus court et discontinu pour avoir assumé davantage de responsabilités familiales que les hommes.

De plus, nous avons sondé nos membres par l'entremise de groupes de discussion afin de connaître, d'un point de vue qualitatif, les difficultés perçues ou vécues par les personnes de cinquante ans et plus par rapport à l'emploi. Il est ressorti de cette recherche sans prétention scientifique que l'âgisme représentait une source majeure des nombreux obstacles qui affligent les travailleurs d'expérience. Ainsi, en ce qui concerne les obstacles issus de l'âgisme spécifiquement, on peut mentionner les éléments suivants :

- **Âgisme**

- Privilège à l'embauche de jeunes travailleurs;
- L'âge comme facteur de division;
- Moins grande confiance dans les capacités des

# 50

ans

## Employeurs, dépassez les limites!

### Avantageux, l'emploi des 50 ans et plus!

#### Relevez le Défi Travail 50+

Parce que l'expérience, ça compte!

[www.fadoq.ca](http://www.fadoq.ca) - 514 252-3017



<sup>3</sup> Thibault, N., Girard, C. (2001) Retraites à venir dans la fonction publique. Récupéré le 20 avril de [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp\\_poplt/retraites\\_fp/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp_poplt/retraites_fp/index.htm)

<sup>4</sup> FADOQ (2007). Des enjeux connus, des moyens à prendre. Récupéré le 22 avril 2009 de : [https://www.fadoq.ca/database/lmage\\_usager/2/Avis\\_Memoires/2007/Consultation\\_publicque\\_%20conditions\\_vie.pdf](https://www.fadoq.ca/database/lmage_usager/2/Avis_Memoires/2007/Consultation_publicque_%20conditions_vie.pdf)

- travailleurs d'expérience;
- o Discrimination à l'embauche.

Mais d'autres obstacles furent également énoncés, dont une certaine partie peut être due à une forme de discrimination basée sur l'âge :

- **Manque de reconnaissance de l'expérience**
  - Manque de reconnaissance de l'expérience non sanctionnée par des diplômes;
  - Manque de reconnaissance des savoirs des travailleurs d'expérience jugés périmés;
  - Recrutement selon des profils standardisés, excluant les travailleurs d'expérience.
- **Conditions de travail déficientes**
  - Confinement des travailleurs d'expérience à des tâches moins intéressantes;
  - Réticence à offrir des pratiques de mentorat;
  - Manque de reconnaissance financière des travailleurs d'expérience;
  - Formation jugée « trop coûteuse » pour les femmes de plus de 60 ans.
- **Autres obstacles**
  - Persistance de mythes sur les travailleurs d'expérience;
  - Pression pour la retraite anticipée;
  - Manque de communication avec les employés.

Ces éléments touchent tant les travailleurs en petite et moyenne entreprise que les employés du gouvernement ainsi que les milieux syndiqués et non syndiqués. Cela s'explique en partie par les préjugés qui sont véhiculés dans la population en général sur les personnes âgées. Nos groupes de discussion confirment le constat énoncé par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, qui affirmait en 2002 : « *Les barrières au ré-emploi des travailleuses et travailleurs vieillissants tiennent tant aux réalités du marché du travail qu'à des perceptions faussées ou attitudes négatives.* »<sup>5</sup>

### **Défi Travail 50+**

Fondés sur la base des constats tirés de nos groupes de discussion et appuyés par une étude de la littérature scientifique sur le sujet, nous avons entamé la campagne *Défi Travail 50+* qui vise d'abord à lutter contre les préjugés à l'endroit des travailleurs d'expérience. La campagne

fut lancée, avec plusieurs partenaires, le 1er mai 2007 à l'occasion de la Fête des travailleurs et travailleuses. La sensibilisation des employeurs en constitue un volet clé, en raison de leur rôle majeur à faire reculer les préjugés qui masquent les compétences véritables des travailleurs d'expérience. De manière plus générale, nous visons également la population afin que notre message soit entendu par le plus grand nombre, tant à la maison que dans les milieux de travail.

*Ce projet constitue selon nous une plate-forme idéale pour promouvoir la solidarité, la coopération et l'entraide intergénérationnelles dans les milieux de travail en cette période de grands changements démographiques et de crise financière.*

Notre campagne a donc pour objectif de sensibiliser les employeurs à la richesse de l'expérience détenue par les travailleurs de 50 ans et plus. En présentant une image positive de ces derniers, nous voulons également modifier l'image stéréotypée à laquelle ils sont confrontés. Les employeurs sont sensibilisés à l'importance des travailleurs de 50 ans et plus quant à la transmission des savoirs et des compétences à la relève. Ce volet est crucial, comme on l'a dit ci-haut, dans un contexte où la relève paraît actuellement difficile à assurer dans plusieurs entreprises qui verront une bonne partie de leur main-d'œuvre expérimentée partir à la retraite au cours des prochaines années.

Dans le cadre du projet *Défi Travail 50+*, nous faisons également parvenir plusieurs outils de sensibilisation à près de 3 000 employeurs de plusieurs régions du Québec. Faisant appel à des messages accrocheurs et à un graphisme dynamique, ces outils sont distribués en version papier pour des entreprises ciblées et en version électronique à près de 20 000 entreprises. Des encarts publicitaires sont également prévus dans certaines publications destinées aux acteurs du monde du travail, tout comme des chroniques dans des bulletins d'information ciblés. La population est interpellée dans le cadre de cette campagne par le biais de capsules radiophoniques. Tous les outils de sensibilisation sont aussi disponibles sur le site Internet du réseau FADOQ ([www.fadoq.ca](http://www.fadoq.ca)) qui propose une foule d'informations susceptibles d'intéresser les employeurs, les travailleurs et la population en général.

<sup>5</sup> Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2002). *Main-d'œuvre vieillissante : une stratégie d'accommodement est-elle nécessaire?* Montréal. P. 12.

De manière plus générale, ce projet constitue selon nous une plate-forme idéale pour promouvoir la solidarité, la coopération et l'entraide intergénérationnelles dans les milieux de travail en cette période de grands changements démographiques et de crise financière. Cette campagne, dont il reste encore quelques étapes à réaliser, provoque déjà une intéressante réponse de la part des autorités politiques concernées. Il nous apparaît toutefois évident que la sensibilisation, pour nécessaire qu'elle soit, ne sera pas suffisante. Nous allons donc envisager, au cours des mois qui viennent, la formulation de demandes au gouvernement du Québec qui, nous le croyons, aura tout intérêt à les prendre en compte.

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

Statistique Canada (2003). *Productivité et prospérité à l'âge de l'information : une comparaison du Canada et des États-Unis*. Récupéré le 25 avril 2009 de : <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-624-m/11-624-m2003002-fra.pdf>

ISQ (2005). *La population en âge de travailler au Québec*. Récupéré le 18 avril de [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp\\_poplt/pop\\_travail/index.htm#pop\\_age\\_travailler](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp_poplt/pop_travail/index.htm#pop_age_travailler)

Thibault, N., Girard, C. (2001). *Retraites à venir dans la fonction publique*. Récupéré le 20 avril du site : [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp\\_poplt/retraites\\_fp/index.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/persp_poplt/retraites_fp/index.htm)

FADOQ (2007). *Des enjeux connus, des moyens à prendre*. Récupéré le 22 avril 2009 de : [https://www.fadoq.ca/database/Image\\_usager/2/Avis\\_Memoires/2007/Consultation\\_publique\\_%20conditions\\_vie.pdf](https://www.fadoq.ca/database/Image_usager/2/Avis_Memoires/2007/Consultation_publique_%20conditions_vie.pdf)

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (2002). *Main-d'œuvre vieillissante : une stratégie d'accommodement est-elle nécessaire?* Montréal. P. 12.



**GESTION  
IMMOBILIÈRE  
PAQUET**

*Plus de 25 ans  
d'expérience*  
*Over 25 years  
of experience*

**Service 24 heures  
24-hour service**

117, Place du Soleil  
L'Île-des-Sœurs  
Verdun (Québec) H3E 1P9  
**Téléphone : (514) 762-0476**  
Courriel : [paquet@gip.qc.ca](mailto:paquet@gip.qc.ca)  
Internet : [www.gip.qc.ca](http://www.gip.qc.ca)

Copropriétés  
et résidences  
*Condominiums  
and residences*

Services de conciergerie  
et d'entretien  
d'immeubles  
*Custodial services*

Service-conseil  
*Consulting services*

Services de gestion  
de location, d'achat,  
de vente et de financement  
*Real estate management  
services*

Services d'architecture  
*Architecture services*

Services d'ingénierie  
*Engineering services*



**Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain**

Constitue un apport à la compréhension de ce que sont les personnes âgées aujourd'hui et de ce qu'elles seront bientôt. Pour y parvenir, les auteurs analysent les caractéristiques des générations qui avancent en âge.

Le **volume 1** a permis d'aborder plusieurs aspects : le vieillissement et les caractéristiques démographiques, la mortalité, les causes de décès et l'état de santé, l'éducation, la consommation et les sources de revenu.

Le **volume 2** ajoute de nombreux autres thèmes à ce panorama : les contrastes régionaux du vieillissement, les personnes âgées immigrantes, les modes de vie, le logement et l'automobile, la participation au marché du travail et la retraite, le patrimoine, le revenu et la protection en matière de pensions durant le cycle de vie, le profil par âge de la dépense sociale et la participation des personnes âgées au financement des dépenses publiques.

- *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*. Volume 1, juin 2004, 304 pages, 27,95 \$ + TPS
- *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain*. Volume 2, juin 2007, 403 pages, 34,95 \$ + TPS

Pour commander : Institut de la statistique du Québec  
Centre d'information et de documentation  
200, chemin Sainte-Foy, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1R 5T4

Télécopieur : 418 643-4129 Courriel : [cid@stat.gouv.qc.ca](mailto:cid@stat.gouv.qc.ca)

Également téléchargeable en format PDF sur le site de l'ISQ à l'adresse : [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/vie\\_generation\\_vol2\\_pdf.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/vie_generation_vol2_pdf.htm)

**Institut  
de la statistique  
Québec** 





# Soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et questions éthiques

RACHEL JANVIER LAFRENIÈRE, infirmière, M.A. (gérontologie)

## Préambule

L'âgisme est une discrimination à l'encontre des personnes en raison de leur âge (Le petit Larousse, 2008). L'âgisme regroupe toutes les formes de mépris fondés sur l'âge. Il est une réponse de la société aux groupes considérés comme inférieurs. L'âgisme « est l'une des formes de l'exploitation et de la domination qui traversent nos sociétés et c'est en temps que tel qu'il doit être analysé et travaillé, combattu et éradiqué, par les acteurs sociaux » (Carette, 2002). Quand, après l'apparition de plusieurs réformes des services de santé et des services sociaux, les résultats de notre étude démontrent encore des situations où les personnes âgées semblent à risque d'être lésées dans le respect de leur autonomie décisionnelle, puis des situations pouvant conduire à la maltraitance, à la négligence et à l'injustice, nous pouvons parler d'une forme d'âgisme.

## Introduction

Dans la distribution des soins de santé et de services sociaux, le gouvernement du Québec a mis de l'avant des nouvelles politiques d'où émane le virage ambulatoire qui fait en sorte de transférer les ressources des milieux d'hébergement et hospitaliers vers des services dans la communauté. Ces nouvelles politiques changent désormais le quotidien des personnes âgées, de leurs proches aidants et des intervenants professionnels et non professionnels qui œuvrent en soutien à domicile. Il en résulte un recours accru au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (Aronson & Neysmith, 1996; Gagnon & Saillant 2000); cette augmentation engendre des questions sur les enjeux éthiques associés au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie (Clair, 2000, Fortin, 1997). Devant le nombre toujours grandissant de ces personnes, il est essentiel de connaître dans quelles conditions elles vivent leur quotidien. Quelles sont ces conséquences du virage ambulatoire sur les différents acteurs et particulièrement sur les personnes âgées?

À partir du point de vue et des réflexions des infirmières de CLSC, nous voulions proposer une réflexion nouvelle sur les enjeux éthiques associés au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Deux de nos objectifs étaient : 1) cerner les représentations que se font les infirmières des conséquences du virage ambulatoire sur le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie; 2) dégager les enjeux éthiques associés au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

## Dans la littérature

### 1. Pression sur le système de santé

Pour deux raisons principales, les besoins en soutien à domicile se font grandissants. D'abord, en raison d'une espérance de vie plus élevée, la proportion des « oldest old » (personnes de 85 ans et plus) constitue le groupe d'âge qui croît le plus rapidement (Weiler, 1998; Wilkings & Parks, 1998). Puis, le nombre limité de lits dans les hôpitaux et centres d'hébergement de longue durée, combiné avec des hospitalisations plus courtes, a pour effet de retourner à la maison des patients plus malades et contribue à l'accroissement des besoins en soins et services à domicile (Aronson & Neysmith, 1996; Ducharme, 1992). Ainsi, le vieillissement de la population québécoise et la capacité épuisable des services publics à répondre aux besoins de plus en plus nombreux de cette population exercent de fortes pressions sur le système de santé. On peut poser l'hypothèse que cette pression est appelée à augmenter avec le vieillissement des baby-boomers.

### 2. Réformes : recours accru au soutien à domicile

Le virage ambulatoire modifie de façon importante la distribution des soins et des services à la population. Un de ses effets majeurs est le recours accru au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce virage amène des changements dans l'organisation

des services sociosanitaires qui se caractérisent surtout par la réduction des services assumés jusque-là par l'État et par l'intensification du rôle d'autres acteurs, tels les membres de la famille et les intervenants des groupes communautaires (Charpentier, 2002; Lavoie, 2000; Ducharme, 1997). Ces derniers sont-ils toujours prêts et toujours préparés à jouer ce nouveau rôle?

Comme le signalent Pérodeau & Côté (2002), « ces revirements dans le domaine de la santé requièrent des ajustements à tous les paliers de soins. Cette nouvelle philosophie vient donc bouleverser les pratiques en milieu hospitalier ainsi que les mandats des CLSC ». Conséquemment, avec l'arrivée des différentes réformes, il est important de noter que le soutien à domicile qui s'inscrivait en longue durée exclusivement se transforme peu à peu et réfère à ce qu'il est convenu de nommer : le soutien court terme et le soutien long terme. Ainsi, la nouvelle clientèle demandant des soins à domicile de plus en plus aigus (court terme) devient prioritaire dans la planification du travail quotidien des intervenants en santé, reléguant au second rang la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie (long terme). À l'instar de plusieurs chercheurs et auteurs dont Clair (2000), nous croyons que ces décisions ministérielles soulèvent des enjeux éthiques.

### 3. Questions éthiques

Bien que le soutien à domicile puisse s'appuyer sur le désir des personnes âgées elles-mêmes de demeurer à domicile le plus longtemps possible (CCNTA, 1999; Gagnon & Saillant, 2000), la personne âgée a-t-elle toujours **vraiment** le choix? De plus, ce déversement vers les familles des responsabilités de soins de santé et de services sociaux apporte son lot de questionnement sur les enjeux éthiques de cette décision politique et sociale. Les familles n'ont pas toujours toute l'information ni toute la formation nécessaires pour prendre en charge la personne âgée en perte d'autonomie et les domiciles ne bénéficient pas tous d'installations adéquates et sécuritaires pour la recevoir. En outre, l'étude de Charpentier (2002) a mis en évidence le manque de services de soutien à domicile des CLSC en soulignant le fait qu'une grande partie de la population âgée n'a pas les ressources financières suffisantes pour assumer le coût des services de soutien à domicile.

L'importante question tant politique que sociale, soulevée par Barer (1992), du **comment** s'occuper des aînés

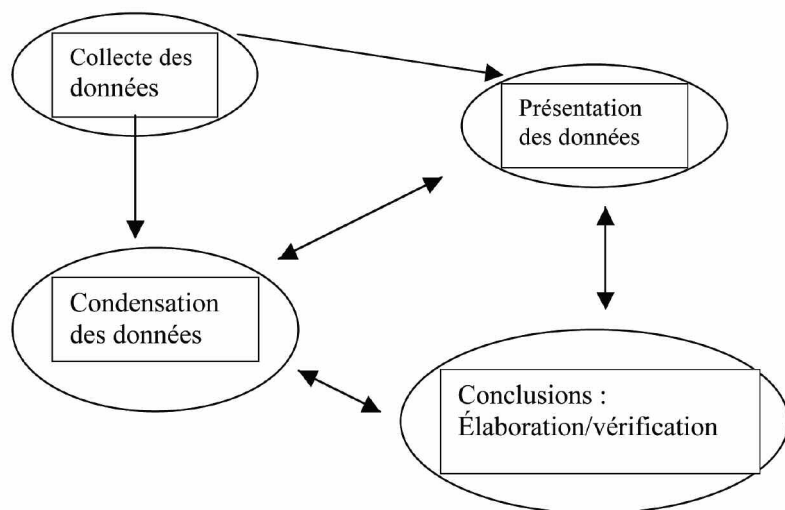
dans une population de plus en plus vieillissante et dans le cadre des réformes du système de santé qui amènent un recours accru au soutien à domicile, est toujours d'actualité. Aussi, est-il prioritaire de connaître les multiples éléments qui sont en jeu dans le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie si l'on veut répondre adéquatement à tous leurs besoins. Aussi, l'évaluation du soutien à domicile doit nécessairement passer par un examen des divers enjeux pour les personnes touchées et non seulement par une étude des avantages financiers de cette pratique.

Continuer de croire le discours économiste qui laisse entendre que le vieillissement de la population occasionne à l'État des dépenses de plus en plus importantes pour le maintien de notre système de santé dans sa présente forme, tiendrait de l'ordre du mythe ou de l'âgisme quand le rapport Castonguay, publié en février 2008, dit que le vieillissement de la population n'est responsable que d'une infime partie des coûts en santé.

### Méthode utilisée

Notre démarche a été essentiellement qualitative et exploratoire. Les représentations qu'ont les infirmières de leur pratique à domicile nous ont permis de cerner les conséquences du virage ambulatoire et d'en dégager les enjeux éthiques associés au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Les données recueillies au cours d'entrevues semi-directives par le moyen des récits de pratique ont été analysées selon l'approche thématique de Miles & Huberman (2003) qui permet de débiter la recherche à partir d'un cadre conceptuel et d'élargir les paramètres théoriques à partir de données recueillies sur le terrain, et selon l'approche par principes de Beauchamp & Childress (2001) qui a fait ressortir des conditions d'expérience de vie à domicile des personnes âgées conduisant à des enjeux éthiques.

La constitution de l'échantillon fut réalisée par la méthode dite « boule de neige », c'est-à-dire à partir d'un contact avec une infirmière de notre connaissance laquelle nous a référé une autre personne et ainsi de suite. Nous avons recruté quatorze infirmières pratiquant en CLSC dans huit régions du Québec réparties sur la Rive-Nord et la Rive-Sud du Saint-Laurent. Les participantes œuvraient à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie et correspondaient aux caractéristiques démographiques suivantes : onze femmes

**Encadré 2 Composantes de l'analyse des données : modèle itératif**

Source : Miles & Huberman, (2003), p.31

ou en tout cas en sortir le moins possible des coffres » (entrevue 5). Ce dernier point confirme le discours politique rapporté par le Comité des politiques sociales de l'Association québécoise de gérontologie (1989) : « *Devant l'augmentation effrénée des coûts des services de santé [...] l'État met l'accent sur la prise en charge des personnes âgées par le milieu naturel [...] en misant sur la valorisation de l'entraide, du bénévolat et de la famille* ».

Une conséquence négative du virage ambulatoire est sans contredit la pénurie des ressources humaines, financières et matérielles. Les

et trois hommes, âgés entre 35 et plus de 60 ans, travaillant à temps complet ou à temps partiel, en milieu urbain ou en milieu rural, ayant entre 5 et 25 années de pratique et une formation collégiale ou universitaire.

## Résultats

### 1. Cerner les représentations des infirmières

Les résultats de notre étude présentent des conséquences positives ainsi que des conséquences négatives du virage ambulatoire pour tous les acteurs concernés par le soutien à domicile des personnes âgées. Nous soulignons les bienfaits de la réforme et nous exposons les effets néfastes qui conduisent à des enjeux éthiques.

L'avantage du soutien à domicile signifie pour la personne âgée le maintien optimal de son autonomie fonctionnelle, le bien-être et le confort tant sur le plan physique que sur le plan psychologique, la bonne estime de soi : « *Ils gardent leur autonomie et il y a des fois qu'ils gardent le respect d'eux autres et leur dignité : je ne suis pas si pire que ça!* » (entrevue 10). L'économie sur le plan financier par la réduction des dépenses du système de santé et des services sociaux s'avère être pour l'État le grand bénéficiaire de la réforme : « *La décision du soutien à domicile, on ne se cachera pas que c'est une question financière pour commencer, hein; comment récupérer le plus d'argent possible*

conséquences d'une réforme dans laquelle les ressources nécessaires ne suivent pas peuvent être néfastes pour la personne âgée en perte d'autonomie (Aronson & Neysmith, 1996). Par exemple, la pénurie d'ergothérapeutes entraîne des listes d'attente plus ou moins longues pouvant aller jusqu'à des mois d'attente, ce qui crée des situations de négligence envers la personne âgée à domicile : « *Le monsieur, il veut un bain à la baignoire. L'ergothérapie a une liste d'attente entre trois à six mois, alors ce monsieur là, finalement, il va avoir des bains au lavabo jusqu'à ce que l'ergothérapeute puisse venir voir comment ils vont adapter la salle de bain* » (entrevue 5). Le manque d'infirmières et de médecins signifie des retards dans la prestation des soins et traitements et dans certains cas, absence de soulagement adéquat de la douleur : « *Trouver un médecin qui va à domicile, c'est déjà pas évident* » (entrevue 11). Le nombre insuffisant d'auxiliaires familiales fait en sorte que, d'une part, les personnes âgées doivent renoncer à des soins d'hygiène plus réguliers et plus fréquents : « *Ici l'aide au bain, elle donne ça une fois par semaine, parce qu'on n'a pas assez d'argent* » (entrevue 11) et que, d'autre part, les proches aidants se voient privés d'aide et de moments de répit essentiels à leur bien-être et à la poursuite de leurs tâches du maintien à domicile de leurs parents âgés en perte d'autonomie : « *Il faudrait que ces gens-là puissent avoir plus de gardiennage sans que ce soit toujours la famille*

*qui doit payer* » (entrevue 3). Ainsi, le manque de répit conduit souvent à l'épuisement des proches aidants et, malheureusement, cela veut dire, pour les personnes âgées, des hospitalisations plus fréquentes menant la plupart du temps à une baisse accélérée de l'autonomie et, par voie de conséquence, à un hébergement plus rapide que souhaité. Les équipements qui leur sont nécessaires (marchette, fauteuil roulant) et qui permettraient de garantir leur sécurité sont trop souvent manquants : « *L'équipement, ça peut sauver une chute, ça peut même sauver un hébergement; pourquoi on n'a pas ça, pourquoi on est restreint?* » (entrevue 10).

Une autre conséquence négative du virage ambulatoire se constate particulièrement au moment du retour à domicile après une hospitalisation. En effet, le manque de communication entre les intervenants des hôpitaux et des CLSC place presque toujours la personne âgée en situation de risque, de négligence et de bris de continuum de soins et de services : « *Des fois, ils vont à l'hôpital, puis ils reviennent, puis on ne l'a pas su, il n'y a pas de continuum de services* » (entrevue 9). Un autre exemple, la prescription médicale indique seulement « soins de plaie », aucune indication sur l'endroit et le type de plaie, ni sur le genre de pansement nécessaire et aucune information sur le diagnostic : « *La communication entre établissements, c'est une lacune très flagrante, les gens sortent de l'hôpital puis on n'est pas avisé, ou, quand on est avisé, ce n'est pas clair* » (entrevue 5). Cette situation fait en sorte de causer certains préjudices aux personnes âgées et beaucoup d'inquiétude à leurs proches aidants.

Le transport est également une source importante de problèmes pour les personnes âgées qui doivent se déplacer pour recevoir les soins que leur état de santé requiert comme une visite médicale au bureau, à l'hôpital ou chez un spécialiste : « *Ils ont beaucoup de misère avec le transport; aller à Sherbrooke en auto, elle a 88 ans, qu'est-ce qu'on fait? On ne peut pas l'envoyer en taxi adapté, ça va coûter combien? Le transport, c'est un gros manque* » (entrevue 2). Les résultats de notre étude conduisent à la conclusion que, dans plusieurs régions, l'organisation actuelle du transport n'est pas adaptée pour répondre aux multiples besoins des personnes âgées à domicile et en perte d'autonomie.

Enfin, une autre conséquence négative du virage ambulatoire réside dans le fait que des réformes successives

donnent lieu à un manque d'information et de connaissance sur les services offerts par notre système de santé et de services sociaux et ce manque empêche les personnes âgées et leurs proches aidants de les utiliser à bon escient : « *Ce qui m'étonne tout le temps, c'est que les personnes âgées ne demandent pas ce que le CLSC peut faire pour eux, parce qu'elles ont tellement peur que le CLSC les place en hébergement* » (entrevue 13).

## **2. Enjeux éthiques associés au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie**

L'approche par principes de Beauchamp et Childress (2001) a servi de cadre conceptuel pour analyser les données recueillies au cours de notre étude. Les quatre grands principes de cette approche sont : le respect de l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

### **• Respect de l'autonomie**

Le non-respect de l'autonomie de la personne âgée peut se manifester de différentes façons. Il y a ce que d'aucuns appellent le paternalisme, c'est-à-dire la prise en charge trop complète de la personne âgée en perte d'autonomie. En effet, il peut être tentant pour les intervenants de faire en sorte que tout soit planifié, organisé, tant en ce qui concerne l'alimentation qu'en ce qui concerne l'hygiène et l'entretien des effets personnels. Cependant, cette intervention paternaliste doit être évitée si l'on veut assurer le maintien maximal de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée et, par le fait même, son soutien à domicile (Tuckett, 2006): « *Il faut qu'il puisse se débrouiller, qu'il puisse se casser des œufs le matin, parce que, nous, on n'est pas là pour trois repas par jour. Pour qu'il puisse rester à la maison, il faut qu'il apprenne à faire un lavage, parce que s'il ne fait rien, il va se retrouver à s'ennuyer [...] il ne faut pas qu'on le prenne en charge à 100 % là, il faut juste qu'on le soutienne* » (entrevue 3).

Puis il y a aussi la mise à l'écart, c'est-à-dire l'omission d'impliquer la personne âgée dans les discussions la concernant. Par exemple, quand il s'agit de prendre la décision d'un retour à domicile après une hospitalisation, c'est le médecin ou l'équipe des soins qui décide quand la personne quitte l'hôpital : « *Le monsieur dit : moi je n'étais pas prêt à sortir, et sa femme n'était pas prête à le recevoir parce qu'elle n'était pas organisée* » (entrevue 5). Il en va de même quand il est question d'hébergement, c'est la famille, avec ou sans

l'appui de l'intervenante sociale, qui prend la décision du changement de milieu de vie. Encore aujourd'hui, la fragilité des personnes âgées en perte d'autonomie restreint leur liberté des choix et leur autonomie décisionnelle (Charpentier, 2002).

#### • Bienfaisance et non-malfaisance

Les difficultés du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie dans le contexte du virage ambulatoire rendent souvent impossible l'application des principes de bienfaisance et de non-malfaisance : « Voir à ce que les gens puissent rester le plus longtemps chez eux dans un contexte sécuritaire, ce qui n'est pas toujours évident » (entrevue 3). En effet, à cause de la pénurie des ressources humaines, matérielles et financières, les proches aidants s'épuisent. Si, par surcroît, l'isolement, la solitude et la pauvreté de la personne âgée se trouvent présents, ce sont autant d'éléments qui créent des situations de négligence et de risque de mauvais traitements.

Le manque de liaison entre les établissements constitue également un des grands enjeux du virage ambulatoire et rend difficile le respect des principes de bienfaisance et de non-malfaisance envers les personnes âgées. Effectivement, sur un plan éthique, cette absence de communication entre le CLSC et l'hôpital est une importante cause de négligence envers les personnes âgées en ce sens qu'elle occasionne des retours à domicile non planifiés suite à une période d'hospitalisation. « Ils l'ont envoyée en taxi de l'hôpital. C'était un fauteuil roulant, puis c'était au deuxième étage, ils l'ont laissée sur le trottoir. C'est par hasard qu'une infirmière est passée devant la maison puis qu'elle l'a vue, le taxi était parti puis son garçon n'était pas là » (entrevue 2). Les infirmières en soutien à domicile constatent régulièrement des situations à risques dans lesquelles se retrouvent les personnes âgées retournées hâtivement à domicile. Par exemple, le manque de liaison entre les établissements prive les infirmières d'informations indispensables pour assurer une qualité de soins optimale, tels le genre d'intervention chirurgicale, le type de pansements à faire, la médication à prendre. « Très souvent, on arrive à domicile, puis on est obligée de deviner le diagnostic avec la médication que la personne prend » (entrevue 8). Ce problème de communication entre les intervenants des établissements ne devrait-il pas nous inviter à la réflexion sur le comment bien soutenir à domicile nos

âgés en perte d'autonomie? Ces résultats démontrent-ils que d'autres personnes moins âgées ou d'autres choses occupent notre temps et préoccupent notre esprit? Ou, est-ce une question de mérite ou d'importance?

#### • Justice

Quand on regarde, dans une perspective de justice, la situation des personnes âgées en perte d'autonomie demeurant à domicile, il paraît possible d'y voir un âgisme réel. Malgré que notre système de santé québécois prône l'universalité des soins, il appert que si la personne âgée est démunie sur le plan financier et qu'en plus elle est seule et demeure en région, l'accès aux soins et aux services lui est pratiquement impossible, car « en terme d'égalité, on ne peut nier les différences des conditions de vie des personnes aînées » (Beaulieu, 2003). Par exemple, dans bien des cas, pauvreté et faible degré de scolarité signifient inaccessibilité aux soins et services : « Les gens manquent d'information, les gens sont démunis, ils ne savent pas où cogner, ils ne savent pas à qui s'informer » (entrevue 5). En effet, encore aujourd'hui, il existe dans certaines régions des personnes âgées incapables de chercher l'aide dont elles ont besoin en raison de leur incapacité à lire.

Il y a aussi inaccessibilité en raison du manque de ressources humaines et financières. Par exemple, les délais d'attente occasionnés par la pénurie d'ergothérapeutes dans le réseau public causent des préjudices aux personnes âgées, particulièrement celles qui sont moins fortunées. Celles-ci doivent attendre une évaluation de l'ergothérapeute avant de recevoir certains soins et services et sont privées de soins adéquats pendant de longues semaines, tandis que les gens mieux nantis reçoivent sans délai les soins requis par leur situation puisqu'ils peuvent se payer des services privés : « Les gens isolés qui sont pris avec des incapacités reliées au fait de vieillir, et ces incapacités ne peuvent être compensées parce qu'ils sont isolés et qu'ils n'ont pas d'argent pour se payer des services » (entrevue 8). St-Arnaud en 1999 le mentionnait ainsi : « dans le contexte actuel des soins de santé au Québec, la question de l'accès aux soins est devenue problématique [...] notamment du fait des listes d'attente qui s'allongent de façon telle que le maintien d'une universalité aux soins n'est plus nécessairement compatible avec un service efficace, adéquat et effectué en temps opportun ». Comment se fait-il qu'en 2008 nous devions déplorer ce même état de fait?



De plus, le nombre insuffisant d'infirmières pour répondre aux demandes de plus en plus nombreuses et aux soins de plus en plus complexes oblige ces dernières à établir des priorités, de sorte que plusieurs personnes âgées voient leur état de santé se détériorer et leur degré d'autonomie diminuer à cause d'un manque de suivi infirmier. Dans certaines régions du Québec, c'est l'inaccessibilité en raison de l'absence de médecins spécialistes sur place et du manque d'organisation de transport pour les longues distances : « *Je ne suis pas capable de vous opérer pour ce que vous avez dans votre œil, il faut absolument que vous soyez opérée à Sherbrooke* » (entrevue 2). Le problème du transport sur courtes distances est aussi une source d'inaccessibilité aux soins quand une personne âgée qui demeure seule, au deuxième étage, a subi une intervention chirurgicale à la hanche. Revenue à domicile, elle ne se déplace qu'en fauteuil roulant et, une semaine plus tard, elle doit se rendre à l'hôpital pour revoir son chirurgien. Le transport adapté peut se rendre devant la maison où elle demeure, mais le chauffeur ne peut pas aller la prendre au deuxième étage; il n'a pas le droit de laisser son véhicule! La question du manque d'organisation de transport est un enjeu crucial pour l'accessibilité aux soins. Qu'est-ce qui s'impose alors dans la tâche des responsables du soutien à domicile? Comme le souligne Ducharme (2007), il y a lieu d'élaborer de nouvelles modalités de collaboration en créant des liens de proximité et de développer une solidarité communautaire quand le lien familial n'existe pas ou qu'il est rompu.

Par ailleurs, il existe une inquiétude quant aux conditions de vie et aux conditions d'accès aux services pour les résidents défavorisés en hébergement (Charpentier, 2002). Cette inquiétude est également présente à domicile et il se peut qu'un sentiment d'iniquité et d'injustice plane dans les cœurs et dans les têtes, quand plusieurs services sont disponibles moyennant la capacité de payer des personnes. Des heures de gardiennage supplémentaires, un transport dans un grand centre pour recevoir des soins médicaux spécialisés, des soins d'hygiène plus fréquents, des services d'ergothérapie rapides semblent, encore aujourd'hui, impensables pour les personnes pauvres et moins scolarisées.

Un autre élément d'injustice sociale se profile à travers la politique actuelle des médicaments qui ne sont gratuits que pour le temps de l'hospitalisation. « *Il y a beaucoup de médicaments qu'on utilise qui sont des médicaments d'exception qui ne sont pas couverts par le*

*gouvernement; alors que si la personne est hospitalisée, elle va l'avoir ce médicament-là. Mais quand elle est à domicile, il faut qu'elle le paye complètement. C'est comme illogique ça* » (entrevue 14). Voilà un autre exemple du besoin pressant de réflexion de la part de tous les acteurs sociaux, principalement des décideurs politiques préoccupés par le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Il existe des inégalités dans la dispensation des soins et services aux personnes âgées selon leur richesse. Le droit à la santé pour tous ne donne pas magiquement accès aux soins et services. Devons-nous comprendre que le virage ambulatoire a créé une rupture entre l'égalité d'accès à la santé et l'égalité d'accès aux soins et services? (White, 1992).

### Portée et limite de l'étude

À notre connaissance, aucune recherche québécoise ne s'est adressée exclusivement aux infirmières de CLSC pour connaître les enjeux éthiques associés au soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ainsi, notre étude présente les premiers résultats sur les représentations que s'en font les infirmières du CLSC sur un plan éthique et constitue une source de données empiriques unique, jetant un éclairage nouveau dans un domaine peu exploité en sciences infirmières.

La visée exploratoire de notre étude ne permet pas d'interpréter les résultats comme étant définitifs. Nous sommes conscientes que nos résultats ne peuvent s'appliquer qu'à un échantillon comparable lorsque le contexte et les paramètres sont semblables. Il importe également de souligner la complexité considérable d'une étude traitant d'éthique. De plus, l'approche par principes (Beauchamp & Childress, 2001) concentre la recherche sur quatre principes centraux; ainsi, dans un contexte d'étude comme le nôtre où nous nous sommes appliquée à bien utiliser la grille principiste, des éléments abordés en entrevue ont pu ne pas être traités dans le cadre du mémoire.

### Conclusion

Le virage ambulatoire a eu des répercussions sur la qualité de vie à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. À cause du manque de planification pour le retour à domicile à la suite d'une hospitalisation, les personnes âgées sont trop souvent placées en situation potentielle de négligence et de maltraitance. À cause du manque de ressources, les personnes âgées subissent

de longues attentes avant de recevoir les soins adéquats et ces attentes font en sorte que, quelquefois, leur santé et leur sécurité sont difficiles à protéger. À cause de la politique actuelle des médicaments qui veut que la médication nécessaire au recouvrement et au maintien de la santé soit gratuite à l'hôpital et payante à la maison, les personnes âgées pauvres et isolées subissent une forme d'injustice dans un système de santé dont le fondement est l'universalité des soins et des services.

En conséquence, nous croyons qu'il est essentiel de faire une relecture de ce qui pose questions en matière d'éthique sur le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie afin que les décideurs mettent en place des ajustements et des améliorations aux changements exigés par le virage ambulatoire dans la prestation des soins de santé et des services sociaux. Les résultats de notre étude apportent un éclairage nouveau sur la réalité et la qualité de l'expérience de vie des personnes âgées en perte d'autonomie demeurant à domicile et sur celles de leurs proches aidants. Il faut aussi souligner la nécessité de mesures efficaces pour améliorer la qualité du soutien à domicile de ces personnes afin de leur permettre, à elles et à leurs proches aidants, de poursuivre leur vie d'une manière digne.

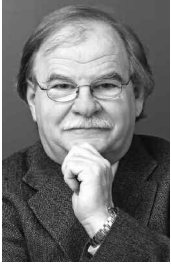
Socialement, nous avons à nous positionner sur la manière dont nous voulons nous occuper des personnes âgées en perte d'autonomie. Deux questions s'imposent à l'esprit. Premièrement, le recours accru au soutien à domicile est-il signe que les orientations ministérielles prônent un retour aux valeurs familiales d'autrefois? Et, si oui, en avons-nous les moyens? Deuxièmement, dans le contexte social et familial actuel, déployons-nous les moyens nécessaires en ressources humaines et financières pour maintenir adéquatement à domicile nos personnes âgées en perte d'autonomie? Comme l'a mentionné une participante à l'étude : « *Il y a une pensée de société qui est à refaire* ».

En terminant, permettons-nous de rêver que, quelque part au début de ce troisième millénaire, nos aînés verront une culture géronto-gériatrique s'installer au cœur de notre société et de notre réseau québécois de santé et de services sociaux et, pourquoi pas, la réalisation d'un hôpital gériatrique : « *Il y aurait à faire une urgence juste pour eux* » (entrevue 3) et qu'enfin, l'âgisme y connaîtra la fin de son existence.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aronson, J., & Neysmith S., M. (1996). The work of visiting homemakers in the context of Cost cutting in long term care. *Revue canadienne de santé publique*, 87 (6), 422-425.
- Association québécoise de gérontologie, Comité des politiques sociales (1989). *Aider ses parents vieillissants : un défi communautaire*. Rapport soumis à la ministre de la Santé et des Services sociaux, Madame Thérèse Lavoie-Roux. Dans G. Létourneau (sous la direction de), *Aider ses parents vieillissants : un défi personnel, familial, politique, communautaire*. (pp. 267-276). (s.l.) : L'Association québécoise de gérontologie, La Fondation Berthiaume-Du-Tremblay.
- Barer, M. B. (1992). The relationship between homebound older people and their home-care workers, or « the pas de deux » of homecare. *Journal of Gerontological Social Work*, 19 (1), 129-147.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford : University Press.
- Beaulieu, M. (2003). Considérations psychosociales et éthiques sur la victimisation des aîné(e)s. Dans Inavem (éd.). *La victimisation des aîné(e)s*. Paris : L'Harmattan, Collection Sciences criminelles (pp. 67-100).
- Carette, J. (2002). *Droit d'aînesse. Contre tous les âgismes*. Québec : Les Éditions du Boréal.
- Castonguay, C. (2008). *En avoir pour notre argent*. Rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé. Québec : gouvernement du Québec.
- Charpentier, M. (2002). *Priver ou privatiser la vieillesse? Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix*. Ste-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.
- Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes*. Rapport et recommandations. Québec : gouvernement du Québec.
- Conseil consultatif du 3e âge (1999). *1999 et après. Les défis d'une société canadienne vieillissante*. Ottawa : gouvernement du Canada.
- Ducharme, F. (1992). Impact du soutien conjugal et des stratégies adaptatives sur le bien-être des conjoints âgés : suivi longitudinal. Rapport de recherche. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Ducharme, F. (1997). La détresse des soignants familiaux. Défis cliniques et perspective de recherche. *L'infirmière du Québec : Sciences*. (Janvier/février) 40-47.
- Ducharme, F. (2007). Famille et vieillissement. Enjeux et défis pour soignants professionnels et proches aidants. *Perspective infirmière*, 4 (6), 10-16.
- Fortin, P. (1997). Quelques questions d'ordre éthique soulevées par la réforme des services de santé au Québec. *Éthica*, 9 (1), 31-57.
- Gagnon, E., & Saillant, F. (2000). *De la dépendance et de l'accompagnement*. Soins à domicile et liens sociaux. Québec : L'Harmattan.
- Larousse, P.A. (2008). *Le Petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.
- Lavoie, J.-P. (2000). *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. Montréal : L'Harmattan.
- Miles, M. B., & Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2e éd.). Paris : Université De Boeck.
- Pérodeau, G., & Côté, D. (2002). *Le virage ambulatoire : Défis et enjeux*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- St-Arnaud, J. (1999). *Enjeux éthiques et technologies médicales : contribution à la recherche en bioéthique*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Tuckett, A.G., (2006). On paternalism, autonomy and best interests : Telling the (competent) aged-care resident what they want to know. *International Journal of Nursing Practice*, 12 (3), 166-173.
- Weiler, M., R. (1998). Home Health Care Workers' Attitudes Toward the Elderly. *Home Health Care Services Quarterly*, 16 (4), 1-13.
- Wilkins, K., & Park, E. (1998). Les soins à domicile au Canada. Rapports sur la santé. (Été 1998), 10 (1), 31-40. Statistique Canada, no : 82-003 au catalogue. Ottawa, Statistique Canada.
- White, D. (1992). La santé et les services sociaux : réforme et remises en question. Dans Daigle & Rocher (Éds). *Le Québec en jeu. Comprendre les grands défis* (chapitre 8, pp. 225-248). Montréal : PUM.





# J'ai lu

LOUIS PLAMONDON, juriste et sociologue, Président RIFVEL [www.rifvel.org](http://www.rifvel.org)

## INTRODUCTION À L'INTERVENTION AUPRÈS DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

Auteurs : Jean Boudreau, Lise Poupart, Katia Leroux, Arlène Gaudreault

Édition revue et augmentée  
Dépôt légal – 2009

L'ouvrage, *Introduction à l'intervention auprès des victimes d'actes criminels* s'adresse à l'étudiant ou à toute personne désireuse de connaître les besoins des victimes et les modes d'intervention à privilégier. Il se veut un premier contact avec les particularités de ce champ de pratiques professionnelles et un outil d'apprentissage pour s'y initier. Il est composé de deux grandes parties, une première partie présentant le contexte et les modes d'interventions et la seconde traitant des interventions spécifiques.

En vue de sensibiliser le lecteur aux principaux défis de l'intervention auprès des victimes d'actes criminels, cet ouvrage comprend également un relevé des dates marquantes dans l'évolution des lois, politiques et services au Québec et au Canada. On y trouvera des liens vers des sites Web, un glossaire ainsi que des pistes et informations visant à permettre au lecteur de pousser plus loin ses connaissances sur le sujet.

Ce livre est une référence indispensable pour tous les intervenants. Il sera également très apprécié par ceux qui interviennent auprès des aînés-victimes: les modes d'interventions proposés sont pertinents et une section est réservée aux aînés. Plusieurs autres sections comme celles sur la violence conjugale ou la victimisation sexuelle sont fortement transférables vers d'autres groupes de la population.

Il se vend 30\$ et est disponible sur [www.aqpv.ca](http://www.aqpv.ca)

Pour nous joindre: Association québécoise Plaidoyer-Victimes, 4305, rue d'Iberville, bureau 201  
Montréal (Québec) H2H 2L5 | Tél. : 514.526.9037 | Téléc. : 514.526.9951 | Courriel: [aqpv@aqpv.ca](mailto:aqpv@aqpv.ca) | [www.aqpv.ca](http://www.aqpv.ca)

## Journées « Vieillessement actif » organisées par VDM

20 et 21 mai 2010

Montréal, Palais des congrès

*À inscrire dans vos agendas sans faute*

VIEILLESSEMENT DESIGN  
MONTRÉAL

Les 20 et 21 mai 2010, aura lieu à Montréal, un événement d'envergure constitué de trois activités qui se tiendront concurremment soit :

- une Journée « Vieillessement actif » qui portera sur certains aspects du «vieillessement actif» avec des conférences et des tables rondes;
- un Gala d'excellence qui reconnaîtra les meilleures pratiques développées par des organisations publiques, privées et communautaires;
- une Exposition, ayant pour thème le « vieillir chez soi », présentera des prototypes, maquettes et autres produits novateurs, créés pour mieux adapter les milieux de vie au bénéfice des personnes aînées.

### Présentation de VDM

Vieillessement Design Montréal est un organisme à but non lucratif visant à partager le savoir et l'expertise dans le domaine du vieillissement et du design. Grand organisateur de la 9<sup>e</sup> conférence internationale sur le vieillissement de la FIV qui s'est tenue à Montréal en 2008. Vieillessement Design Montréal continue dans cette optique et organisera, en mai 2010 un événement majeur qui abordera entre autres, les questions reliées à l'adaptation des milieux de vie dans le but de les rendre plus conviviaux pour une population qui se fait de plus en plus vieillissante.

### Info VDM

**Les projets de construction pour personnes âgées en Australie peuvent-ils être vus à la fois comme cause et conséquence de l'âgisme?**

Étude de Maree Petersen, doctorante à l'université du Queensland, École de travail social et de services humains, et du centre australien sur le vieillissement. (Traduction libre de VDM)

Cette étude attire notre attention sur les stéréotypes reliés à l'âge et les préjugés dont sont victimes les personnes âgées. Ceux-ci sont souvent diffusés par des professionnels impliqués dans la réglementation, le design et la gestion de projets de construction, en particulier, la construction de complexes résidentiels. Ces données ont été tirées d'une étude plus approfondie portant sur la croissance des espaces spécialisés destinés aux personnes âgées isolées de la communauté. Le premier stade de l'étude a permis de faire ressortir les points de vue et les expériences des professionnels qui ont été recueillis au moyen d'entrevues et qui ont mis en évidence que la réglementation et la pratique se révèlent des incitatifs à l'émergence de préjugés liés à l'âge. Ces résultats donnent la preuve de la nature dominante de l'âgisme dans notre société et comment l'âgisme est indéniablement lié à une volonté de construire à tout prix des logements sur mesure pour les personnes âgées.

En effet, les projets de construction peuvent être vu à la fois, comme cause et conséquence de l'âgisme.





# La personne âgée admise à l'hôpital est-elle victime d'âgisme?

M.-J. KERGOAT, M.D., gériatre, Professeur agrégé, faculté de médecine, Université de Montréal  
 Chef du département de médecine spécialisée / Chercheuse, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

## Contexte

C'est en 1969 que le gérontologue et gérontopsychiatre Robert N Butler énonce pour la première fois le terme d'âgisme : *age-ism* (Butler, 1969). Il le définit comme une discrimination basée sur l'âge. Elle concerne selon les situations, tantôt le groupe des jeunes, celui des adolescents, ou encore, les personnes âgées. Quelques années plus tard, il développe sa pensée en spécifiant que l'âgisme envers les personnes âgées concerne une vision biaisée du vieillissement où un ensemble de préjugés négatifs stéréotypés sont attribués sans distinction à toute personne âgée (Butler, 1975).

*L'âgisme concerne une vision biaisée du vieillissement où un ensemble de préjugés négatifs stéréotypés sont attribués sans distinction à toute personne âgée.*

Selon lui, trois principales causes conduisent à l'âgisme.

- Une méconnaissance : une certaine ignorance de la personne âgée avec intégration de stéréotypes et de mythes reliée à un manque d'exposition à un éventail suffisamment diversifié de personnes âgées pour être en mesure de s'en forger une image objective.
- Une anticipation négative de son propre vieillissement : la projection de ses peurs du déclin physique et cognitif, de la maladie ou de la dépendance qui accompagnent fréquemment la vieillesse.
- Un sectarisme : une attitude discriminatoire de la part d'autres groupes d'âge (il cible en particulier une classe mieux nantie d'adultes d'âge moyen) qui viserait à exclure les personnes âgées du partage des ressources sociales (McGowan, 1966). L'âgisme impliquerait une notion de conflit d'intérêts.

## Les stéréotypes négatifs

D'une part, on dira des personnes âgées qu'elles sont sans ressources, isolées, dépendantes, non productives, asexuées, rigides, cognitivement diminuées (séniles) (Conseil des aînés, 2007). Par les soignants, elles seront décrites comme lentes, lourdes, représentant un fardeau et une perte de temps puisqu'on ne peut leur redonner leur vitalité antérieure. Les professionnels peuvent en venir à penser que la majorité sont institutionnalisées pour des soins à long terme, qu'elles sont sans potentiel ni utilité sociale ou raison de vivre. Ils en concluent alors que les soins médicaux n'occasionnent que des efforts vains et une prolongation de la souffrance (Higgins, Van Der Riet, Slater et Peek, 2007).

D'autre part, elles inspirent une certaine jalousie lorsqu'on associe la retraite à la belle vie et les personnes âgées aux gens les mieux nantis. On les décrira comme étant égocentriques, un fardeau économique pour les autres générations, responsables de l'escalade des coûts de santé (Brocklehurst et Laurenson, 2008).

Il faut mentionner que, souvent, les personnes âgées elles-mêmes partagent ces valeurs stéréotypées. Ainsi, le compliment le plus affable qui puisse être exprimé à une femme vieillissante n'est-il pas « mais vous ne faites pas votre âge » et, d'un homme âgé, on dira *qu'il a une apparence digne ou qu'il fait jeune*.

Comme tous les autres stéréotypes et préjugés, l'âgisme conduit à un cul-de-sac. Cette conception de la personne âgée, à l'image du gant magique « une taille convient à tous », sous-tend une déshumanisation avec perte d'individualité.

Ces stéréotypes sont largement alimentés par les médias. Ils glorifient le grand âge qui s'apparente à l'image qu'on se fait du vieillissement réussi : Jeanne Calment, morte à plus de 122 ans, ou Doris Lessing et Pablo Picasso dont la vitalité et la créativité furent exceptionnelles. À l'autre extrême, les médias nous dévoileront dans les moindres détails les mauvais traitements infligés à des vieillards dépendants, victimes, à la merci de soignants malveillants en milieu institutionnel.

*Ces situations ont pour effet de nous désintéresser des personnes âgées ordinaires, de leur contribution sociale au quotidien et de leurs problèmes de santé habituels.*

Ces situations extrêmes ou extraordinaires ont pour effet de nous désintéresser des personnes âgées ordinaires, de leur contribution sociale au quotidien et de leurs problèmes de santé habituels. Il est impératif de valoriser leur rôle dans notre société, de développer et de diffuser des stratégies thérapeutiques mieux adaptées, plus systématisées, intégrées et efficaces, à même d'améliorer leur qualité de vie.

*Les personnes âgées ont recours à l'hôpital où sont concentrées les ressources diagnostiques et thérapeutiques, professionnelles ou technologiques.*

### **Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés : leur utilisation par les personnes âgées**

Au Québec, tout comme au Canada et dans les pays postindustriels, nous pouvons de façon générale, escompter vivre vieux. Ainsi, l'espérance de vie moyenne à la naissance d'un garçon né au Québec en 2008 était de 78 ans et celle d'une fille, de près de 83 ans. Nous observons également une augmentation de la survie après l'âge de la maturité. En effet, l'espérance de vie après avoir atteint l'âge de 65 ans est de près de 20 ans pour un homme et de plus de 21 ans pour une femme. En revanche, dès la fin des années 90, les études épidémiologiques indiquaient que près de cinq années et demie de vie chez un homme et huit et demie chez une femme s'accompagneraient d'incapacités fonctionnelles d'intensité modérée (Kergoat et Légaré, 2007). Des percées scientifiques doivent être réalisées afin que l'allongement de la vie devienne un véritable privilège et non une fatalité.

Les personnes âgées consultent fréquemment à l'hôpital et l'impact fonctionnel de leur état clinique fait qu'en proportion de leur nombre, elles sont plus souvent admises. Ainsi, en 2003, on rapportait qu'une personne sur six, âgée entre 65 et 84 ans et une personne sur trois, ayant 85 ans ou plus, avait été hospitalisée au cours de l'année (ICIS, 2002-2003). De plus, même si elles représentaient autour de 14 % de la population, elles comptaient pour 33 % des congés des hôpitaux et pour 51 % des jours d'hospitalisation. On constate en effet, dans notre nouveau réseau de santé de type médico communautaire (Contandriopoulos, 2000), un accroissement des soins donnés sous un mode ambulatoire. Les hospitalisations chez les 65 à 69 ans ont ainsi diminué de façon significative dans les dix dernières années (MSSS, 2002-2003). Par contre, une certaine incompressibilité semble toucher les strates d'âge plus avancées, puisque le nombre d'hospitalisations a augmenté chez les 70 ans et plus. Ce phénomène serait en partie dû à une hausse de l'effectif des personnes âgées de façon générale et à une réduction de la durée des séjours hospitaliers avec une possible augmentation des taux de réadmission. La durée de séjour a diminué de façon significative dans tous les groupes d'âge au cours des quinze dernières années, mais demeure toujours passablement plus élevée au grand âge. En effet, si elle était en 2003 de 7 jours pour la population dans son ensemble, elle était de 9 jours à 65 ans et de 12 jours après 85 ans (contre respectivement 13 et 17 jours en 1988) (MSSS, 2002-2003).

Les personnes âgées ont recours à l'hôpital où sont concentrées les ressources diagnostiques et thérapeutiques, professionnelles ou technologiques.

### **Les caractéristiques cliniques des personnes âgées hospitalisées pour une condition de santé aigüe**

Le grand âge est d'abord caractérisé par l'hétérogénéité de sa population. Les facteurs qui influencent la trajectoire du vieillissement à l'échelle individuelle sont constitués de composantes génétiques, développementales et environnementales. Ces facteurs favorisent ou au contraire protègent contre l'émergence de maladies chroniques, lesquelles nous rendent plus susceptibles de contracter des maladies aiguës ou de présenter des épisodes de décompensation. De plus, généralement, les incapacités augmentent de façon

linéaire avec l'âge (Statistiques Canada, 2001).

Du point de vue de leur condition de santé, les personnes âgées se distingueront par leur âge, leur sexe, la physiopathologie, le nombre, le type et la sévérité des maladies chroniques acquises ainsi que par leur état fonctionnel. En tenant compte de ces principaux facteurs, on identifiera sous un mode dynamique (l'état de santé n'est jamais statique) la personne âgée comme présentant un état de santé :

- associé au vieillissement habituel : présence de quelques maladies chroniques peu morbides, une plus grande sédentarité qu'auparavant, certaines limitations fonctionnelles peu contraignantes;
- remarquable : absence de maladies chroniques, activité physique importante;
- fragile : être âgé de plus de 85 ans per se ou avoir plusieurs maladies chroniques souvent décompensées, être confiné au domicile et présenter des incapacités fonctionnelles entravant les activités de la vie quotidienne.

On doit donc tenir compte chez la personne âgée hospitalisée de son profil de santé habituel. Le tableau 1 décrit certains changements généraux qui accompagnent fréquemment le vieillissement et dont on doit tenir compte dans l'évaluation et le traitement des personnes âgées qui se présentent à l'hôpital et dont l'instabilité clinique ou les incapacités fonctionnelles conduisent à leur admission (Kergoat, Latour et Kergoat, 2000).

En 2000, le service de gériatrie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal a analysé ses 887 admissions, lesquelles comprenaient une population ayant en moyenne 81 ans et 6 maladies. Le mode de présentation original de la maladie était atypique, très souvent celui d'un syndrome gériatrique : troubles posturaux et de l'équilibre : 69 %; chute : 48 %; démence : 41 %; malnutrition : 38 %; delirium : 35 %;

**Tableau 1. Caractéristiques des personnes âgées hospitalisées pour une condition aiguë**

<b>ÂGE, PATHOPHYSIOLOGIE, MALADIES CHRONIQUES, INCAPACITÉS</b>
• Diminution des réserves physiologiques et fonctionnelles
• Prévalence plus marquée de pluripathologies, de maladies cognitives et d'atteintes sensorielles, gestion thérapeutique plus complexe des comorbidités
• Sensibilité médicamenteuse accrue et polypharmacie
• Présentation clinique souvent syndromique
• Récupération fonctionnelle plus longue à la suite d'une maladie aiguë, des interventions médicales ou chirurgicales
• Risque plus grand de déclin fonctionnel rapide à la suite d'une maladie aiguë
• Insécurité devant la maladie et l'hospitalisation, car la mort est toujours possible
• Confiance et image de soi souvent fragiles, accentuées par le regard des soignants
• Volonté de continuer à s'impliquer et autonomisation variables
• Vulnérabilité psychosociale, contraction fréquente du réseau social
• Priorité axée sur la qualité de vie restante

incontinence : 30 %; dépression : 16 %. Le taux de mortalité intra hospitalier atteignait 10 % et 16 % des survivants avaient été dirigés à leur congé vers une ressource d'hébergement à long terme (communication personnelle de Dr Judith Latour). Donc, en résumé, une clientèle vulnérable ayant des atteintes multi-systémiques, des comorbidités, plusieurs syndromes gériatriques, des conditions graves et des niveaux d'incapacités élevés.

Or, l'âgisme qui prévaut dans l'ensemble de la société existe aussi dans les établissements de santé.

### **Pourquoi l'âgisme à l'hôpital?**

Le Dr David Oliver, secrétaire national de la British Geriatric Society suggère que l'âgisme à l'hôpital serait accentué par l'écart entre les besoins de la population du XXI<sup>e</sup> siècle et l'offre de service actuelle qu'il décrit comme étant ancrée dans le modèle biomédical du XX<sup>e</sup> siècle (Oliver, 2008). Il nous rappelle que les besoins des patients sont majoritairement associés aux traitements à long terme de maladies chroniques. Ils sont surtout de nature palliative, orientés vers des objectifs de fonctionnalité et nécessitent habituellement une technologie simple.

En effet, même si certains tiennent le discours d'une médecine holistique, d'une collaboration interprofessionnelle, d'un travail réalisé en équipe incluant le patient partenaire, en général, nous en serions encore à une culture d'organisation guidée par le modèle biomédical paternaliste. Les principales composantes de ce modèle sont : une approche de soins centrée sur la maladie aiguë où le patient est soigné par protocole plutôt que consulté; un défi professionnel associé à l'identification et au traitement des maladies rares; une valorisation de la technologie de pointe ainsi que de la surspécialisation; une pratique centrée sur une partie d'organe ou de système atteinte; le prestige rattaché à la rémunération; un profond désir de la part du clinicien de modifier le parcours de la maladie, voire de guérir le patient; des interventions qui réclament un impact immédiat; au niveau organisationnel, une importance accordée à l'efficacité.

### **Comment cela se traduit-il? Les attitudes négatives : manifestations, causes et conséquences pour les personnes âgées**

#### **Manifestations**

Les attitudes négatives peuvent prendre plusieurs formes.

1-Un langage irrespectueux quel que soit le professionnel de santé :

« ... je ne peux plus faire de la médecine, ce sont tous des cas sociaux qu'on me demande de voir » ;

« ... elle demande à toutes les cinq minutes, faut que j'y enlève la sonnette! »

Plus la discussion avec le patient est difficile, plus la dépendance aux soignants est grande, plus cette attitude s'accroît.

2-Des gestes quotidiens inadéquats dans l'organisation du travail

La surspécialisation, en CHSGS universitaire surtout, engendre souvent un manque de globalité de la part des professionnels et serait en partie responsable du séjour indûment long des personnes âgées à l'urgence. En effet, la présentation syndromique de chute, delirium ou alitement des patients âgés avec altération de l'état général ainsi que la complexité apparente ou réelle du cas engendrent de multiples consultations,

notamment avec des spécialistes. Le spécialiste se gardera bien d'accepter le patient dans son service, prétextant que son *organe* n'est pas très malade. Comme souvent plus d'un système physique est perturbé, le médecin se dédouane en transférant sa responsabilité à ses collègues spécialistes des autres systèmes mis en cause. En arrière-plan, le médecin sait très bien que le séjour hospitalier d'une personne âgée est en général plus élevé que celui d'un adulte plus jeune. Il ne sera pas enclin à *bloquer les lits* de son service en admettant le patient, surtout dans les services où la performance est mesurée par une durée de séjour liée à des techniques de pointe.

*En général, les soins aux personnes âgées demandent plus que moins de temps.*

De plus, très souvent, face au patient âgé et très malade, particulièrement si ce dernier est confus, le médecin délaisse l'objectivité nécessaire à la précision diagnostique. Il va tout bonnement déclarer la personne âgée en perte d'autonomie et devant aller aux unités de gériatrie. Il empêche ainsi que s'enclenche une prise en charge adéquate associée à un diagnostic précis, puisque ce ne sont pas tous les patients présentant de syndromes gériatriques qui peuvent être admis en gériatrie. En effet, il existe une pénurie réelle de ces ressources spécialisées que sont les gériatres et les programmes d'unité de courte durée gériatrique (UCDG), ce qui oblige le gériatre à établir des priorités. Il lui faut donc cibler les patients à même de bénéficier au mieux du programme tout en concentrant parallèlement une bonne part de sa pratique vers les évaluations externes en amont à l'hospitalisation. Il faut toutefois atténuer la faute et savoir que la majorité des médecins et des professionnels de la santé de plus de 45 ans n'ont pas bénéficié, lors de leur entraînement professionnel, d'une formation de base en gériatrie. Les hôpitaux subissent également les conséquences de la pénurie des effectifs médicaux de première ligne dans la collectivité qui n'offrent pas une couverture suffisante aux personnes âgées vulnérables vivant à domicile, en ressources intermédiaires ou d'hébergement à long terme.

3-Un manque de transmission de l'information  
Enfin, les niveaux d'intervention médicale ne sont pas discutés avec le patient et ses proches avant l'épisode de décompensation qui conduit aux urgences et les informations qui devraient être transmises ne suivent

pas. Ceci se perpétue à l'hôpital et contribue à des situations indésirables d'abandon ou à l'opposé, d'acharnement thérapeutique (Pedersen, Nortvedt, Nordhaug, Slettebo, Grothe, Kirkevold, Brinchmann et Andersen, 2008; Laszlo et Pautex, 2002).

### Causes

Les causes tiennent principalement à des caractéristiques reliées aux intervenants, aux cultures organisationnelles et à l'environnement (Calnan, Woolhead, Dieppe et Tadd, 2005). En effet, pour les premiers, il s'agit souvent du reflet d'une révolte face à des conditions de travail insatisfaisantes qui perdurent tel le manque chronique de main-d'œuvre, mais aussi d'un manque de conscientisation, d'effort à fournir, de formation ou encore d'une fermeture au maintien et à l'amélioration continue de la qualité et à l'innovation.

Des causes se situent également au niveau des cibles organisationnelles où les priorités sont davantage axées autour de l'accessibilité, de la sécurité et de l'efficacité. Les dimensions de la qualité des soins qui devraient concerner plus précisément les personnes âgées incluent aussi l'approche globale, la justesse des interventions, des soins centrés sur la personne et une continuité d'approche, de relation et d'information (Kröger, Tourigny, Morin, Côté, Kergoat, Lebel, Robichaud, Imbeault et Proulx, 2008).

Le temps des intervenants est calculé en fonction de tâches, de gestes techniques à accomplir facilement mesurables. Il y a une pression constante du temps sur les intervenants d'autant que les ressources humaines ne sont pas toujours adéquates aux besoins cliniques (Oliver, 2008; Pedersen, Nortvedt, Nordhaug, Slettebo, Grothe, Kirkevold, Brinchmann et Andersen, 2008). En général, les soins aux personnes âgées demandent plus que moins de temps et ce calcul de temps par tâche n'est pas facilement généralisable puisque les aînés constituent une population hétérogène quant à ses besoins. De plus, beaucoup des soins demandés relèvent de tâches réalisées par les préposés. Ces derniers sont insuffisamment formés, reçoivent peu d'information sur l'état de santé des bénéficiaires qu'ils soignent et peu de formation en cours d'emploi. Ils sont également non valorisés en regard de l'importance des tâches qu'ils accomplissent pour le devenir favorable du patient.

Aussi, peu d'intérêt est spontanément accordé à l'adaptation de l'environnement et des équipements pour aider les équipes soignantes à faire face aux besoins de cette clientèle grandissante en perte d'autonomie dans nos hôpitaux (corridors encombrés, absence de lieux de déambulation avec mains courantes le long des murs, chambres exigües, absence d'horloge et de calendrier pour se repérer, bancs de toilette trop bas, absence d'aides techniques au transfert, etc.).

Notre réseau de santé doit également devenir mieux intégré afin qu'il y ait complémentarité entre le CHSGS et les autres types d'établissement afin de faciliter les phases de transition aux personnes âgées à la suite de l'épisode de soins aigus. Une plus grande fluidité de transferts entre les établissements aiderait à atténuer la persistance des mythes sur les personnes âgées. De son côté, sous un mode ambulatoire, le CHSGS devrait rendre plus accessible aux intervenants de première ligne l'expertise diagnostique et thérapeutique spécialisée et, entre autres, l'expertise gériatrique.

### Conséquences : ce que les études cliniques nous rapportent

Après ajustements pour tenir compte des comorbidités et du risque de mortalité, de nombreuses études cliniques confirment la présence d'une discrimination à l'égard des personnes âgées. En particulier, certaines études rapportent que les personnes âgées, surtout les femmes, auraient moins souvent accès à des interventions de pointe en cardiologie ou aux soins intensifs (Collinson, Bakhai, Flather et Fox, 2005; Dudley, Bowling, Bond, McKee, McClay Scott, Banning, Elder, Martin et Blackman, 2002). Elles seraient moins examinées et traitées après une ischémie cérébrale transitoire et moins dirigées vers des programmes de réadaptation après un accident vasculaire cérébral (Fairhead et Rothwell, 2006; Young 2006). C'est une population souvent exclue des protocoles de recherche clinique et pharmacologique. Il en résulte un manque de données probantes sur l'efficacité des traitements qui leur sont offerts (Bujega, Kumar et Banerjee, 1997). Elles seraient moins dépistées et traitées pour des cancers pour lesquels des traitements efficaces existent, en partie parce qu'elles, leur famille et plusieurs médecins intègrent les attitudes défaitistes qui circulent quant à l'impact de l'âge (Gilmour, Park, 2006). Elles auraient un moins bon dépistage et traitement de la douleur que les adultes

plus jeunes puisqu'en général et, encore, par certains professionnels, la douleur est considérée normale avec l'âge (Gilmour, Park, 2006). De façon générale, les cliniciens auraient tendance à sous-estimer leur qualité de vie la jugeant relativement à eux-mêmes plutôt qu'à des pairs du même âge (Woolhead, Calnan, Dieppe et Tadd, 2004). Dans les unités d'hospitalisations mixtes, les soins des personnes âgées moins autonomes passeraient après ceux des autres (Dahlke et Phinney, 2008). Les délais pour mettre en place certaines procédures de soins seraient exagérément longs. À titre d'exemple, même si la charte des droits de la personne protège les individus contre les mesures de contrôle abusives, ce n'est qu'en 2006 qu'une formation obligatoire et un processus standardisé d'application des mesures de contrôle ont été mis en vigueur dans les hôpitaux (MSSS : *Orientations ministérielles*, 2002; MSSS : *Plan d'action*, 2002). Et malgré cela, leur usage est encore trop fréquent, car le recours à des mesures alternatives, telle la surveillance privée, n'est pas favorisé. On sait très bien que l'usage des contentions physiques et chimiques est très répandu chez les personnes âgées hospitalisées du fait des taux élevés de delirium avec agitation.

Finalement, en matière de discrimination, l'approche des soignants et leurs interventions seraient différentes face aux incapacités des personnes âgées et on n'y répondrait pas de façon aussi adaptée et équitable qu'envers les adultes plus jeunes. En effet, chez les plus jeunes, on favoriserait l'adaptation et l'intégration sociale répondant au concept du « en quête d'autonomie » tandis que pour les aînés on préconiserait davantage la compensation et l'institutionnalisation associant les incapacités des personnes âgées avec la « perte d'autonomie » (Kane, Priester et Neumann, 2007).

Ces attitudes inadéquates ont pour conséquence une dispensation de soins de moins bonne qualité et conduisent à la persistance des mythes entourant la personne âgée. Comment pourrait-il en être autrement, si l'on tolère ouvertement de ne pas respecter la dignité des individus par différents écarts de langage et de conduite? Par ailleurs, notre système de santé a l'avantage d'être universel. Il s'adresse aux gens qui en ont besoin.

Il faudrait éviter de générer un problème d'iniquité où ne recevraient des soins de qualité que les personnes âgées influentes, capables d'exiger, ou celles soutenues par des porte-parole articulés.

Ultimement, l'âgisme peut engendrer de la morbidité, même à l'hôpital, alors que celui-ci est justement là pour l'atténuer...

## Conclusion

Les changements démographiques et épidémiologiques opérant dans notre société agissent sur le réseau hospitalier en provoquant une demande accrue d'hospitalisation de la part des personnes âgées. Ce sont principalement leur grand nombre et l'accroissement parmi elles des plus âgées, plus souvent porteuses de maladies chroniques et plus à risque de décompensations aiguës, qui engendrent cette affluence.

Les personnes âgées sont plus à risque de subir un déconditionnement per-hospitalier, de se déstabiliser de façon plus fréquente et d'être hospitalisées pour des périodes longues. Il est urgent de conscientiser les cliniciens et gestionnaires à la nécessité de comprendre les facteurs qui modulent leur présentation clinique lors de la maladie aiguë et de les former à des approches cliniques préventives et thérapeutiques mieux adaptées.

Les rectificatifs devront émerger de l'effort combiné issu d'une mobilisation des intervenants du terrain (cliniciens, gestionnaires, patients, proches aidants) et d'interventions structurées des décideurs. Comme dans tout processus de changement, les étapes à traverser sont d'abord la sensibilisation des intervenants couplée à une volonté organisationnelle exprimée à l'intérieur de la planification stratégique. Cette sensibilisation doit être suivie d'un plan d'action comprenant : ressources adaptées pour sa mise en œuvre, information, formation, mesures d'amélioration de la qualité des processus de soins et, finalement, imputabilité. De plus, l'ensemble de ce processus doit être soutenu dans le temps.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a récemment mandaté les directeurs généraux des deux instituts universitaires de gériatrie du Québec (Montréal et Sherbrooke) pour produire un guide pour

*Ces attitudes inadéquates ont pour conséquence une dispensation de soins de moins bonne qualité et conduisent à la persistance des mythes entourant la personne âgée.*

une approche adaptée des soins et services envers les personnes âgées en CHSGS. Il leur demande également d'élaborer le contenu d'un plan de formation et de diffusion de l'expertise pour les cliniciens et les gestionnaires cliniques à l'échelle de la province. Finalement, chaque institut doit réaliser, à titre pilote, un projet d'implantation de cette approche dans un CHSGS.

À titre de responsable du comité de rédaction de ce guide et en consensus avec l'équipe de travail, nous avons décidé d'examiner la problématique du déclin fonctionnel

iatrogène. Nous avons ciblé la prévention et la prise en charge structurée de deux syndromes gériatriques souvent engendrés à l'hôpital, soit le delirium et le syndrome d'immobilisation (Inouye, 2006; Covinsky, Palmer, Fortinsky, Counsell, Stewart, Kresevic et al., 2003).

Pour le patient âgé, notre but général est de réajuster la philosophie de soins des CHSGS en passant d'un modèle biomédical ciblant l'amélioration de l'organe ou du système malade à un modèle intégrateur biopsychosocial centré sur la personne et ses objectifs de vie, visant autant la récupération fonctionnelle que le traitement approprié de la maladie. À nos yeux, cette transformation passe par la mise en place d'une approche de soins interdisciplinaires généralisée et par une adaptation de l'environnement physique, soutenues par des organisations motivées. D'un point de vue pratique, nous proposons, selon le risque individuel, des interventions préventives systématiques de base (aux plans biologique, psychosocial et environnemental) appliquées par toutes les équipes soignantes de base (médecin traitant, infirmière, infirmière auxiliaire et préposé). En bref, l'approche adaptée des soins aux personnes âgées est, à notre avis, l'affaire de tous les intervenants qui les côtoient.

Des principes directeurs à l'intention des gestionnaires sont contenus dans le guide. Ils mettent en lumière l'importance à accorder aux gestes posés au quotidien par les soignants, la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle pour répondre aux besoins multidimensionnels de la personne âgée, un rappel au sujet de la vulnérabilité des personnes âgées à une

discontinuité des soins et, finalement, l'extrême importance d'un engagement soutenu de l'organisation dans cette transformation.

Si nous n'agissons pas rapidement pour informer les professionnels, le personnel et les gestionnaires sur les besoins réels de cette population et pour implanter un changement des pratiques actuelles dans nos hôpitaux, nous allons perpétuer la situation d'iatrogénie. Cela aura pour effets de stigmatiser davantage les personnes âgées, de contribuer à leur perte d'autonomie et d'accentuer l'âgisme qui prévaut dans notre réseau hospitalier (Williams, 2000).

*Si nous n'agissons pas rapidement cela aura pour effets de stigmatiser davantage les personnes âgées, de contribuer à leur perte d'autonomie et d'accentuer l'âgisme qui prévaut dans notre réseau hospitalier.*

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Butler R. N.: Age-ism : another form of bigotry. *Gerontologist* 1969, 9(4):243-246.
- Butler R.N.: Why survive : Being old in America. New York : Harper & Row. 1975.
- McGowan T.G.: Ageism and Discrimination. In *Encyclopedia of Gerontology, Age, Aging and the Aged*. Volume 1. Edited by Birren JE. San Diego, California: Academic Press; 1996:71-80.
- Conseil des aînés - Québec : *La réalité des aînés québécois*. Québec: Publications du Québec; 2007.
- Higgins I., Van Der Riet P., Slater L., Peek C.: The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting : a qualitative descriptive study. *Contemp Nurse* 2007, 26(2) :225-237.
- Brocklehurst H., Laurenson M.: A concept analysis examining the vulnerability of older people. *Br J Nurs* 2008, 17(21) : 1354-1357.
- Kergoat M.-J., Légaré J.: Aspects démographiques et épidémiologiques du vieillissement au Québec. In *Précis pratique de gériatrie*. 3e édition. Edited by Hébert MAR. Saint-Hyacinthe/Paris: Edisem/Maloine; 2007 :1-16.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)*. Toronto : ICIS; 2002-2003.
- Contandriopoulos A-P.: L'hôpital face aux nouveaux modèles de prise en charge des personnes âgées vulnérables. In *L'hôpital de demain et les personnes âgées vulnérables : sommes-nous prêts?* Montréal : Institut universitaire de gériatrie de Montréal; Fondation Institut de gériatrie de Montréal; 2000 :39-49.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux : MSSS, Med-Echo, 2004. 2002-2003.
- Statistiques Canada : *Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA)*. Ottawa : Statistiques Canada; 2001.
- Kergoat M.-J., Latour J., Kergoat H.: Problèmes de santé courants. In *Le grand âge : enjeux et défis de l'intervention : manuel de cours Formation à distance*. Montréal : Université de Montréal; 2000 : 4-115.
- Oliver D.: 'Acopia' and 'social admission' are not diagnoses : why older people deserve better. *J R Soc Med* 2008, 101(4) : 168-174.

Pedersen R., Nortvedt P., Nordhaug M., Slettebo A., Grothe K. H., Kirkevold M., Brinchmann B. S., Andersen B.: In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *J Med Ethics* 2008, 34(4) :230-235.

Laszlo A., Pautex S.: [Futility in geriatric medicine, a real issue]. *Presse Med* 2002, 31(10):446-448.

Calnan M., Woolhead G., Dieppe P., Tadd W.: Views on dignity in providing health care for older people. *Nurs Times* 2005, 101(33) :38-41.

Kröger E., Tourigny A., Morin D., Côté L., Kergoat M.-J., Lebel P., Robichaud L., Imbeault S., Proulx S.: Validation of process quality indicators for the integrated care of frail older adults. In *Integration of services for disabled people : Research leading to action (PRISMA). Volume II*. Edited by Hébert R., Tourigny A., Raiche M. Québec : Edisem; 2008 : 337-360.

Collinson J., Bakhai A., Flather M. D., Fox K. A.: The management and investigation of elderly patients with acute coronary syndromes without ST elevation : an evidence-based approach? Results of the Prospective Registry of Acute Ischaemic Syndromes in the United Kingdom (PRAIS-UK). *Age Ageing* 2005, 34(1) : 61-66.

Dudley NJ, Bowling A, Bond M, McKee D, McClay Scott M, Banning A, Elder AT, Martin AT, Blackman I. Age- and sex-related bias in the management of heart disease in a district general hospital. *Age Ageing* 2002; 31(1) : 37-42.

Fairhead J. F., Rothwell P. M.: Underinvestigation and undertreatment of carotid disease in elderly patients with transient ischaemic attack and stroke : comparative population based study. *BMJ* 2006, 333(7567) : 525-527.

Young J. Ageism in services for transient ischaemic attack and stroke. *BMJ* 2006, 333(7567): 508-509.

Bujega G, Kumar A, Banerjee AK. Exclusion of elderly people from medical research : a descriptive study of published reports. *BMJ* 1997; 315 : 1059.

Turner N. J., Haward R. A., Mulley G. P., Selby P. J.: Cancer in old age - is it inadequately investigated and treated? *BMJ* 1999, 319(7205) : 309-312.

Penson R. T., Daniels K. J., Lynch T. J., Jr.: Too old to care? *Oncologist* 2004, 9(3) : 343-352.

Dale D. C.: Poor prognosis in elderly patients with cancer : the role of bias and undertreatment. *J Support Oncol* 2003, 1(4 Suppl 2) :11-17.

Gilmour H., Park J.: Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées. *Rapport sur la santé* 2006, 16 Suppl : 23-34.

Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Dignity in older age : what do older people in the United Kingdom think? *Age Ageing* 2004; 33 : 165-170.

Dahlke S., Phinney A.: Caring for hospitalized older adults at risk for delirium : the silent, unspoken piece of nursing practice. , 34(6) : 41-47.

Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale des services à la population : *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : contention, isolement et substances chimiques*. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications; 2002.

Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale des services à la population: *Plan d'action : Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : contention, isolement et substances chimiques*. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications; 2002.

Kane R. L., Priester R., Neumann D.: Does disparity in the way disabled older adults are treated imply ageism? *Gerontologist* 2007, 47(3) : 271-279.

Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354(11) : 1157-65.

Sager MA. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clin Ger Med* 1998; 14(4) : 669-679.

Élie M. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ* 2000; 163 : 977-981.

Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, CounsellSR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses : increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51 : 451-8.

Williams BO. Ageism helps ration medical treatment. *Health Bull* 2000; 58; 3: 198-202.



# Vie et Vieillessement

Revue de l'Association québécoise de gérontologie

*Vous désirez devenir membre?*

*Ou vous abonner?*

**Voici comment faire :**

Faites nous parvenir votre nom, adresse,  
numéro de téléphone, courriel,  
à notre adresse courriel : [info@aqg-quebec.org](mailto:info@aqg-quebec.org)  
ou à notre adresse postale :  
645, rue Wellington bureau 310, Montréal (QC) H3C 1T2.

**LE PRIX DES ABONNEMENTS :**

**Pour les individus : 50,00\$**

**Pour les institutions : 75,00\$**

**POUR DEVENIR MEMBRE :**

**Cotisation annuelle :**

**Membre corporatif : 140,00\$**

**Membre régulier : 70,00\$**

**Retraité : 35,00\$**

**Étudiant (pièce justificative) : 35,00\$**

Pour recevoir le formulaire d'adhésion ou  
d'abonnement vous pouvez nous rejoindre :

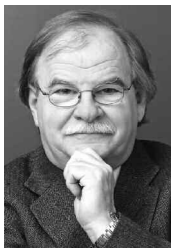
Téléphone : 514-387-3612

Profitez de notre numéro sans frais : 1-888-387-3612

Nos bureaux sont ouverts du mardi au jeudi de 9h30 à 16h30.

*C'est aussi simple que cela !*





# L'âgisme peut-il être meurtrier?

LOUIS PLAMONDON, juriste et sociologue, président Réseau Internet Francophone Vieillir en Liberté (RIFVEL),  
Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal

À la mémoire du Professeur Charles-Henri Rapin, Université de Genève, co-fondateur du réseau RIFVEL

## La non-assistance à population âgée en danger

L'âgisme, si on l'accorde avec les définitions du sexisme (*Universalis*, 2008), désignerait l'ensemble des institutions sociopolitiques, économiques, juridiques et symboliques ainsi que les comportements individuels ou collectifs qui pratiquent ou légitiment l'exclusion des personnes âgées du travail, de la vie sociale ou de leur appartenance citoyenne. En tant que concept, l'âgisme est utilisé de plus en plus souvent pour caractériser les aspects idéologiques du phénomène et leurs expressions sociales ou individuelles. Ici, nous référons aux stéréotypes les plus répertoriés pour désigner les aînés (Conseil des aînés, 2007). Jérôme Pellissier (2009) les reprend sous une autre forme et s'attache à mettre en contradiction, pour nous en montrer l'absurdité, les stéréotypes valorisants et dénigrants dans le contexte français.

Comme le sexisme et le racisme, l'âgisme se sert de caractéristiques biologiques pour justifier des différences de statut entre un groupe de personnes et les autres, pour administrer l'accès à des droits ou services et même pour justifier des comportements abusifs. Il peut s'agir de différences physiques perceptibles, de caractéristiques liées au vieillissement ou encore, d'incapacités liées à l'avance en âge, attribuées indifféremment à toutes les personnes âgées de plus de 65 ans.

## Le vieillir est de plus en plus un système d'exclusion

Notre réflexion dans cet article vise à mettre en relief les incidences ou les manifestations de l'âgisme dans le parcours de vie après cinquante ans. Nous considérerons d'abord le processus systémique d'exclusion du travail avec l'avance en âge, qui n'a pas cessé de progresser depuis 1970 au moment où les pensions se régularisaient à l'âge de 65 ans. Nous verrons ensuite l'impact négatif des revenus après la retraite fragilisant énormément les conditions de vie. Ceci nous

amènera enfin au cumul fatal de l'âgisme dans l'exposition à la maltraitance après 75 ans ainsi qu'aux limites d'accès aux services de santé et services sociaux pour une forte proportion des aînés vulnérables. À ce propos, la professeure Marie-Jeanne Kergoat MD signale que : « ... les personnes âgées, surtout les femmes, auraient moins souvent accès à des interventions de pointe en cardiologie ou aux soins intensifs [...]. Elles seraient moins investiguées et traitées après une ischémie cérébrale transitoire et moins dirigées vers des programmes de réadaptation après un accident vasculaire cérébral [...] ».

Nous voulons ici tracer les contours sociaux de l'âgisme dans notre société et révéler combien il traverse les structures sociales, bien au-delà de la volonté des acteurs ou décideurs qui encadrent la vie du monde du travail, des services médicaux ou sociaux. Cette réflexion à laquelle nous convions les lecteurs porte sur une interrogation radicale des enjeux sociaux concernant la vieillesse depuis les années soixante et sur la part des revenus fiscaux et des programmes d'assurance publique et de retraite attribuée aux aînés.

L'âgisme dominant se révèle encore au travers des investissements collectifs massifs, ignorant les aînés, dans le contexte de la crise financière et économique que nous traversons. Cette crise a déjà des impacts majeurs sur les systèmes d'épargne et les revenus de retraite, entraînant une influence décisive sur les possibilités d'insertion sociale des prochaines cohortes de plus de 60 ans pour des décennies à venir. On s'étonne du silence de nos gouvernants sur cette dimension majeure pour la population des plus de soixante ans. Encore une fois, les enjeux de la trame sociale du vieillissement sont renvoyés au destin personnel, dans le champ du discours sur la prévoyance individuelle et de « nos profils d'investisseur »<sup>1</sup> (sic).

<sup>1</sup> Les banques canadiennes ont l'obligation de dresser un bilan de notre profil d'investisseur lorsqu'il s'agit de faire un placement dans des fonds mutuels ou un investissement REER.

### Précarité du travail, première exclusion!

Cette ségrégation et cette marginalisation des plus de 50 ans apparaissent de façon significative dans l'accès (ou leur maintien) des plus de 55 ans au marché du travail. Leur incidence est majeure sur la condition de vie des aînés dans la mesure où le travail est la condition première de tous pour exister et se loger. Le travail est aussi le seul moyen pour épargner en vue de la retraite, encore décrite comme un « droit à mériter » après une vie de labeur.

âge des femmes contribue à leur exclusion du travail, tout comme pour les cohortes masculines. Chez les hommes, ce repli de la vie active s'élargit de plus en plus aux cohortes plus jeunes et vient confirmer le processus plus accentué de leur exclusion du marché du travail. Pour chaque cohorte de plus de 55 ans et à chaque période, le taux d'activité se réduit significativement de 1970 à 2005.

Le parcours des cohortes féminines est différent, mais on notera que les quatre cohortes féminines voient leurs taux d'activité régresser à chacune des périodes entre 1971 et 2005 d'une cohorte à l'autre. (Tableau 1).

La régression de l'âge médian de retraite de près de cinq ans dans les deux groupes depuis vingt ans valide l'expulsion du travail et l'impact de l'âgisme sur le droit au travail après 55 ans. (Tableau 2).

### Après la retraite, l'exclusion de l'autre côté du travail

Si les conditions de revenus de retraite se sont améliorées pour les nouvelles cohortes depuis 1970 en raison surtout de la maturation du Régime de rente du Québec et de l'arrivée massive des femmes des plus de 40 ans sur le marché du travail, le Conseil des aînés constate toutefois en 2006 que « la retraite

pour la majorité se traduit par une baisse très significative de leurs revenus » (p.122). Selon les données de 2003 (Tableau 3), les hommes de 45-64 ans en comparaison avec les plus de 65 ans ont vu en moyenne leurs revenus diminuer de 35 % alors que, pour les femmes, cette diminution est de 22 %. Les revenus moyens des femmes représentent 54 % de celui des hommes pour la première cohorte et de 66 % chez les plus de 65 ans. (Tableau 3). Toujours selon le Conseil des aînés, en 2003, 17,4 % des hommes seuls et 32,7 % des femmes seules de plus de 65 ans vivaient sous le seuil de faible revenu (après impôt). La même année 43,8 % des hommes de plus de 65 ans avaient

**Tableau 1 - Taux d'activité des personnes âgées de 50 ans ou plus, Québec, 1971-2005**

Années	HOMMES					FEMMES				
	50 ans ou plus				15 ans et +	50 ans ou plus				15 ans et +
	50-54	55-59	60-64	65 +		50-54	55-59	60-64	65 +	
1971	90,7 %	86,8 %	75,1 %	18,6 %	76,4	33,1 %	29,6 %	22,6 %	9,0 %	35,0 %
2001	85,1	66,5	42,0	6,5	70,7	69,2	44,0	17,9	2,1	56,5
2005	88,2	72,7	47,4	9,0	71,4	75,9	51,8	28,1	3,6	59,9

**Tableau 2 - Âge médian à la retraite, selon le sexe, Québec, 1981-2001<sup>2</sup>**

Années	Hommes	Femmes
1981	64,9 ans	64,8 ans
2001	59,9	59,6
2005	61,4	59,7

En fait, la notion de retraite est apparue dès le début des années soixante avec l'implantation au Canada des régimes de retraite publics de rente envisagés comme éléments du processus de gestion de la main-d'œuvre âgée (Carette, 1998). En étudiant les données des taux d'activité des cohortes de plus de 50 ans depuis 1971 (Tableau 1, Conseil des aînés, 2007, p.126) au moment où la retraite venait d'être fixée à 65 ans, on peut noter un élargissement à toutes les cohortes de plus de 50 ans du processus d'exclusion du travail et un approfondissement de cette fin d'activité dans chacune des cohortes en l'espace de trente-cinq ans (1971-2005). Les données révèlent que l'avance en

<sup>2</sup> Voir : La réalité des aînés québécois, p. 149.

des revenus inférieurs à 20,000 \$ et 74,7 % des femmes vivaient cette pénible situation. Le Conseil, en 2006, ajoute « que les plus de 65 ans recevant des revenus fixes et relativement stables après la retraite connaissent davantage la persistance de la pauvreté. » Il prévoit « qu'en vivant plus longtemps les futures personnes âgées seront susceptibles de connaître d'importantes chutes de leur condition de vie »<sup>3</sup>. Nous devons considérer que la retraite étant imposée de plus en plus tôt, la durée de la précarité s'allonge aux deux bouts de la vie après cinquante ans. L'âgisme dans l'expulsion du travail vient renforcer l'âgisme de l'exclusion sociale par la précarité économique de la majorité des aînés.

### Les risques sociaux de vieillir au Québec

Cette précarité économique d'une majorité d'aînés vient compromettre, à partir de 75 ans, l'accès aux services requis : soutien à domicile ou résidences adaptées.

Avec le vieillissement, surtout au-delà de 75 ans, apparaît pour 30 % des aînés une certaine fragilité ou des vulnérabilités réclamant l'aide des proches. Parfois, leur plus grande dépendance ou leur isolement requiert des services à domicile et une prise en charge par des établissements. En 2004 au Québec, on décomptait 198,000 personnes en services à domicile, 39,000 personnes âgées en établissements et 150,000 en ressources intermédiaires et résidences d'accueil; une très grande majorité de ces gens sont des femmes. Ces populations plus vulnérables représentent environ 20% des plus de 65 ans. Ces personnes les plus fragilisées sont également les plus à risque de subir une aggravation de leur situation due à l'âgisme dans l'évaluation de leur condition personnelle ou environnementale (c'est-à-dire, la disponibilité des proches) et dans la réponse à leurs besoins de services.

**Tableau 3 - Revenu total des particuliers selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2003<sup>4</sup>**

Sexe	GROUPES D'ÂGE		
	45-64 ans	65 ans ou +	Total
Hommes	42 204 \$	27 505 \$	33 731 \$
Femmes	23 417	18 448	22 389
Total moyen	32 666	22 328	27 959

L'achat de services privés est le privilège financier d'une infime minorité. De fait, les services publics sont limités et relativement peu accessibles, comme l'admet l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, l'AQESSS. On arrive à croire que la vieillesse réserve des conditions de privation inéluctable et cette croyance est perçue et décrite idéologiquement comme le résultat d'un destin individuel, tel un échec de la prévoyance personnelle. Elle joue évidemment un rôle dans les limites budgétaires chroniques des programmes publics où le transfert du fardeau des services aux conjoints, aux familles est une tradition (sic), et où la croissance des listes d'attente, les limites d'accès et la réduction du panier de services sont la règle plus que l'exception<sup>5</sup>. Voir à ce sujet, dans ce numéro, l'article de Rachel Janvier Lafrenière. Elle y décrit le vécu des infirmières des services à domicile et met au jour les délestages provoqués par le virage ambulatoire des centres hospitaliers ainsi que leurs impacts dans les services à domicile aux aînés « *de fait le niveau de soutien à domicile étant des plus insuffisants, et ce, depuis de nombreuses années, il faudrait un ajout important de ressources pour réussir et réorganiser le système (réduire la demande de CHSLD). Or le plan d'action du MSSS 2005-2010 ne prévoit aucune augmentation de budget pour ce faire* »<sup>6</sup>.

Le Protecteur des usagers n'a cessé de dénoncer, de décrier et de se scandaliser des conditions de vie des gens les plus vulnérables dans les établissements responsables de leur prise en charge : « *Les effectifs sont souvent insuffisants et le niveau de stress organisationnel constaté nous semble élevé. Il importe donc de relever les*

<sup>3</sup> La réalité des aînés québécois, p. 122.

<sup>4</sup> La réalité des aînés québécois, p. 98.

<sup>5</sup> *Des inquiétudes demeurent en ce qui concerne les personnes âgées en perte d'autonomie. En 2009-2010, le Réseau de la santé et des services sociaux devra donner davantage de services à la clientèle de plus en plus lourde en établissements et mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile. L'analyse des crédits déposés aujourd'hui ne nous permet pas d'affirmer que les montants pour offrir ces services sont au rendez-vous, AQESSS, mars 2009, communiqué de presse en relation avec le budget du Québec 2009-2010.*

<sup>6</sup> La réalité des aînés québécois, p. 53.

mesures de soutien financier, administratif et professionnel accordé à ces établissements si l'on veut parvenir à relever le niveau de qualité des soins et services qui y sont offerts<sup>7</sup> ».

« Les personnes vivant en CHSLD sont majoritairement des femmes et leur âge moyen est de 84 ans. Quelque 10 % sont toutefois âgées de moins de 65 ans » (Conseil des aînés, 2006) :

« Les personnes âgées hébergées requièrent de plus en plus de soins, soit un minimum de 3,5 heures par jour, et les CHSLD répondent présentement en moyenne à 70 % de cette demande ». (AQESSS, mars 2008). Cet état de fait est constaté depuis plus de vingt ans : les aînés sont privés d'une journée de soins chaque semaine, soit 7,3 heures de soins indispensables à leur intégrité. Qui dira que cette planification n'a pas d'incidence sur la mortalité des clientèles hébergées? Qui dira que l'âgisme est absent de cette planification sociale de la privation de soins aux aînés?

Enfin, il importe de souligner le manque flagrant de places en CHSLD. D'ailleurs, Vaillancourt et Charpentier<sup>8</sup> estimaient en 2005 qu'il faudrait « augmenter de 2 000 le nombre de places en CHSLD d'ici 2010 ». Cela ne devrait toutefois pas se produire étant donné le gel du développement de nouvelles places en CHSLD prôné par le MSSS pour les années 2005-2010.

Or, même si l'on conçoit le CHSLD comme solution de dernier recours (sic), il demeure que cette position apparaît incompréhensible (sic) dans le contexte québécois du vieillissement accéléré de la population. »<sup>9</sup>

Cette décision politique et sociale vient accroître les risques de l'âge fragilisé et le fardeau de tâches et d'inquiétudes pour les familles aidantes. Elle augmente également la détresse des personnes seules sans famille autour d'elles, très largement féminines.

### Des risques accrus pour les femmes âgées

Une autre discrimination vient alourdir la condition des femmes âgées : le sexisme se conjugue alors à l'âgisme pour aggraver la discrimination en raison de l'âge. Les conditions de vieillissement des femmes sont très marquées par la précarité économique, la solitude, une incidence plus élevée d'abus de toutes sortes et une surexposition aux risques à vieillir en établissement où elles représentent plus de 75 % de la clientèle. Cet état de fait est le résultat d'un processus complexe où le sexisme des conditions sociales des femmes adultes vient accroître les conséquences de l'âgisme dominant dans nos sociétés. On parle ici d'écart salarial à tous les âges, d'impact financier en cas de séparation, d'iniquités des obligations liées aux besoins de la famille et de leurs effets sur le statut économique, ainsi que

des systèmes de pension qui pénalisent les femmes. La fin du mariage est un autre facteur qui explique la précarité sociale et économique des femmes après 50 ans alors que les hommes vont plus souvent trouver une nouvelle partenaire avec qui partager les coûts du quotidien et un soutien mutuel.<sup>10</sup>

**Tableau 4 - Répartition de la population de 65 ans ou plus selon le groupe d'âge, le sexe et l'état matrimonial, Québec, 2006<sup>11</sup>**

		État matrimonial- Hommes					
Groupe d'âge	Nombre	Marié	Célibataire	Séparé	Veuf	Divorcé	Total
Total 65 ou +	395 255	72,2 %	7,6%	2,3%	12,4%	5,5 %	100 %

		État matrimonial- Femmes (%)					
Groupe d'âge	Nombre	Marié	Célibataire	Séparé	Veuf	Divorcé	Total
Total 65 ou +	564 560	38,8 %	10,3%	1,7%	44,0%	5,2%	100 %

<sup>7</sup> Bilan des actions du Protecteur des usagers auprès des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en 2003-2004.

<sup>8</sup> Vaillancourt Y. et Charpentier M., La passerelle entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées. LAREPPS, UQAM.

<sup>9</sup> La réalité des aînés québécois, p. 50.

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Dès la fin quarantaine, les femmes se perçoivent comme mises à l'écart du marché du mariage et de la séduction : « Non seulement les veufs sont-ils plus nombreux à se remarier que les veuves, mais ils le font également beaucoup plus tôt après le décès de leur conjointe ». Pour 2004, on trouve les veufs remariés à 8,1 %, les femmes veuves remariées à 3,6 % Situation démographique au Québec, bilan 2006, chapitre 6 <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2006/Bilan2006c6.pdf>

<sup>11</sup> La réalité des aînés québécois, p. 8 et 9.

Dans le contexte de vie à domicile où sont régulièrement perçues et dénoncées des situations d'abus et parfois de violence criminelle, la population victime est majoritairement féminine. Les femmes s'y retrouvent plus fortement représentées sans doute du fait qu'elles vivent seules, sans conjoint qui pourrait jouer le rôle d'aidant principal et de gardien de leur intégrité (Plamondon L., et all., 2007). Selon les études citées sur la violence faite aux aînés, la proportion des femmes victimes varie de 70 % à 78 % et celle des hommes de 22 % à 30 %, alors que la proportion des plus de 65 ans en 2006 est de 60 % de femmes et de 40 % d'hommes.

À 75 ans, les hommes sont toujours mariés à plus de 75 %, ils profitent de cet atout majeur à l'égard de leur soutien et de leur sécurité. En 2001, 72,2 % des hommes de plus de 65 ans sont mariés alors que 38,8 % des femmes le sont; 12,4 % des hommes sont veufs et 44 % des femmes sont veuves à cet âge (Tableau 4). La dépendance des femmes âgées aux services publics est donc un effet du destin « démographique » du fait de leur longévité accrue après le veuvage, mais aussi de leur condition sociale. Elle est la résultante du cumul des processus d'exclusion et de paupérisation reliés au sexisme et, au-delà de 50 ans, plus globalement reliés à l'âgisme après soixante ans.

### **Âgisme et mort violente dans la sphère sociale des aînés**

La protection de la vie humaine est au cœur du mandat du coroner du Québec. Chaque année au Québec, environ plus de 750 décès de personnes âgées font l'objet d'avis au coroner. Mais, en fait, parce que de nombreux cas passent inaperçus au regard des responsables, le nombre de décès violents dans cette classe de la société serait beaucoup plus important selon Me Rudel-Tessier, coroner.<sup>12</sup> De nombreuses recommandations visent une meilleure protection de la vie des personnes rendues vulnérables par l'âge et la perte de capacités; elles sont transmises aux organismes et institutions publiques qui ont la charge de les protéger ou de surveiller les services qui leur sont prodigués. On regrettera amèrement que ces recommandations ne fassent pas l'objet d'une obligation de suivi de la part de ceux qui les reçoivent ou des organismes qui les contrôlent ou les évaluent.

Comment interpréter le fait que, tel que prévu par la Loi des coroners, les personnes décédées dans des centres de réadaptation pour les déficients intellectuels (CRDI), des centres jeunesse, des garderies, des prisons et des lieux de garde... sont obligatoirement signalées au coroner et que les aînés souvent vulnérables qui décèdent dans les établissements et dans les résidences ne font pas, ceux-là, obligatoirement l'objet d'un signalement au coroner qui décide ou non d'enquêter sur les circonstances du décès signalé. Encore une fois, les aînés vulnérables, souvent dépendants des comportements d'autrui pour leur sécurité, ne sont pas traités avec autant de rigueur que les autres personnes sous garde, tels que les déficients intellectuels, les enfants dans les garderies ou les prisonniers (sic)! Il n'y a pas d'âgisme sans exclusion!

Selon les données transmises par le Bureau du coroner (Tableau 5), il y a eu 2370 cas de décès sous enquête pour des personnes de plus de 65 ans répertoriés dans les statistiques du Bureau pour les années 2005, 2006 et 2007. Sans certitude absolue en raison des limites de l'information, nous avons examiné le fichier pour en extraire tous les cas de mort violente qui pourraient, en raison des circonstances et causes des décès, avoir pour origine une négligence passive ou active, une lacune de protection ou une violence intentionnelle, y compris les suicides en tant qu'auto-violence résultant souvent d'un délaissement social ou d'un abandon familial. Ces cas porteraient, au travers des circonstances et des actes posés, les empreintes d'un âgisme social.

Sur les 2370 cas mis sous enquête, nous en avons répertorié 792 (33.4 %) où l'âgisme a pu contribuer à la mort violente. À l'exception des chutes et des suicides où les hommes sont nettement plus représentés, les femmes et les hommes sont également représentés dans toutes les autres formes de victimisation :

394 cas de suicide, 101 cas de chutes d'un lit, d'un fauteuil, d'un escalier en étant porté ou soutenu par des tiers; 30 cas d'homicide; 91 cas de piétons blessés dans une collision avec un véhicule à moteur; 22 cas de noyades dans des baignoires ou piscines supervisées; 32 cas d'exposition au feu, à la fumée ou au froid excessif; 27 cas d'intoxications à des produits ou à des médicaments.

<sup>12</sup> Colloque Les abus envers les aînés, Production 4 temps et all, 1er et 29 avril 2009.

**Tableau 5 : Données concernant le décès des personnes âgées de 65 ans et plus, enquêtés par le coroner 2005 à 2007<sup>13</sup>**

Total de l'échantillon de l'auteur	284 F	35,32 %	508H	32,44 %	792 ( total)	33,42 %
Cas totaux répertoriés Bureau du coroner	804 F	33,92 %	1566H	66,08 %	2370( total)	100 %

De ces données, une conclusion s'impose : il y a à priori, dans ces cas, les conditions d'une interpellation vigoureuse des autorités du ministère de la Justice et de la Sécurité publique et sans doute du Secrétariat aux aînés pour faire réviser le cadre législatif afin d'étendre les obligations de signalement de décès d'aînés au coroner aux établissements qui logent des aînés. Il faut aussi donner plus de poids aux recommandations du Bureau du coroner, surtout dans les cas où elles visent des établissements ayant la responsabilité de personnes âgées vulnérables. Nous verrons dans la section suivante, à travers deux enquêtes du coroner parmi celles examinées ici, comment l'âgisme est manifestement présent dans ces événements entraînant le décès de personnes de plus de 65 ans.

### **Âgisme meurtrier dans les services de santé et à domicile : un risque réel**

Prolongeant notre enquête, en référence à deux rapports de la coroner Rudel-Tessier sur les circonstances de la mort de deux femmes âgées desservies l'une en service à domicile intensif dans un CSSS de Montréal, l'autre en centre hospitalier d'un CSSS à Québec, puis dans une résidence certifiée (sic), nous cherchons à valider comment l'âgisme pourrait avoir contribué de fait au décès de ces personnes en mettant en évidence les éléments qui les ont mises en danger et qui révèlent les lacunes des services et des mesures d'assistance auxquelles elles auraient pourtant eu droit... et qu'elles auraient sans doute reçus si elles avaient eu 35 ans.

#### **Histoire de cas no 1**

**(Source Bureau du coroner, Montréal)<sup>14</sup>**

Une femme de 87 ans est transportée à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal, dans un état de faiblesse et de dégradation physique grave. Elle y décède quelques jours plus tard d'une bronchopneumonie.

Cette enquête a permis de comprendre pourquoi, alors qu'elle recevait des visites quotidiennes d'intervenants d'un CLSC, elle est arrivée à l'hôpital dans cet état.

La femme, qui aurait, semble-t-il, demandé à son fils de mourir à la maison, souffrait de démence et

devait être encadrée jour et nuit. Lorsque son état s'est détérioré, elle a été hospitalisée. Son fils refusant l'idée d'un hébergement, l'hôpital a accepté le retour à domicile de la patiente lorsqu'une aidante de jour a été engagée. Or, ni le fils ni l'aidante de jour ne lui prodiguaient les soins nécessaires. Le CLSC a rencontré à plusieurs reprises le fils pour lui rappeler en vain l'importance de son rôle et a augmenté ses visites, mais les relations entre le fils et les intervenants étaient difficiles. La femme est devenue de moins en moins autonome, son état n'a cessé de se dégrader et elle a développé des plaies de lit. Le CLSC a de nouveau augmenté ses visites, mais elle a été finalement hospitalisée et est décédée quelques semaines plus tard. L'enquête a démontré les limites des soins à domicile. Le coroner considère que le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie est un choix parfaitement valable et qu'il faut l'encourager. Toutefois, l'hébergement peut devenir inévitable pour certaines personnes, surtout si la prise en charge par les aidants naturels n'est pas adéquate. En effet, elle souligne que les auxiliaires familiales et le personnel infirmier du CLSC ne peuvent que fournir des services ponctuels aux personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile. Enfin, il y a la question du consentement. À plusieurs moments, les intervenants auraient pu s'interroger sur le besoin d'un hébergement et faire appel aux tribunaux ou au Curateur public. Le personnel des services de soins à domicile doit être informé des possibilités qui existent pour signaler une situation qui s'avère problématique. (Fin de l'extrait)

Dans cette situation, il est mis en évidence que « [...] même si son état nécessitait une surveillance constante, ni le fils ni l'aidante de jour ne lui prodiguaient les soins qui lui étaient nécessaires [...], mais aucune amélioration n'est observée par les intervenants. Le CLSC a donc augmenté ses visites, mais les relations entre le fils et les

<sup>13</sup> Données non publiées du Bureau du coroner du Québec, avril 2009.

<sup>14</sup> <http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/coroner.asp?txtSection=recommandations> Me Catherine Rudel-Tessier, coroner dossier 135144, août 2008.

intervenants étaient toujours très difficiles. Le manque de stimulation a rendu la femme de moins en moins autonome et son état n'a cessé de se dégrader, elle a développé des plaies de lit. Le CLSC a de nouveau augmenté ses visites. Elle a été finalement hospitalisée et elle est décédée quelques semaines plus tard.»

Pourtant, la Loi de la santé et des services sociaux est claire, ART. 5 (LSSSS) :

« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. » De plus, à l'alinéa 3° : « l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ».

Une dizaine d'intervenants de ce CLSC, médecin, infirmières, auxiliaires, ergothérapeutes, etc. sont intervenus dans cette

situation pendant plusieurs mois de mai à décembre 2006, alors que « ni le fils, ni l'aidante de jour ne lui prodiguaient les soins qui lui étaient nécessaires et que les relations entre le fils et les intervenants étaient toujours très difficiles »<sup>15</sup>. Comment comprendre, selon le coroner, alors qu'il y avait au dossier du CLSC des notes sur des constats d'abus et un avis du « Curateur public qui considérait la patiente inapte à consentir aux soins et le retour à domicile dangereux », que celui-ci n'ouvre aucun dossier de transfert et ne fasse aucun suivi sur cette situation selon le coroner. Or le 11 mai, malgré ces constats d'abus, le CLSC retourne la dame chez elle à la charge d'un fils problématique. Dès les premiers jours, celui-ci interdit à la dame de compagnie dont il a retenu les services de lever sa mère et de lui apporter à manger. De temps à autre, celle-ci montait à la chambre pour « voir si elle était morte ».

Ces faits de négligence par omissions graves très documentés dans le rapport sont dus à un ensemble coordonné de services socio-sanitaires, hôpitaux, CLSC, CSSS, y compris le Curateur public; ils contreviennent tous à la Loi de la santé et des services sociaux et à la déontologie de tous les professionnels impliqués. Leurs négligences sont révélatrices d'une perception tronquée

de la situation réelle de cette personne victime d'un fils problématique<sup>16</sup>. Ces perceptions des acteurs ont toutes les caractéristiques d'un âgisme extrême comme le souligne le coroner dans son rapport : « le médecin concerné et en général tous les intervenants du CLSC n'ont pas accordé une importance suffisante au fait que le fils et l'aidante s'impliquaient peu auprès de madame et qu'ils n'ont pas fait de démarches pour lui donner un milieu de vie dans lequel son bien-être psychologique et physique aurait été assuré.<sup>17</sup> » Leur défense invoque leur volonté de respecter ce qu'il croyait être la volonté de madame, exprimée par le fils, de vieillir et mourir à domicile. (sic)

Ce type de situation limite est la pointe d'un iceberg qui s'étend dans toutes les profondeurs des villes et régions où 160,000 personnes dépendent de services à domicile : le coroner exprime l'opinion que « l'enquête a démontré les limites des soins à domicile... que les auxiliaires familiales et le personnel infirmier du CLSC ne peuvent que fournir des services ponctuels aux personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile ». Le risque d'un âgisme meurtrier s'étend donc à toute la population en perte d'autonomie dont les aidants n'ont pas la capacité ou la volonté d'assurer le principal du service aux aînés, l'État ne garantissant (?) que des services ponctuels à domicile.

## Histoire de cas no 2 :

(Source Bureau du coroner, Québec)<sup>18</sup>

**Enquête publique portant sur le décès d'une femme de 84 ans à la résidence Le Coulongeois, à Québec; la cause du décès est attribuable à une pneumonie**

Une semaine avant son décès le 19 février, la femme consulte à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Québec pour un œdème important aux jambes et parce qu'il lui est presque impossible de se tenir debout. Les résultats des examens sont normaux et la patiente reçoit une prescription d'antibiotiques pour une dermite de stase bilatérale et possiblement une cellulite à la jambe droite. Comme la femme vit seule en appartement, le médecin demande qu'elle soit rencontrée par une travailleuse sociale pour un hébergement temporaire en maison de convalescence. Un placement est organisé à la Résidence Le Coulongeois. La patiente y arrive

<sup>15</sup> Rapport du coroner Rudel-Tessier.

<sup>16</sup> Selon les études citées les femmes sont parfois victimes d'un conjoint mais le plus souvent victimes d'un fils ou d'une fille qui règle ses comptes avec leur vie, avec leurs parents, avec leur mère ou avec la femme qu'elle représente.

<sup>17</sup> Rapport du coroner Rudel-Tessier.

<sup>18</sup> <http://www.msp.gouv.qc.ca/coroner/coroner.asp?txtSection=recommandations> Me Catherine Rudel-Tessier, coroner dossier 139779, Québec, octobre 2008.



le 19 février dans un état stable. Elle a seulement besoin d'assistance pour ses pansements et d'aide pour la mobilité. Le lendemain de son admission, elle tousse et a des expectorations très abondantes. Dans les jours qui suivent, son état se détériore. Elle présente une asthénie générale et de la dysphagie. La nuit du 25 février, la patiente respire difficilement et est incapable de boire de l'eau. Vers 5 h, elle est trouvée sans vie par une préposée. Celle-ci ne tente aucune manœuvre de réanimation et, jointe par téléphone, la propriétaire de la résidence appelle le 9-1-1 deux heures après avoir été avisée de la situation.

L'enquête révèle que « la Résidence Le Coulongeois s'est avérée, a posteriori, un mauvais choix, d'une part, parce qu'elle ne respectait pas les conditions de son offre de services et, d'autre part, parce que l'état de santé de la victime s'est dégradé sévèrement ».<sup>19</sup> (Fin de l'extrait)

Cette deuxième situation met donc en scène un ensemble d'institutions socio-sanitaires et juridiques et, en particulier, le Conseil québécois d'agrément qui, en principe, a l'obligation de veiller à la qualité de la prise en charge des personnes âgées malades et en demande de soin de santé (voir annexe 2).

L'enquête révèle que la Résidence Le Coulongeois s'est avérée, a posteriori, un mauvais choix de la part, à la fois du centre hospitalier, de la travailleuse sociale et du service d'hébergement temporaire du CLSC « parce qu'elle ne respectait pas les conditions de son offre de service ».<sup>20</sup> Cet hébergement post hospitalier a été choisi sur la base de la documentation fournie par la résidence dans le cadre de la procédure de certification du ministère via le Conseil québécois d'agrément.

La coroner considère que le Centre de santé avait le devoir de vérifier la conformité des offres de service avec les services véritablement offerts dans une résidence où sont dirigés des patients pour de l'hébergement temporaire; il en fera le rappel et une recommandation explicite. Mais combien de CSSS pratiquent effectivement ce devoir de vigilance dans le placement temporaire de personnes âgées fragilisées? Les ambulanciers appelés deux heures après le décès

(sic) signalent au médecin de l'urgence du CHUQ qu'il y a des irrégularités difficiles à justifier dans la situation, que la hiérarchie décisionnelle est douteuse au sein de la résidence en situation d'urgence : seule la propriétaire peut appeler le 911! Le coroner mettra en évidence que la réalité des services offerts révèle des différences importantes par rapport aux descriptions détenues pour la Certification et par le CSSS. Le coroner établit que

*Ces populations plus vulnérables représentent environ 20% des plus de 65 ans. Ces personnes les plus fragilisées sont également les plus à risque de subir une aggravation de leur situation due à l'âgisme.*

la résidence n'offre pas de soins de qualité, en particulier en matière de soins infirmiers, de disponibilité suffisante de personnel compte tenu de la lourdeur de la clientèle (90 % souffrent de démence et quatre sont alités). Le coroner s'indigne de la façon dont les personnes sont traitées et souligne l'absence de mise en œuvre des protocoles prévus à la certification dans le contexte d'une situation d'urgence (sic).

Au moment où la préposée constate l'absence de respiration de la dame âgée, « Celle-ci ne tente aucune manœuvre de réanimation et jointe par téléphone, la propriétaire de la résidence n'appelle le 9-1-1 que deux heures après avoir été avisée de la situation »... on y voit l'âgisme extrême à l'œuvre par omission grave de soins dans un contexte où les mesures d'urgence à appliquer sont évidentes; seul le déni de la valeur de la vie humaine chez la personne âgée peut expliquer une conduite aussi brutale.

Comment, de plus, expliquer la certification de cette résidence par le Conseil québécois d'agrément et sa présence sur les listes du CSSS et CLSC? N'y a-t-il pas présence aussi de négligence, des traces sévères d'âgisme de la part des agents du Conseil québécois d'agrément qui se font d'ailleurs rappeler par le coroner « de vérifier régulièrement la conformité des offres de service avec les services véritablement offerts dans une résidence où sont dirigés des patients pour de l'hébergement temporaire ». Les professionnels du CSSS reçoivent, quant à eux, l'avis « d'évaluer l'autonomie et les besoins de tous les résidents de la Résidence Le Coulongeois, afin de s'assurer que celle-ci est en mesure de leur offrir des conditions de vie sécuritaires ». N'est-ce pas là le devoir premier d'un professionnel chargé de recommander des

<sup>19</sup> Rapport de la coroner, 139779, page 11.

<sup>20</sup> Rapport de la coroner, 139779, page 11.



hébergements temporaires dans le cadre des services d'un hôpital public?

La conclusion est foudroyante : « *Le décès de Mme Cloutier n'était pas inéluctable. Il est probable que, bien soignée, elle aurait survécu à sa pneumonie* » conclut Me Rudel-Tessier.

## Lumières et cris d'appel dans le souterrain de l'âgisme

Comme le racisme et le sexisme, l'âgisme n'est ni une fatalité ni un trait essentiel de la condition humaine. Le racisme et le sexisme, depuis le 19<sup>e</sup> siècle, ont fait l'objet de dénonciations par les personnes victimes et les citoyens solidaires. Un grand nombre d'analyses sociales et historiques ont été produites afin de comprendre l'origine de l'une<sup>21</sup> et l'autre<sup>22</sup> de ces discriminations tout au long des siècles. De plus, le militantisme des groupes de pression aura permis la mise au jour des mécanismes socioculturels qui contribuent à la ségrégation et ils ont été à l'origine de la création de mesures pour les contrer; l'histoire des droits civiques aux USA au début du 20<sup>e</sup> siècle jusqu'à nos jours et la lutte des suffragettes dès 1832 en Angleterre, qui prétendaient aux mêmes droits que les hommes, en sont les références les plus connues. La mise en place des chartes des droits, les programmes d'accès à l'égalité et les structures de vigilance dans les services publics témoignent du recul de plusieurs phénomènes associés au racisme et au sexisme, mais aussi des avancées dans la promotion des droits des populations longtemps discriminées.

Au Québec, c'est dans la mouvance des mouvements sociaux des années soixante-dix que naîtront les premières critiques sociales sur le sort des aînés avec les publications de trois manifestes : sur la situation économique des aînés, leur volonté de vieillir chez eux et la condition des femmes âgées, tous à l'initiative de l'Association québécoise pour la défense des retraités (AQDR) fondée en 1979 et de quelques partenaires aînés.

En 1985, cette association, en mobilisant tous les acteurs sociaux et les leaders d'opinion de tout le Canada, faisait reculer le gouvernement Mulroney qui tentait

d'échapper à son engagement formel de maintenir l'indexation des pensions au Canada; cette mobilisation et le gain social qu'elle a préservé stimuleront la volonté des aînés de toutes appartenances de veiller eux-mêmes à leurs intérêts et de promouvoir leur droit à la dignité. Elles sont chez nous les premières manifestations contre l'âgisme présent dans la société. En 1989, sous la pression des groupes d'aînés, le gouvernement dépose le rapport « Vieillir en toute liberté »<sup>23</sup> portant sur la situation des abus à l'endroit des aînés au Québec.

En 2008, suite à une tournée de consultation dans toutes les régions la ministre des aînés, madame Marguerite Blais, qui était membre du comité d'étude « Vieillir en liberté »<sup>23</sup> en 1989 (le destin a ses fantaisies), lance un programme de financement de 20 millions sur cinq ans pour soutenir plus d'une centaine d'initiatives sociales et communautaires pour agir sur les causes et les effets de l'âgisme et le développement de projets favorisant l'intégration sociale des aînés, la prévention des abus et de la maltraitance étant l'une des priorités. Ces sont des initiatives majeures pour amorcer un long combat contre l'âgisme présent dans toutes les structures sociales. Mais il faudra une mobilisation encore plus importante et à long terme pour changer véritablement le paradigme des conditions du vieillir.

En 1996 et 1997, le ministère de la santé et des services sociaux confirme les expertises développées dans les soins aux personnes âgées en accordant le statut d'institut universitaire aux centres de gériatrie de Sherbrooke et de Montréal qui œuvrent dans ce domaine déjà depuis plus de 20 ans. Avec leurs centres de recherche, ils ont des atouts majeurs pour contribuer dans tous les champs de la gérontologie à repositionner les orientations et les politiques envers les aînés qui, on le voit, souffrent de lacunes majeures. Ils sont à même de documenter et soutenir les pratiques d'interventions sociales et de soins de qualité; leur enracinement dans leur milieu en fait des acteurs de premier plan pour tout ce qui concerne la formation et la diffusion de l'expertise en gérontologie au Québec. L'interpellation de ces agents de changement est tout aussi indispensable pour contribuer à un accueil

<sup>21</sup> Le Racisme (en collaboration avec Léon Poliakov et Patrick Girard), éd. Seghers, 1976.

<sup>22</sup> Le Deuxième Sexe (2 tomes), Gallimard, Simone de Beauvoir, 1949.

<sup>23</sup> Vieillir... en toute liberté, Rapport du Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, gouvernement du Québec, 1989.

approprié du vieillissement de notre population.

Au moment d'écrire ces lignes, le Parlement enquête sur les « déboires » scandaleux de la Caisse de dépôt et placement qui auront un impact majeur sur la vie des aînés du futur et les travailleurs âgés d'aujourd'hui qui pourraient y perdre des droits acquis. L'appât du gain des gestionnaires de la Caisse, pour gagner des primes ou bonis, aura détruit des gains sociaux de toute une collectivité.

Dans le même temps, le journal LA PRESSE publie un dossier en plusieurs volets sur le sort souvent tragique des aînés dans les résidences privées; on y voit que l'âgisme s'exprime sans réserve au bénéfice de certains usuriers profitant de la fragilité des aînés. Qu'est-ce que cet abandon dans des lieux sans vie sociale réelle, si ce n'est la plus cruelle forme d'âgisme? Une société civilisée devrait prendre un soin particulier de ceux qui ont bâti son monde, particulièrement, de ses mères âgées, parmi les plus démunies.

L'âgisme n'est pas un risque banal. Il ne se limite pas à des insinuations perverses sur nos premières fragilités ou autres signes corporels de vieillissement. Il ne se limite pas non plus à traiter les personnes vieillissantes sans le respect ou les égards qui leur sont pourtant dus. Il ne se limite pas à berner les aînés ou à les priver de leurs besoins fondamentaux et de leurs droits pourtant légitimes.

La fin de l'âgisme meurtrier appelle une mobilisation citoyenne des responsables politiques et des structures sociales, des professionnels auprès des aînés et des familles pour réaffirmer, sans compromis, le droit de vieillir sans discrimination et en sécurité.

Courage et vigilance, un destin du vieillir dans la dignité nous interpelle!

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Conseil des aînés – Québec, *La réalité des aînés québécois*, Publications du Québec, 2007, p.21, p.126

Jérôme Pellissier, *Âgisme et stéréotypes*, *Vie et vieillissement*, Vol. 7 no. 2 (2009).

M.-J. Kergoat, M.D., gériatre, La personne âgée admise en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, est-elle victime d'âgisme? *Âgisme et stéréotypes*, *Vie et vieillissement*, Vol. 7 no. 2 (2009).

Jean Carette, *La retraite des baby-boomers*, Guérin, 1998.

AQESSS, mars 2009.

Rachel Janvier Lafrenière, Soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et questions éthiques, *Vie et vieillissement*, Vol. 7 no. 2 (2009).

Bilan des actions du Protecteur des usagers auprès des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en 2003-2004.

AQESSS, mars 2008.

Vaillancourt Y. et Charpentier M., *La passerelle entre l'État, le marché et l'économie sociale dans les services de logement social et d'hébergement pour les personnes âgées*. LAREPPS, UQAM

<http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2006/Bilan2006c6.pdf>.

Plamondon L., et all, *Gérontologie et Société* - n° 122 - septembre 2007, page 171 : tableaux en annexe 1.

## ANNEXE 1 INDICATEUR DE MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES SELON L'OMS

*Rapport mondial sur la violence et la santé.* Organisation Mondiale de la Santé.  
Sous la direction d'Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony Zwi et Rafael Lozano-Ascencio. Genève, 2002 (chapitre 5, tableau 5,1)

### INDICATEURS RELATIFS À LA PERSONNE ÂGÉE

#### Physiques

- Se plaint d'agressions physiques
- Chutes et blessures inexplicables
- Brûlures et ecchymoses à des endroits inhabituels ou d'un type inhabituel
- Coupures, marques de doigts ou autres preuves de contention
- Trop de prescriptions à répétition ou pas assez de médicaments
- Malnutrition ou déshydratation sans cause médicale
- Preuve de soins insuffisants ou de mauvaise hygiène
- La personne se fait soigner chez différents médecins et dans différents centres médicaux

#### Comportementaux ou psychologiques

- Changement dans les habitudes alimentaires ou troubles du sommeil
- Peur, confusion ou air de résignation
- Passivité, repli sur soi-même ou dépression de plus en plus marquée
- Sentiment d'impuissance, de désespoir ou angoisse
- Déclarations contradictoires ou autre ambivalence ne résultant pas d'une confusion mentale
- Hésitation à parler franchement
- Evite les contacts physiques, oculaires ou verbaux avec le soignant
- La personne âgée est tenue isolée par d'autres

#### Sexuels

- Se plaint d'agressions sexuelles
- Comportement sexuel ne correspondant pas aux relations habituelles ou à la personnalité antérieure de la personne âgée
- Changements inexplicables dans le comportement, par exemple, agressivité, repli sur soi-même ou automutilation
- Se plaint fréquemment de douleurs abdominales ou présente des saignements vaginaux ou anaux inexplicables
- Infections génitales récurrentes, ou ecchymoses autour des seins ou de la zone génitale
- Sous-vêtements déchirés ou tachés, notamment de sang

### INDICATEURS RELATIFS AU SOIGNANT

- Le soignant semble fatigué ou stressé
- Le soignant semble trop intéressé ou pas assez
- Le soignant fait des reproches à la personne âgée pour des actes tels que l'incontinence
- Le soignant se montre agressif
- Le soignant traite la personne âgée comme un enfant ou de manière déshumanisante
- Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui
- Le soignant ne veut pas que la personne âgée ait un entretien avec quiconque seule
- Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre peut-être hostile ou évasif
- Le soignant s'occupe depuis longtemps de la personne âgée

**ANNEXE 2****CERTIFICATION : CONFORMITÉ DES RÉSIDENCES PRIVÉES**

<http://www.agrement-quebecois.ca/site.asp?page=element&nIDElement=2236>

Le Conseil québécois d'agrément (CQA) a été reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour effectuer la vérification de conformité des résidences pour personnes âgées.

En vertu de la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), le gouvernement a adopté le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées. Celui-ci est entré en vigueur le 1er février 2007.

La certification des résidences pour personnes âgées vise à reconnaître la conformité de ces dernières aux critères sociosanitaires, de même qu'aux autres exigences stipulées dans le règlement.

La vérification de la conformité a pour but de s'assurer que l'exploitant de la résidence pour personnes âgées ainsi que son personnel respectent les critères sociosanitaires et les exigences prévus dans le Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées.

Cette vérification de conformité est réalisée sur les lieux d'exploitation de la résidence pour personnes âgées et comporte deux types de vérification, soit celle des documents et celle des comportements. La vérification de documents consiste à s'assurer que les documents que doit produire l'exploitant sont conformes aux critères sociosanitaires tel que mentionné dans le Manuel d'application du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées. La vérification des comportements porte sur la compréhension et l'application, par l'exploitant et son personnel, des politiques et des marches à suivre en vigueur à la résidence par l'exploitant et son personnel. Cette vérification est faite au moyen d'entrevues principalement. Elle s'effectue aussi par l'observation directe d'activités ou de résultats d'activités.

**ANNEXE 3****RECOMMANDATIONS DU CORONER CATHERINE RUDEL-TESSIER**

Recommandations histoire de cas no 1 : Montréal

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- forme les intervenants des soins à domicile, y compris les médecins, sur les rôles et responsabilités des aidants naturels;
- instaure une procédure permettant à l'intervenant de signaler formellement à une personne en autorité une situation problématique pouvant mettre en danger la santé ou la sécurité de la personne aidée qu'il a observée durant une prestation à domicile;
- instaure une procédure afin qu'une personne responsable examine la situation dénoncée et soit en mesure d'y remédier rapidement ou de faire appel aux instances appropriées (tribunaux, Curateur public).

Que le Curateur public :

- mène une campagne de sensibilisation auprès des intervenants des soins à domicile y compris les médecins, afin que ces derniers soient en mesure de réagir aux signes pouvant laisser croire à des soins inadéquats ou à de la maltraitance.

Que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

- s'assure de la connaissance et de l'usage du guide pour soigner les plaies à domicile.

Que le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

- s'assurent que ses membres comprennent leurs responsabilités en matière de qualité de soins à domicile et connaissent les devoirs qui leur incombent lorsqu'ils constatent des situations à risque pour leurs patients.

Recommandations histoire de cas no 2 : Québec

Que le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale :

- resserre les critères qui permettent de reconnaître une résidence comme milieu de référence pour l'hébergement temporaire de ses patients et notamment de prévoir l'obligation d'une présence infirmière en tout temps;
- évalue l'autonomie et les besoins de tous les résidents de la Résidence Le Coulangeois, afin de s'assurer que celle-ci est en mesure de leur offrir des conditions de vie sécuritaires.

Que le Centre local de services communautaires La Source :

- vérifie régulièrement la conformité des offres de service avec les services véritablement offerts dans une résidence où sont dirigés des patients pour de l'hébergement temporaire;
- s'assure que ce manuel (Manuel d'application du *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées*) est connu de tous les membres du personnel et appliqué de façon scrupuleuse dans la résidence;
- veille à ce que les niveaux de soins des résidents soient connus de tous les membres du personnel et que ces derniers soient tous capables de pratiquer les manœuvres de réanimation jusqu'à l'arrivée des ambulanciers;
- s'assure de la formation de son personnel (préposées et infirmières auxiliaires) notamment en instituant un programme de formation continue;
- s'assure que les préposées aux bénéficiaires sont supervisées par une personne compétente;
- augmente le nombre d'heures de présence de l'infirmière auxiliaire afin de pouvoir répondre adéquatement aux besoins de ses résidents en matière de soins;
- s'assure que les dossiers des résidents sont remplis correctement et notamment que l'heure de l'administration et la dose reçue de médicaments (prescrits ou en vente libre) y sont inscrites.

## Explorations, réflexions et autres considérations gérontologiques

# Ce que nous percevons comme «bien» pour les personnes en résidence

ÉRIC SEDENT, *Diplômé en communication, Enseignant et formateur en gérontologie, ancien directeur des petits frères des Pauvres (France et Québec).*

Un établissement spécialisé dans l'éducation des adultes et la formation continue de la commission scolaire de la capitale à Québec a mis sur pied un programme de maintien des facultés cognitives destiné aux personnes vivant en résidence.

Les professeurs de cet établissement se déplacent dans les résidences pour donner ces cours. Ils ont eux-mêmes accès à une formation en gérontologie, mise en place par le collègue Marie-Victorin de Montréal, afin de mieux appréhender les réalités de ces personnes vieillissantes que sont leurs élèves.

C'est dans ce cadre, alors que j'intervenais comme formateur auprès de ces enseignants, qu'une question, en apparence ordinaire, a été soulevée et a suscité notre réflexion.

Une des enseignantes a exprimé le fait d'avoir été « dérangée » par les décorations mises en place pour la fête d'Halloween dans une des résidences où elle intervient.

Cette enseignante explique sa réaction de gêne par l'impression que lui donne ce type de décoration. Elle dit que ce n'est pas pertinent et que l'on traite les personnes âgées *comme des enfants*.

Il m'a semblé alors opportun de partager sa réaction et d'en discuter avec les autres membres du groupe.

Ce fut l'occasion, à partir de cet exemple, de débattre sur « qui » réagit. Est-ce le professionnel? Est-ce la projection de nous-mêmes comme fils, fille, petit-fils, petite-fille, frère, sœur, neveu, nièce, ami(e)... d'une personne susceptible d'habiter dans un endroit similaire? Ou est-ce encore la projection de nous-mêmes dans le futur?

Les réactions sont variées et nous montrent à quel point nous avons, parfois bien malgré nous, en dépit même de toutes nos précautions et de notre volonté d'ouverture, une image des personnes plus âgées en tant que groupe social et, au-delà, une idée plus ou moins précise des « codes » et des critères qui s'y rapportent ou devraient s'y rapporter. Cet aspect est heureusement, sinon normal, tout au moins très habituel. Derrière chaque professionnel, il y a un humain qui ne sommeille pas toujours!

Donc, si l'on dépasse l'argument, acceptable dans le sens purement professionnel, « *Ce ne sont pas nos affaires, dans le cadre de nos interventions...* », on pourrait débattre de la question sur un plan social ou personnel : « *Qu'est ce que le citoyen que je suis, ou la personne plus âgée que je souhaite devenir, pense de la question?* ».

Alors, nous placerions tout naturellement, d'un côté les éléments dérangeants tels qu'ils ont été exprimés par le groupe :

- On infantilise les personnes âgées...
- L'image de la mort peut perturber certaines personnes qui s'en approchent...
- C'est un prétexte à la fête, il n'y a rien de naturel, de spontané...
- La jeune animatrice justifie son salaire, en fait, c'est elle qui fait la décoration...
- C'est purement commercial, les résidences sont là pour faire du fric...
- Etc.



Et d'un autre côté, les éléments plus « positifs », ceux qui sont acceptables, ceux qui justifient le fait :

- Les décorations et les fêtes mettent de la vie dans la résidence...
- L'Halloween est une fête traditionnelle qui fait un lien avec le passé et le vécu des personnes...
- La décoration permet aux résidants d'accueillir des enfants dans l'ambiance du moment, ces derniers viendront ainsi plus facilement...
- Etc.

Ces hypothèses, car aucune de ces affirmations n'a été vérifiée ou validée, si elles se révélaient être la réalité ou une partie de la réalité (ce qui serait plus juste), nous heurteraient ou nous apaiseraient, touchant, au-delà de l'aspect professionnel, la personne que nous sommes. Constatons donc l'importance de la projection de ce que « *devrait être* » la vie en hébergement collectif pour chacun d'entre nous.

Au-delà du débat, quelle lecture pouvons-nous faire de ceci relativement à l'aspect professionnel de tout intervenant en gérontologie? Lors de la discussion avec les professeurs, certains de ces aspects ont été abordés. Si nous avons pris plus de temps, il y a fort à parier que le groupe se serait éloigné progressivement des hypothèses (éléments subjectifs qui nous interpellent en tant qu'individus), pour se rapprocher des voies de réflexion qui replacent les personnes concernées au centre de la réflexion.

Nous pourrions alors nous poser les questions suivantes :

- Est-ce que la personne habite vraiment cet endroit, ou est-elle simplement hébergée\*?
- Si la personne habite la résidence, est-ce que le fait de décorer les parties communes pour la fête d'Halloween a du sens pour elle? Cette question a-t-elle été abordée avec les résidants?
- A-t-elle décidé ou participé à la décision de décorer les parties communes de la résidence à cette occasion? Si ce n'est pas possible individuellement, un système participatif existait-il pour que chaque personne puisse se faire entendre sur ces questions?
- Les résidants ont-ils pu participer à la réalisation de la décoration?
- Ces décorations, sont-elles une étape dans une volonté commune de rythmer la vie de la résidence?
- Les résidants peuvent-ils inviter leurs familles pour leur montrer leurs réalisations dans ce domaine? (Différence entre « *voilà ce que nous avons fait* » et « *voilà ce qu'ils ont fait pour nous* »).
- Etc.

Nous verrions alors, aux réponses des résidants, si le fait de décorer une résidence de personnes âgées à l'occasion de la fête de l'Halloween a du sens pour elles. Un sens, qu'idéalement ces personnes se seraient donné. Nous questionner sur ce qui « *résonne* » en nous, puis nous en éloigner pour nous questionner sur la véritable place de la personne concernée dans le processus de décision qui a mené à la situation qui nous interpelle n'est pas une démarche naturelle. C'est une démarche qui s'acquiert!

\*Notions abordées en cours à partir du livre de C. Simard : Vieillesse, identité, affectivité, éd. CCDMD (2005).

# 15 juin

**JOURNÉE INTERNATIONALE  
DE SENSIBILISATION SUR  
LES ABUS ENVERS LES AÎNÉS**



**«LES AÎNÉS ABUSÉS :  
C'EST L'AFFAIRE  
DE TOUT LE MONDE!»**



Réseau québécois  
pour contrer les abus  
envers les aînés

Courriel : [info@rqcaa.org](mailto:info@rqcaa.org)  
Internet : [www.rqcaa.org](http://www.rqcaa.org)

## Votre nouveau conseil d'administration



PRÉSIDENTE

**Catherine Geoffroy,**

Experte-conseil en gérontologie, M.Sc. éducation physique, promotion de la santé et Bien-Vieillir, Rédactrice en chef, Revue scientifique, Vie et vieillissement, AQQ



1<sup>ER</sup> VICE-PRÉSIDENTE (par intérim)

**Élizabéth Murphy**

Infirmière bachelière, certificat U.L en gérontologie, retraitée

Vice-Présidente et représentante de l'AQQ Québec-Chaudière-Appalaches

Déléguée à la Table de concertation des personnes âgées de la Capitale – Nationale

Bénévole chez Les petits frères des pauvres



2<sup>É</sup> VICE-PRÉSIDENTE

**Ghyslaine Lalonde**

Directrice

Centre universitaire de formation en gérontologie, Université de Sherbrooke



SECRÉTAIRE

**Murielle Pépin**

Conseillère en éthique

Travail social, administration publique et bioéthique



TRÉSORIER (par intérim)

**Robert Chagnon**

Expert conseil en habitation

Représentant, région de Montréal – Montérégie

### ADMINISTRATEURS



**René Beauchamp**

Webmestre du site du RIAQ (Réseau des aînés du Québec), Gestionnaire de la radio web du RIAQ Formateur Internet dans résidences de retraités

**Hélène Carbonneau**

Département d'études en loisir, culture et tourisme, Université du Québec à Trois-Rivières Déléguée, région de la Mauricie



**Claude Cataford**

Président, FADOQ - Laval



**Marc-André Delisle**

Sociologue, chargé de cours à l'Université du Québec à Chicoutimi et membre associé de l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (IVPSA)



**Martine Lagacé**

Professeure adjointe, Département de communication, Université d'Ottawa Représentante, Région Outaouais



**Mélanie Létourneau**

Chargée de projet, Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés (RQCAA), École de travail social, UQAM



**Raymond Monette,**

Président, Place des aînés, Laval



**Renée Gauthier**

Secrétaire générale de l'AQQ



## Mot de la présidente et rédactrice en chef

CATHERINE GEOFFROY

### Mot de la présidente

C'est avec beaucoup de fierté et d'enthousiasme que j'ai accepté de prendre le relais en tant que présidente de l'Association québécoise de gérontologie et j'en profite pour remercier tous ceux et celles qui ont proposé ma candidature. Mais j'ai accepté parce je n'étais pas seule; nous avons un tout nouveau conseil d'administration composé de personnes prêtes à s'engager et à travailler afin que l'AQG redevienne l'association incontournable de gérontologie au Québec, une association qui sera donc plus près de ses membres et qui répondra encore mieux à leurs besoins.

### Une vision à partager avec vous

Je crois que l'AQG doit multiplier ses efforts pour stimuler les échanges de connaissances et de meilleures pratiques en gérontologie, et ce, en travaillant encore plus de concert avec toutes les autres organisations d'aînés pour organiser des activités multiples et variées, dans tous les coins du Québec, permettant de mieux nous connaître ou de nous retrouver pour échanger sur nos milieux, nos enjeux, mais surtout nos outils et solutions.

J'entends créer des ponts pour aider les acteurs du monde de la recherche à travailler encore plus ensemble afin de trouver un plus grand éventail de solutions en lien avec les grands enjeux.

Je crois que l'AQG doit travailler plus souvent en collaboration avec les communautés ethnoculturelles afin de leur accorder une plus grande place dans cette communauté gérontologique québécoise dont elles font partie, d'augmenter les échanges et, ainsi, mieux connaître et comprendre, entre autres, leurs valeurs, leurs pratiques et leurs besoins.

Je vise à ce que les intervenants sur le terrain connaissent et aient accès facilement et rapidement à ce qui se fait dans d'autres régions, dans les autres professions, aux différents niveaux d'intervention.

Renée Gauthier et son équipe de bénévoles, appuyés par les membres du nouveau CA, auront pour points de mire :

- de continuer à améliorer les services à la permanence;
- d'augmenter le membership ainsi que le nombre de membres actifs;
- de revaloriser et réanimer les structures régionales;

- de faire une meilleure utilisation de l'expérience et de l'expertise de nos membres;
- de créer des liens et de mobiliser des représentants de communautés ethnoculturelles;
- de travailler à la pérennité financière de notre association;
- de développer des outils d'information et de communication;
- d'organiser un plus grand nombre d'activités diversifiées tout au long de l'année.

### Le nerf de la guerre

Une autre raison importante de mon acceptation à la présidence, c'est la perspective d'amélioration de notre situation financière. On peut constater, d'abord, les résultats positifs et très encourageants de nos démarches pour la recherche d'annonceurs et de commandites pour la revue *Vie et Vieillesse* et pour nos activités. D'autre part, Vieillesse Design Montréal nous a confirmé un contrat de service pour sa journée *Vieillesse actif* du 20 mai 2010. Nous remercions, Monsieur Bazin et le Secrétariat aux aînés d'avoir pensé à nous pour travailler sur cette activité. Enfin, notre demande de subvention du Projet SIRA, ministère de la Famille et des Aînés, a été acceptée. Merci à Madame Marguerite Blais et à son équipe. Sans l'ombre d'un doute, cela change les perspectives!

### Les projets en bref

#### *Journée Vieillesse actif*

Date prévue : 20 mai 2010.

Partenaires : Secrétariat aux aînés (MFA) et Vieillesse Design Montréal.

L'AQG sera responsable de la préparation du contenu (conférenciers, experts, acteurs principaux, etc.) de cette journée qui serait jumelée à d'autres activités (GALA D'EXCELLENCE et EXPOSITION des projets novateurs) que Vieillesse Design Montréal organisera concurremment.

#### *Carrefour gérontologique AQG – développement et implantation du projet – Projet SIRA 2009-2011*

Grâce à ce projet, l'AQG souhaite devenir un carrefour incontournable des savoirs en recherche et un lieu d'échange des meilleures pratiques gérontologiques québécoises, au Québec et dans la francophonie; ce carrefour se déplacera pour s'implanter d'une région à l'autre. Objectifs du projet pilote :



- Mettre en application notre plan d'action;
- Travailler en concertation et développer des stratégies communes de diffusion des informations, des connaissances, des outils avec les principales associations d'aînés, les regroupements pour des causes particulières (abus, proches aidants, fraude, vieillissement actif, etc.) et d'autres partenaires importants;
- Créer un réseau actif et efficace de transmission des plus récents résultats de recherche, d'expérimentations, de meilleures pratiques concernant des enjeux prioritaires identifiés par le milieu gérontologique;
- Optimiser la publication de chacun des numéros de *Vie et Vieillesse* dans les différents milieux et régions grâce
  - à l'organisation d'activités de communication (colloques, mini-conférences, ateliers de discussion, tables rondes, cinq à sept, etc.) en lien avec les thèmes développés par notre revue;
  - à l'élaboration d'une boîte à outils spécialement conçue pour aider les régions à organiser ces événements;
  - Développer un site Web, en lien avec les autres sites existants, afin d'offrir du matériel de formation, de susciter des discussions et des réflexions sur certaines préoccupations ou problématiques prioritaires pour les milieux gérontologiques, traitées par *Vie et Vieillesse*, dans le passé comme dans le futur.

### Comité de formation

Le comité de formation devrait se remettre sur pied d'ici la fin de l'année 2009.

Avis aux intéressés!

### Assemblée annuelle

Notre AGA, accompagnée d'un colloque, se tiendra à Québec en fin septembre 2009.

Surveillez notre annonce!

### Message aux anciens présidents

Présidents et présidentes qui m'ont précédée, j'aimerais vous inviter à ne pas rester figés dans une mosaïque de photos et vous dire que votre expertise nous serait encore très utile; je vous invite donc à reprendre une place à nos côtés, car nous avons de grandes ambitions

pour l'AQG et nous aurons besoin de vos sages conseils. D'ailleurs, permettez-moi ici de remercier monsieur Robert Chagnon, le président sortant, pour ses loyaux services et pour toute l'énergie qu'il a pu consacrer à la présidence de notre association ces cinq dernières années. Merci beaucoup Robert d'avoir accepté de représenter la région de Montréal-Montérégie au CA. Sincères remerciements aussi à tous les membres du CA qui ont terminé leur mandat cette année!  
Au plaisir de vous rencontrer!

### Revue *Vie et vieillissement*

*Mot de rédactrice en chef*

Le comité d'experts et celui de rédaction ont fait un travail titanesque pour sortir ce numéro portant sur l'âgisme (qui compte **exceptionnellement** 76 pages). Bravo et merci!

Nous espérons que vous apprécierez ce numéro, que vous vous joindrez à nous tous pour lutter contre l'âgisme dans vos milieux de travail, votre milieu de vie, avec vos proches, etc., qu'il sera votre première référence en matière de lutte contre l'âgisme et que vous en ferez la promotion pour montrer aux non-abonnés que les thèmes de notre revue sont super-pertinents!

Nous poursuivrons notre travail avec les prochains titres, tout autant d'actualité :

- Volume 7 No 3, Courtepointe estivale regroupant des articles qui ne pouvaient s'insérer dans nos numéros thématiques de l'année;
- Volume 7 No 4, Le maintien à domicile... Oui! mais pas à n'importe quel prix pour les proches aidants! Porteur du dossier : Francine Ducharme, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal;
- Volume 8 No 1, thème : Les choix de fin de vie – Pouvoir mourir dignement, en collaboration avec Élisabeth Murphy et le regroupement des infirmières retraitées;
- Volume 8 No 2, thème : Ville amie des aînés;
- Volume 8 No 3, thème : Vieillesse active en milieu de travail;
- Volume 8 No 4, thème : Les technologies au service des aînés.

Au plaisir d'entendre ou de lire vos commentaires!  
geoffroy.catherine@videotron.ca





## Rapport de la secrétaire générale RENÉE GAUTHIER

Lors du dernier numéro, je vous écrivais : « Il faut redonner un souffle à l'AQG, voire même lui donner des ailes ». Hé bien, je crois que le bateau vient de quitter le rivage avec à son bord une équipe dynamique et déterminée. Avec une capitaine telle que Catherine Geoffroy, je crois que le voyage sera long et riche en événements.

En effet, depuis la dernière parution de la revue, il y a eu l'Assemblée générale et l'élection d'un tout nouveau conseil. Nous avons obtenu :

- une subvention dans le cadre du programme SIRA (Soutien aux initiatives visant le respect des aînés);
- un contrat de service dans le cadre d'un projet que Monsieur Jean-Louis Bazin, directeur de l'organisme VDM (Vieillesse Design Montréal), a soumis au Ministère de la famille et des Aînés.

Nous travaillons à l'élaboration d'un Plan d'action pour les deux prochaines années (dont nous vous ferons part dans notre prochain numéro).

Nous avons le plaisir également d'accueillir dans notre équipe, des bénévoles pleins de ressources pour soutenir le secrétariat:

- Danièle Bondaz qui s'impliquera au besoin à la revue ainsi qu'au secrétariat;
- Danièle Nantel, une toute nouvelle recrue, qui accepte de nous donner un bon coup de main au niveau de la comptabilité et de la tenue des livres;
- Michel Bombardier, notre vérificateur, qui s'est engagé à continuer à nous prodiguer son expertise et ses précieux conseils;
- Vanessa Laflamme, qui nous conseillera dans l'évaluation et l'analyse de nos besoins en matière de site web et dans la planification des différentes étapes à suivre pour mener à bien notre projet;
- Michel Plante, informaticien, qui accepte de nous épauler pour compléter notre base de données et pour trouver des façons efficaces d'entrer en contact plus facilement avec nos membres.

Notre autre projet ambitieux, mais combien actuel, est celui de construire un site «web» accessible à toutes les régions. En effet, d'ici la fin de l'année 2009, le bureau de l'AQG provincial ainsi que ses comités régionaux seront en mesure de vous communiquer leurs activités de façon continue. Ainsi, vous aurez une vision globale, conviviale et à jour des activités de l'Association à travers la province. Pour nous aider à réaliser ce projet, Vanessa Laflamme, René Beauchamp et Michel Plante s'impliqueront activement à construire ce site selon nos besoins.

D'autres bénévoles sont actifs dans la recherche de publicité récurrente ou thématique pour la revue. Notre objectif d'atteindre l'autofinancement de la revue devrait se concrétiser bientôt. Cela demande aux bénévoles des efforts soutenus, mais combien nécessaires pour la pérennité de la revue.

Après quelques péripéties, nous occupons un nouveau local, sur la rue Wellington, en sous-location de Vieillesse Design Montréal. J'en profite d'ailleurs pour vous rappeler nos nouvelles coordonnées :

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GÉRONTOLOGIE  
645, rue Wellington, bureau 310

Montréal (Québec) H3C 1T2

Téléphone : 514-387-3612

Sans frais : 888-387-3612

Télécopieur : 514-861-7772

Adresse courriel : [info@aqq-quebec.org](mailto:info@aqq-quebec.org)

Mais, avant de terminer, j'ai un appel à toutes et à tous à faire. Nous avons toujours besoin de personnes prêtes à donner un coup de main pour que votre Association atteigne rapidement ses objectifs:

- rejoindre plus facilement ses membres :
- mettre sur pied des comités (formation, régionalisation, communications, soutien administratif, organisation d'activités, etc.).
- préparer et éditer les Numéros de la Revue *Vie et Vieillesse*

Nous avons besoin d'aide et il y a sûrement des tâches qui répondront à vos goûts et à vos talents. Quelle que soit votre région, n'hésitez pas, téléphonez, j'aurai toujours quelque chose pour vous.

Et vous verrez, on ne s'ennuie pas à l'AQG!

## Écho de la région Québec-Chaudières-Appalaches

Dans un premier temps, au nom des membres du conseil d'administration de la région de Québec ainsi qu'en mon nom personnel, c'est avec une grande fierté que nous félicitons et accueillons très chaleureusement la nomination de madame Catherine Geoffroy à titre de présidente provinciale de notre association. Nous sommes assurés que madame Geoffroy saura relever tous les défis qu'elle rencontrera.

Je tiens à signaler que l'implication de madame Geoffroy au sein de notre association date de plusieurs années. En plus d'être rédactrice en chef de la revue *Vie et Vieillesse*, elle a siégé au conseil d'administration antérieurement. Grâce à son dynamisme et à son grand dévouement, l'AQG va sans doute connaître de nouvelles orientations.

Les 3 et 4 octobre 2008, a eu lieu à l'Université Laval le congrès de l'AQG sur le thème « La contribution des aînés au développement économique et social ». Lors de cet événement

qui a rassemblé une centaine de participants, nous avons souligné le 30<sup>e</sup> anniversaire de fondation de notre association.

L'activité du printemps 2009 avait comme thème : « *Le glaucome – Clin d'oeil sur la réadaptation visuelle* ». La docteure Marie-Josée Fredette nous a présenté un nouveau service qui est offert aux personnes atteintes de ce problème. Il s'agit de la clinique d'enseignement du glaucome, un outil précieux au service de la clientèle vieillissante. L'enseignement est assumé par des infirmières formées spécialement pour ce type de maladie de l'œil. Nous avons également bénéficié des précieux conseils d'une ergothérapeute et d'une spécialiste en réadaptation visuelle de l'IRDPQ.

Nous sommes maintenant à travailler sur le programme d'automne 2009.

Au nom des membres du conseil d'administration

Suzanne Belzile

Présidente, AQG-région Québec-Chaudière-Appalaches

## CALENDRIER DES ÉVÉNEMENTS

**15 juin 2009, «Journée mondiale de prévention des mauvais traitements envers les aînés»**

**25 et 26 juin 2009, *Emotions, stress and aging***, Genève, Suisse  
<http://www.unige.ch/aging-emotion/index.html> ...

**du 5 au 9 juillet 2009,**  
***XIX<sup>e</sup> Congrès Mondial de Gérontologie et de Gériatrie***,  
organisé par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie au nom de l'IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics), Palais des Congrès de Paris  
<http://www.gerontologyparis2009.com/site/view8.php>

**17 et 18 juillet 2009,**  
***Research to Action. Activity and aging conference 2009***,  
Canadian Centre for Activity and Aging, University of Western Ontario, London, Ontario  
[http://www.uwo.ca/actage/outreach/conference\\_2009.html](http://www.uwo.ca/actage/outreach/conference_2009.html) ...

**31 août 2009, *Traiter l'incurable? Résistance au traitement des troubles mentaux chez les personnes âgées***, réunion scientifique annuelle 2009, Académie canadienne de psychiatrie gériatrique, Montréal, Québec  
<http://cagp.roundtablelive.org/Default.aspx?pagelid=181638>

**du 1<sup>er</sup> au 5 septembre 2009, *Chemin de la prévention***,  
14<sup>e</sup> Congrès international de l'International Psychogeriatric Association, Montréal, Québec  
<http://www.ipa-online.org/>

**Université du troisième âge**

L'université du troisième âge (filiale de l'Université Sherbrooke) ouvre une antenne à Laval pour les étudiants de 50 ans et plus. Il y aura une session d'information et d'inscription les 9 et 10 septembre prochain pour les cours au complexe de Sélection de Laval pour la session automne 2009. L'adresse est le 3300, boul. Le Carrefour.  
Pour toute info: Micheline Huel au 450-663-7078.

**du 27 septembre au 2 octobre 2009,**  
***XXVI<sup>e</sup> Congrès international de la population, Union internationale pour l'étude scientifique de la population***,  
Maroc. Les personnes intéressées ont jusqu'au 15 septembre 2008 pour soumettre leur communication.  
<http://www.iussp.org/marrakech2009/callfr.php>

**du 22 au 24 octobre 2009, *Là où les rivières se rejoignent : une fusion d'idées sur le vieillissement***, Conférences: ASEM 2009, Association canadienne de Gérontologie 2009, Winnipeg, Manitoba  
[http://www.cagacg.ca/conferences/400\\_f.php](http://www.cagacg.ca/conferences/400_f.php)

**du 23 au 26 novembre 2009, *Des réseaux et des gens***,  
13<sup>e</sup> Journées annuelles de santé publique, Montréal, Québec  
<http://www.inspq.qc.ca/jasp> ...



# politique de la revue *vie et vieillissement*

## LA REVUE

La revue *Vie et Vieillesse* est un outil de communication pour tous ceux qui s'intéressent aux différents enjeux liés au vieillissement. Plus spécifiquement, la revue s'adresse aux intervenants, aux professionnels, aux chercheurs, aux étudiants, et à toute personne intéressée à la discipline gériatrique dans l'exercice de leur occupation. Elle a pour but de favoriser la promotion de l'information de pointe en gériatrie et d'encourager les échanges scientifiques entre les chercheurs et les praticiens œuvrant dans le domaine.

La revue paraît quatre fois par année (généralement en février, juin, août et novembre de chaque année) lorsqu'il s'agit d'un numéro normal. Néanmoins, selon le thème présenté, il arrive que le numéro soit un numéro double, diminuant par le fait même le nombre de parutions annuelles.

Principalement consacrée à la gériatrie, elle publie dans ce cadre des rapports de recherche, des études cliniques, des revues bibliographiques, des essais théoriques, des témoignages, des comptes-rendus de lecture ou de vidéos et des contributions interdisciplinaires.

Les articles acceptés, n'engagent que la responsabilité de leur(s) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement les politiques de l'Association québécoise de gériatrie ni du comité de rédaction de la revue *Vie et Vieillesse*.

Dans les textes de cette revue, le genre masculin inclut le féminin.

## LES MANUSCRITS

1. Tout texte proposé doit être déposé au moins trois (3) mois avant le premier jour du mois durant lequel le numéro devrait être publié.
2. Les articles soumis doivent être en toute exclusivité à la revue *Vie et Vieillesse* et n'auront fait l'objet d'aucune publication antérieure en français.

3. Les textes doivent être rédigés à double interligne, en français, en Times New Roman, corps 12 et pour un papier de format 8 1/2 x 11" standard. Ils compteront un maximum de 16 pages y compris les tableaux, les figures et les références. Pour les critiques de livres, 3 pages suffiront.
4. Les articles et leur bibliographie doivent respecter les normes habituelles de présentation du Publication Manual de l'American Psychological Association.
5. Les textes soumis seront rédigés dans un style clair, concis et ne contiendront aucun langage sexiste ou discriminatoire.
6. Le matériel devra nous parvenir soit par courriel au [info@aqg-quebec.org](mailto:info@aqg-quebec.org) soit sur CD, compatible avec l'environnement Microsoft en Word à l'adresse de l'AQG. Toute correspondance doit être adressée au comité de rédaction.

La permission de reproduire les textes sera accordée sur demande, à condition que la provenance soit clairement établie.

## L'arbitrage

Chaque article reçu est envoyé à trois membres au moins du comité de rédaction qui en font un premier arbitrage. Par la suite, le comité de rédaction peut le soumettre à un comité de lecture composé de spécialistes pour une deuxième appréciation.

Les articles, essais, nouvelles, informations, etc., recevront toute la considération possible, mais le comité de rédaction se réserve toute décision portant sur le choix des textes à publier. Sa décision est sans appel.

Le comité de rédaction se réserve le droit au besoin, d'apporter certaines corrections mineures au texte; le comité de rédaction communiquera avec l'auteur principal de l'article, advenant le cas où les changements proposés risqueraient de modifier le sens du contenu.