

Université de Montréal

L'expérience de vieillir au quotidien de femmes âgées montréalaises vivant
seules à domicile dans un contexte de précarité économique

par

Michèle McGee

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade Maître ès sciences (M.Sc)
en sciences infirmières

Mai 2010

© Michèle McGee, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

L'expérience de vieillir au quotidien de femmes âgées montréalaises vivant
seules à domicile dans un contexte de précarité économique

Présenté par :
Michèle McGee

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Jacinthe Pepin, présidente-rapporteur
Mme Anne Bourbonnais, membre du jury
Mme Francine Ducharme, directrice de recherche

Résumé

À ce jour, peu d'intérêt a été porté à l'exploration des expériences et réalités spécifiques au sous-groupe et sous-culture des femmes âgées vivant seules dans la pauvreté. Dans ce contexte, le but de cette étude était d'explorer et d'analyser l'expérience de vieillir au quotidien de femmes âgées montréalaises vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique.

La théorie de l'universalité et de la diversité du soin de Madeleine Leininger a été l'assise théorique de cette étude et une approche qualitative avec devis de type mini-ethnographie a été retenue pour répondre au but de l'étude. Sept femmes âgées de 65 ans et plus, vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique, ont été recrutées pour participer à l'étude. Une approche «boule de neige» a été sélectionnée pour effectuer le recrutement des participantes qui s'est réalisé avec l'aide de deux ressources communautaires de Montréal. La collecte de données a été effectuée auprès de ces femmes par l'entremise d'entrevues individuelles semi-dirigées, d'un court questionnaire sociodémographique ainsi que par la tenue d'un journal de terrain. L'analyse qualitative de contenu s'est basée sur les quatre étapes du guide d'analyse des données de Leininger, soit : l'analyse des données brutes, le regroupement de celles-ci en patterns récurrents, l'émergence des sous-thèmes et thèmes ainsi que la formulation des résultats de recherche sous forme d'énoncés théoriques ou de recommandations.

Les résultats de cette étude renseignent sur l'expérience de vieillir au quotidien de ces femmes par rapport à six facteurs culturels de leur structure sociale soit l'environnement, les valeurs culturelles, le mode de vie, les relations humaines, le facteur économique et l'ethnohistoire de même que par rapport à leur expérience de santé/maladie et vieillissement et à leur relation avec le système de soins. Les résultats en lien avec les facteurs culturels permettent de conclure que cette expérience de vieillir s'ancre principalement

dans l'environnement intime du domicile de ces femmes, se concrétise en des sentiments de liberté, d'indépendance et de contrôle, s'enrichit dans le don de soi, se délimite à l'intérieur d'un réseau social appauvri et s'épanouit dans une vision positive de la vie et le refus d'un statut de pauvreté et de dépendance.

Quant aux résultats relatifs aux dimensions de l'expérience humaine et du système de soins, ils révèlent que l'expérience de vieillir de ces femmes s'inscrit dans une volonté de préserver la fonctionnalité de leur corps, de conserver leur autonomie et de se positionner comme l'experte sur leur santé dans leur rapport avec les soins professionnels reçus. Les résultats révèlent aussi des indices de leur autodétermination, de leur résilience, de leur pouvoir d'agir et du sens qu'elles donnent à la vie dans les différents aspects de leur expérience de vieillir. Finalement, les résultats de la présente étude soutiennent des recommandations cliniques promouvant des approches de soins infirmiers culturellement cohérentes et empreintes *d'empowerment* auprès de ces femmes.

Mots-clés : femmes âgées, précarité économique, méthode ethnonursing, expérience de vieillir, facteurs culturels.

Abstract

Little attention has been given to the investigation of experiences and specific realities of the sub-group and sub-culture of aging women living in poverty. In this context, the objective of this research was to explore and analyze the daily experiences of women growing old and living alone at home in poverty.

To reach this objective, the theory of Culture Care Diversity and Universality of Madeleine Leininger was used as the theoretical foundation while a qualitative approach and an ethn nursing method were retained. The sample was collected by a “snowball” strategy in two community groups located on the Montreal territory. A total of seven women aged 65 years and over, living alone at home in poverty were recruited.

Individual semi-directed interviews were conducted with each woman completed by a short socio-demographic questionnaire and field notes. The qualitative content analysis was structured according to the four steps of the data analysis guide proposed by Leininger. These steps are: (1) the raw data analysis, (2) the grouping of these in re-occurring patterns, (3) the emergence of subthemes and themes and (4) the formulation of the study results in the form of theoretical expressions or recommendations.

Results from this research explains the daily aging experience of women according to six cultural factors of their social structure, namely: (1) environment, (2) cultural values, (3) lifestyle, (4) human relations, (5) economic factor and (6) ethnohistory; as well as in relation to their health/illness and aging experience, and their relation with the healthcare system. Results related to the cultural factors underline that the aging experience: (1) is settled mainly in the intimate home environment of these women, (2) provides a sense of liberty, control and independence, (3) is enriched by giving to others, (4) is bounded inside a small and weak social network and (5) blossomed through a positive vision of life and the refusal to

be considered as poor and dependent. Results related to the human experience and healthcare system dimensions, reveal that the aging experience is embedded in a desire to maintain the body functionalities, to stay independent and to act as experts of its own health in relation with professional care received. The daily experience of growing old for these women relies on their autodetermination, their resilience and on the meaning they give to life. These results support clinical recommendations promoting nursing care that is based on an empowerment approach which is culturally coherent with the culture of these women.

Keywords : older women, poverty, ethnonursing method, aging experience, cultural factors.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des acronymes.....	xii
Remerciements.....	xv
CHAPITRE I : La problématique.....	1
But de la recherche.....	6
CHAPITRE II : Le cadre de référence et la recension des écrits.....	7
Cadre de référence.....	8
Recension des écrits.....	11
Le concept du vieillissement.....	12
Le concept de la culture du groupe des femmes âgées vivant seules et dans la précarité économique.....	13
La structure sociale.....	15
Le facteur économique : précarité économique.....	15
Le mode de vie : statut de femme vivant seule à domicile.....	21
L'expérience humaine.....	24
L'expérience du vieillissement.....	24
L'expérience humaine santé/maladie.....	25
Le système de soins.....	28
CHAPITRE III : La méthode.....	31
Le type d'étude.....	32
L'univers de travail.....	33
L'échantillon.....	34

Les critères d'inclusion de l'échantillon	34
Le critère d'exclusion de l'échantillon	35
Le recrutement des informatrices-clé	35
La taille de l'échantillon	36
Les outils de collecte de données	37
L'analyse des données	41
Les critères de scientificité.....	42
Les considérations éthiques	44
CHAPITRE IV : Les résultats	46
La description des participantes	47
Les données sociodémographiques des participantes	47
La description qualitative des participantes	49
Les résultats de l'étude	58
La structure sociale	59
L'environnement.....	59
Les valeurs et croyances culturelles.....	62
Le mode de vie	67
Les relations humaines.....	72
Le facteur économique.....	77
L'expérience humaine.....	83
L'expérience du vieillissement.....	83
L'expérience humaine santé/maladie	86
Le système de soins	89
CHAPITRE V : La discussion	99
Les considérations méthodologiques.....	100
La méthode ethnonursing.....	100
Les limites et forces méthodologiques reliées à l'échantillonnage	101

Les limites et forces méthodologiques reliées à la collecte et analyse des données.....	103
Les critères de scientificité.....	105
Les considérations théoriques	109
Les principaux résultats	110
La structure sociale	111
L'environnement.....	111
Les valeurs et croyances culturelles.....	114
Les relations humaines.....	115
Le mode de vie	119
La précarité économique	120
L'expérience santé/maladie et vieillissement.....	123
Le système de soins	126
Recommandations pour la pratique infirmière.....	129
Recommandations pour la recherche.....	134
Références	137
Appendice A: Modèle Sunrise de Leininger.....	i
Appendice B: Lettre de présentation aux organismes communautaires.....	iii
Appendice C: Questionnaire d'entrevue.....	v
Appendice D: Questionnaire de données sociodémographiques.....	viii
Appendice E: Formulaire de consentement.....	x
Appendice F: Certificat d'éthique.....	ix
Appendice G: Portrait de la répartition des codes et catégories.....	xi

Liste des tableaux

Tableau 1. Données sociodémographiques des participantes	48
Tableau 2. Résumé des résultats	95
Tableau 3. Nombre de nouveaux codes bruts identifiés dans chaque entrevue	xxi
Tableau 4. Regroupement des codes bruts en codes hiérarchiques	xxi
Tableau 5. Regroupement des codes hiérarchiques en catégories.....	xxii

Liste des figures

Figure 1. Modèle Sunrise de Leininger 150

Liste des acronymes

Centre de santé et services sociaux CSSS

Centre local de services communautaires..... CLSC

Habitations à loyer modique HLM

Direction de la santé publique DSP

*À feu Jeanne Madore et feu
Jeannette Morin. Femmes
magnifiques, grands-mères tant
adorées.*

Remerciements

Je désire exprimer ma profonde gratitude ainsi que toute mon admiration à Dre Francine Ducharme, dont l'engagement dans son rôle de directrice de mémoire à mon égard fut exceptionnellement généreux. Ses conseils toujours judicieux, ses commentaires si enrichissants faisant suite à ses lectures tellement détaillées de mes travaux furent la clé de la réussite de ce projet de recherche. À ses côtés, j'ai pu réaliser des apprentissages intellectuels et accomplir un cheminement personnel qui sont, pour moi, des trésors inestimables. Ce fut un grand privilège d'avoir eu l'opportunité de découvrir l'univers de la recherche auprès d'une chercheuse, d'un professeur et d'une femme d'exception comme l'est Mme Ducharme.

Mes remerciements s'adressent aussi aux membres du comité d'approbation scientifique de ce mémoire, soit Mme Jacinthe Pépin et M. Alain Legault, dont les conseils s'avérèrent très précieux dans la poursuite de mes travaux de recherche et l'accomplissement de mon mémoire.

Il m'est aussi très important de remercier les femmes âgées rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche, qui ont accepté de m'ouvrir la porte de leur univers et de me dévoiler, avec tant de générosité et d'ouverture, des pans de leur vie. Chacune de ces rencontres, riche de quelques instants de grâce, est un moment unique gravé dans ma mémoire pour longtemps.

Finalement, je dois remercier les personnes qui font partie de ma vie, de mon histoire et de mon quotidien, sans qui, je n'aurais pas trouvé la force nécessaire à la poursuite de mon projet d'étude.

Merci à mes parents, fidèles supporteurs dans toutes mes initiatives. Votre soutien, votre compréhension, votre confiance en mes capacités, vos encouragements et votre amour furent décisifs dans l'achèvement de ma maîtrise, tout comme votre excellence dans le travail intellectuel, votre soif d'apprendre et l'importance que vous avez accordée à notre éducation inspirèrent, en premier lieu, ma décision d'entreprendre la maîtrise.

Merci à ma grande amie, Arianne Poirier, avec qui j'ai entrepris ce périple en terre montréalaise pour la réalisation de notre maîtrise à l'Université de Montréal. Notre complicité et notre amitié qui se renforcèrent au cours de ces années passées ensemble sur les bancs d'école me furent essentielles et sont si chères à mon cœur.

Merci à Jean-François Bélisle qui, au quotidien, a supporté mes humeurs et angoisses d'étudiante, m'a encouragée à dépasser mes limites, m'a inspirée par sa propre passion pour la recherche, son excellence, son perfectionnisme et par le partage de ses réflexions et connaissances si enrichissantes.

CHAPITRE I

La problématique

Au Québec, les femmes âgées ont actuellement dépassé le cap du demi-million (Girard, 2007) et, selon les prévisions démographiques, tout porte à croire que leur nombre atteindra le sommet historique de 900 000 en 2031 (Guyon, 1996). À l'intérieur du phénomène de la féminisation du vieillissement, d'autres tendances statistiques se dessinent, établissant, entre autres, le constat que les femmes âgées sont nombreuses à vivre seules et pauvres¹. Selon Statistiques Canada (2005), 38,3 % des femmes âgées de plus de 65 ans vivent seules, en comparaison à 16,8% des hommes du même groupe d'âge. Selon le rapport annuel sur la santé des populations (1998), l'une des premières conséquences du fait de vivre seule chez les aînées montréalaises est l'appauvrissement. Appuyant cette affirmation, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (2005) a établi que 32,1% des femmes québécoises de plus de 65 ans vivant seules avaient des revenus s'établissant sous le seuil de faible revenu (SFR) en 2005, en comparaison à 19,6% des hommes vivant seuls.

Toutefois, bien que les femmes âgées soient de plus en plus nombreuses et qu'une proportion importante d'entre elles vivent seules à domicile ainsi que dans une situation de précarité financière, peu d'intérêt a été porté à leur expérience de vieillir qui s'inscrit dans un ensemble de facteurs culturels, socioéconomiques et contextuels particuliers. L'état actuel des connaissances sur les femmes âgées vivant seules à domicile dans la pauvreté est ainsi parcellaire, l'exploration des expériences et réalités spécifiques à ce groupe sociétal et à sa sous-culture n'étant que partiellement amorcée (Côté, 1993; Irwin, 1999; Weitz & Estes, 2001; Wray, 2004). Ce fait apparaît comme une conséquence d'un éveil récent aux spécificités du genre féminin dans les

¹ Le Canada et ses institutions (tel Statistiques Canada) n'ont pas adopté de définition de la pauvreté. Les seuils de faible revenu (SFR) ont été adoptés comme mesure de base dans les statistiques sur la pauvreté. «Le seuil de faible revenu (SFR) est un seuil de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part beaucoup plus importante de son revenu à l'alimentation, au logement et à l'habillement qu'une famille moyenne» (Statistiques Canada, 2005, p.28).

recherches, tant en sciences biomédicales (Cheng, 2006; McCromick & Bunting, 2002), en sciences sociales (Covan, 2004; Wray, 2004), en sciences infirmières (Bernard, 1998; Ratcliff, 2002), qu'en gérontologie (Côté, 1993; Covan, 2004, Katz, 2005), ainsi qu'à un intérêt encore plus jeune et demeurant marginal pour l'étude des femmes dites âgées (Bernard, 1998; Covan, 2004; Katz, 2005; Saillant, 1991; Weitz & Estes, 2001).

À titre d'infirmière en santé communautaire ayant le privilège d'interagir avec des femmes âgées vivant à domicile dans la pauvreté, l'investigatrice entend quotidiennement ces femmes décrire la lourdeur des réalités découlant de leur avancée en âge. Leurs préoccupations sont aussi diverses que sérieuses. Tantôt, leurs soucis portent sur leur difficulté à se procurer les médicaments nécessaires pour gérer leurs problèmes de santé, tantôt ils naissent du poids des tâches qu'elles doivent accomplir faute d'argent pour défrayer les coûts des services d'aide, ou encore découlent de leur sentiment d'échec devant l'impossibilité de se nourrir, de se vêtir et de se loger selon les standards qu'elles visent.

L'état des connaissances portant sur les femmes âgées demeurant fragmentaire, les soins professionnels leur étant dispensés ne peuvent être totalement en harmonie avec leurs besoins, leurs réalités et leur culture. Ce fait se concrétise notamment par les écarts que relèvent de plus en plus de chercheurs entre les significations accordées par les femmes âgées et par les professionnels à des concepts tels la santé (Maddox, 1999) et le «bien-vieillir» (Cheng, 2006; Garner, 1999; Shearer, 2001; Wray, 2004), ainsi que par la distance documentée entre les besoins des femmes et les services professionnels créés pour elles (Gattuso & Bevan, 2000; Tannenbaum, Mayo & Nasmith, 2003). Ces écarts témoignent d'un fossé culturel entre la perspective des femmes âgées (vision émique) et la perspective des professionnels (vision étique) qui les entourent.

La réduction de ce fossé culturel n'est possible que si les particularités de l'expérience de vieillir des femmes âgées, notamment l'expérience des femmes âgées vivant seules à domicile et dans la pauvreté, sont révélées et reconnues. Le constat de la surreprésentation des femmes âgées dans les statistiques qui portent sur le veuvage (DSP, 2008; Williams, Baker, Allman & Roseman, 2006), l'isolement et la pauvreté (Conseil du statut de la femme, 1999; Cheng, 2006, Weitz & Estes, 2001), les maladies chroniques (DSP, 2008), l'invalidité, les taux de dépression et d'anxiété (Cheng, 2006; Conseil du statut de la femme, 1999; Santé Canada, 1999; Weitz & Estes, 2001), ainsi que dans le rôle de proche-aidante principale (Cheng, 2006; Conseil du statut de la femme, 1999; DSP, 2008) permet de saisir la complexité et les particularités de l'expérience de vieillir des femmes âgées.

Les résultats d'études qualitatives qui en décrivent, avec plus de profondeur, les spécificités, abondent dans le même sens. Ces études révèlent notamment que l'expérience de vieillir des femmes âgées s'inscrit particulièrement dans les sphères sociales de la famille, du milieu de vie et de la vie spirituelle (Covan, 2005). Ces thèmes ont également émergé d'autres études ayant exploré l'expérience du vieillissement féminin (Helpard & Meagher-Stewart, 1998; Maddox, 1993; Messias, Jong & McLoughlin, 2005; Shearer, 2007; Wray, 2004), études soulignant que cette expérience est ancrée dans l'univers social et culturel des femmes âgées.

Les études s'étant intéressées plus spécifiquement aux femmes âgées vivant seules ont aussi fait état des spécificités de leur expérience de vieillir. Ces spécificités concernent notamment l'importance de l'indépendance, les difficultés et l'anxiété qui découlent de leur relations avec le monde extérieur ainsi que leurs sentiments de solitude et de vulnérabilité (Cheng, 2006; Shearer, 2007; Shenk, Kuwahara & Zablotsky, 2004). Quant à l'impact de la précarité économique sur l'expérience de vieillir et sur le bien-être des femmes âgées, il est démontré dans plusieurs écrits (Condon, 2004; Ratna & Rifkin,

2007) qui appuient les conclusions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008) reconnaissant la pauvreté comme un déterminant majeur de la santé et de la qualité de vie.

Parmi les rares études qualitatives s'étant intéressées aux femmes âgées vivant dans la pauvreté, se retrouvent celle de Barush (1997) sur le concept de soi des femmes âgées pauvres, l'étude ethnographique de Morris, Kerr, Wood & Haugley (2000) sur les expériences de promotion de la santé de femmes âgées pauvres au Canada et l'étude de Shawler & Longsdon (2008) auprès de femmes âgées pauvres atteintes de maladies chroniques. Ces études concluent toutes à la conscientisation des femmes aux impacts de leur pauvreté sur leur santé. Toutefois, ces études se limitent à l'exploration de concepts spécifiques (santé et *coping*), plutôt que de dresser un portrait de l'expérience globale de leur vieillissement. Seule l'étude qualitative de Brunell (2001) a été recensée comme portant sur l'exploration de l'expérience globale d'être une femme âgée pauvre vivant seule en milieu urbain. Cette étude conclut à l'importance qu'accordent ces femmes aux relations avec les autres et au sentiment d'accomplissement de soi.

Bien que la problématique étudiée par cette étude rejoigne de près celle à laquelle s'intéresse l'investigatrice, la perspective posée sur celle-ci, tout comme celle des études citées précédemment, en est une qui diffère de celle adoptée par l'investigatrice. En effet, ces recherches ont exploré l'expérience de vieillir des femmes âgées et pauvres en y recherchant le phénomène qui en constitue l'essence. Ainsi, aucune de celles-ci n'a cherché à documenter, de façon systématique et concrète, les différents aspects qui permettent de décrire et comprendre les multiples réalités de l'expérience de vieillir de ces femmes âgées. C'est en réponse à ce constat que la présente étude a été élaborée. Appuyée sur un cadre de référence en sciences infirmières, soit la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels de Leininger (1991; 2002), cette étude a voulu documenter l'expérience de vieillir de ces femmes dans les

différentes dimensions qui la composent afin que les infirmières qui les accompagnent dans leur vieillissement soient en mesure d'intervenir auprès d'elles en ayant une connaissance et une compréhension plus vaste, détaillée et concrète de leur expérience de vieillir. La théorie de Leininger (1991; 2002) sur le soin transculturel permet de mettre en évidence les dimensions de la culture des femmes âgées vivant seules à domicile dans la pauvreté qui influencent et constituent leur expérience de vieillir. De plus, selon Leininger (1991), une connaissance plus approfondie des éléments culturels de l'expérience des individus peut favoriser la dispensation de soins infirmiers culturellement cohérents qui favorisent leur bien-être. Finalement, il faut aussi mentionner que, contrairement aux études citées précédemment, la présente recherche s'intéresse à l'expérience de vieillir de ces femmes dans la perspective de la quotidienneté, la pratique infirmière s'inscrivant dans les réalités concrètes et quotidiennes des individus, familles et communautés. Selon Pitaud (2004), la vie quotidienne est d'intérêt pour les chercheurs puisqu'elle intègre l'histoire de vie de la personne tout en étant révélatrice de son identité et des nombreux facteurs sociaux et culturels qui influencent ses expériences.

But de la recherche

Compte tenu des considérations précédentes, le but de l'étude était d'explorer l'expérience de vieillir au quotidien de femmes âgées montréalaises vivant seules à domicile dans une situation de précarité économique.

CHAPITRE II

Le cadre de référence et la recension des écrits

Ce second chapitre présente le cadre de référence et la recension des écrits contribuant à l'état actuel des connaissances sur l'expérience de vieillir au féminin dans un contexte de précarité économique.

Cadre de référence

La théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels de Madeleine Leininger (1985; Leininger & McFarland, 2006) est le cadre conceptuel de cette étude. La réunion des concepts de *caring* et de culture dans la création du concept de «soin culturel» est un des fondements principaux de cette théorie. En effet, dès les années 1950, cette théoricienne investit ses réflexions philosophiques et ses démarches de recherche dans le but de rendre explicite le concept du *caring*, soit ses pratiques et ses expressions, par l'identification des similarités et des différences culturelles que renferment les expériences universelles de *caring*.

Le choix de cette théorie repose sur le fait qu'elle est bâtie sur une prémisse qui rejoint la perspective de ce projet de recherche et qui se résume dans l'énoncé suivant où il est expliqué que le bien-être, la santé et les autres aspects de l'expérience humaine sont «*inscrits dans une structure complexe de facteurs culturels et sociaux reliés aux sphères des relations humaines, des valeurs culturelles, de la religion, de l'environnement, de la vision du monde, de la biologie et de la communication*» (Traduction libre de Leininger et McFarland, 2006, p.49). Leininger et McFarland soutiennent que ces facteurs doivent être expliqués et explorés en profondeur dans la discipline infirmière. Par le fait même, elles en suggèrent certains qui, selon elles, facilitent l'exploration des phénomènes humains et de la structure qui les soutient. Leininger a présenté une modélisation de ces facteurs en lien avec l'expérience humaine dans son modèle Sunrise (voir appendice A). Ce modèle renferme trois dimensions principales, soit la structure sociale qui se divise en facteurs culturels d'influence, l'expérience humaine (santé, maladie, mort, etc.) et le système de soins, dont les soins génériques et professionnels. Ainsi, Leininger illustre l'influence

qu'exercent la structure sociale et le système de soins sur l'expérience de santé/maladie.

La structure sociale

La structure sociale est, selon Leininger et McFarland (2006), un phénomène qui offre une compréhension élargie et profonde de l'influence des facteurs culturels sur les expériences des individus. En effet, selon ces auteures, ces facteurs ont une influence directe et indirecte sur la façon dont les individus vivent leurs expériences de vie, santé et maladie. La structure sociale regroupe les facteurs d'influence suivants : la religion (spiritualité), les relations humaines (liens sociaux), les éléments de politique et de loi, l'éducation, les facteurs économiques, la technologie, la philosophie de vie, les valeurs culturelles et croyances, les modes de vie et, de façon transversale, l'environnement (que Leininger définit comme la totalité des éléments qui donnent un sens à un évènement qui se produit dans un contexte géophysique, écologique et sociopolitique unique).

Tel que le précisent les auteures, les facteurs proposés ne sont que des suggestions (et non des prescriptions) de facteurs ayant été identifiés comme significatifs en égard aux expériences de santé ancrées dans la réalité socioculturelle des individus. Ainsi, dans le cadre de la présente étude, ces facteurs ont fait office de «carte cognitive» suggérant des pistes pour l'exploration de l'expérience de vieillir de ces femmes et ce, autant dans la recension des écrits que dans la collecte et l'analyse des données et dans la présentation et la discussion des résultats de l'étude.

L'expérience humaine

La théorie de l'universalité et de la diversité des soins transculturels de Leininger (1985;1991) met l'emphase sur les expériences de santé/maladie et de bien-être dans l'ensemble de l'expérience humaine. Leininger (1991) définit le

concept de la santé comme un état de bien-être qui est culturellement défini et constitué. La santé est un état d'être requis pour maintenir et développer la capacité des individus et des communautés à accomplir leurs activités et rôles quotidiens tels qu'ils sont culturellement définis dans des habitudes et façons d'être particulières. Dans cette étude, l'expérience du vieillissement est considérée comme faisant partie de la dimension de l'expérience humaine de la théorie du soin transculturel de Leininger (1991).

Le système de soins

Le système de soins, tel que proposé par Leininger (1991), réfère à la coexistence des soins génériques et des soins professionnels. Pour faire la distinction entre ces deux points de vue des soins, la théorie de l'universalité et de la diversité des soins culturels reconnaît que cohabitent les perspectives dites «émique» et «étique» du soin au sein d'une culture (Leininger et McFarland, 2008). Plus explicitement, la perspective émique du soin, soit les soins génériques, renvoie au savoir indigène, traditionnel et local des pratiques de soutien, d'assistance et de facilitation dans le but d'améliorer la santé et le bien-être. La perspective étique, quant à elle, réfère aux soins professionnels et évoque le savoir explicite et formel, intellectuellement appris et transmis, notamment par les professionnels de la santé, au sujet des pratiques de *caring* (Leininger, 1991; Leininger & McFarland, 2006). L'exploration des diverses perspectives émiques et étiques sur le *caring* au sein d'une même culture ou entre des cultures distinctes permet l'identification des similarités et de différences par rapport aux pratiques de soins. Selon Leininger et McFarland (2006), l'expression culturelle du soin, ses significations, ses patterns et ses pratiques sont diverses mais présentent aussi des attributs universels et communs. En tenant compte des caractéristiques culturelles du soin, il devient possible d'assister les individus dans l'atteinte et le maintien de pratiques de soins de santé qui soient thérapeutiques, significatives et culturellement cohérentes avec eux; tel est l'objectif des soins infirmiers transculturels explicité par Leininger (1985; 2006).

Essence même des soins infirmiers selon Leininger (1985; 1991), le *caring* est défini par la théoricienne comme les expériences et les idées ainsi que les actions, les attitudes et les pratiques mises de l'avant pour assister et soutenir la personne manifestant le besoin d'améliorer son état de santé ou sa qualité de vie. La conception du soin selon Leininger (1991) et Leininger & McFarland (2006) outrepassent largement l'aspect pratique ou technique des soins physiques. Le *caring* est d'abord un phénomène abstrait, invisible, incarné dans la façon d'être et construit de plusieurs significations symboliques et culturelles. En ce sens, les auteures donnent les exemples du soin tel que concrétisé dans les notions de respect, de protection et d'accompagnement. La découverte par les infirmières de ces significations du soin propres aux individus appartenant à une culture est essentielle pour leur permettre de prodiguer à ceux-ci, par la suite, des soins infirmiers culturellement cohérents. Leininger (1985; 1991) et Leininger & McFarland (2006) ont identifié trois principes de dispensation des soins infirmiers qui permettent de concrétiser, dans la pratique, la notion des soins culturellement cohérents, soit des activités d'assistance et de facilitation qui visent 1) la conservation ou le maintien des soins culturels qui maintiennent la santé et la qualité de vie des individus 2) l'adaptation ou la négociation des soins culturels et 3) le remodelage ou la restructuration des soins culturels, c'est-à-dire des habitudes de vie des individus, afin d'améliorer leur santé et leur qualité de vie.

La théorie de l'universalité et de la diversité du soin transculturel comme cadre de référence a structuré la présentation de la recension des écrits qui suit.

Recension des écrits

Les écrits répertoriés qui traitent du phénomène du vieillissement de femmes âgées ont été classés selon les dimensions du modèle Sunrise, soit la structure sociale, l'expérience humaine et le système de soins. Toutefois, les concepts du vieillissement et de la culture propre aux femmes âgées vivant seules dans un contexte de précarité économique étant pertinents à cette étude, une

présentation des écrits relatifs à ces concepts précède la recension des études empiriques abordant l'expérience de vieillir de ces femmes.

Le concept du vieillissement

Avant d'entreprendre l'exploration de l'expérience du vieillir de femmes âgées vivant seules dans un contexte de précarité économique, il est à propos de présenter de quelles façons ce concept a été abordé par différentes approches disciplinaires et philosophiques dans le cours de l'histoire.

Dès la Grèce Antique, les humains se sont questionnés au sujet de la vieillesse (Laforest, 1989; Lupin & Wan, 2006). Toutefois, malgré ces millénaires de réflexion au sujet du vieillissement humain, il n'en demeure pas moins que nous nous questionnons encore aujourd'hui sur ce qu'est la vieillesse et sur les caractéristiques qui nous définissent comme étant devenus «vieux » et «vieilles». En effet, l'âge est une dimension qui demeure ambiguë (Cardinal, Langlois, Gagné & Tourigny, 2008; Ward, 1979). D'un point de vue utilitariste, l'âge permet d'encadrer les politiques d'éligibilité à des programmes sociaux ou à des régimes de retraite et de faciliter l'organisation sociale. L'âge chronologique est un indicateur construit sur des normes sociales quant à l'état physique et psychologique et au niveau d'activité attendu chez un individu d'un certain âge (McPherson, 1990; Ward, 1979). Ainsi, l'âge de la vieillesse, considéré d'un point de vue chronologique, est amené à se modifier avec les changements sociétaux et démographiques actuels (Cardinal, Langlois, Gagné & Tourigny, 2008).

Les théories sur le vieillissement sont également appelées à se modifier avec ces mêmes influences sociodémographiques. Une partie du vingtième siècle a surtout été marquée par des théories négatives sur le vieillissement, telle celle du désengagement de Cumming et Henry (1961) qui présentait le processus du vieillissement comme un désengagement mutuel de l'individu envers la société. Lourdemment critiquée dans les années 1970, cette théorie dût laisser place à la

théorie de «l'activité» (Lauzon, 1980). Cette dernière suggérait que la satisfaction personnelle dépend d'une image positive de soi qui se construit sur le maintien d'une participation active dans la société.

La fin du vingtième siècle marque un point tournant dans l'histoire du concept du vieillissement tel que réfléchi en gérontologie et dans d'autres disciplines, telles la psychologie et la sociologie (Lupien & Wan, 2006). L'augmentation rapide de la proportion de personnes âgées au cours du 20^e siècle et le nombre de plus en plus important de personnes dites du « quatrième âge » et même de centenaires est ce qui, selon Lupien & Wan (2006), aurait contribué à amorcer une transformation du regard posé sur le vieillissement. En effet, depuis plus d'un demi-siècle, les théories sur vieillissement ont pris un virage vers des perspectives positives dont les conclusions ont fait naître le concept du « bien-vieillir » (*successful aging*). Depuis, c'est le concept du bien-vieillir qui prend le haut du pavé du discours portant sur le vieillissement (Gangbè & Ducharme, 2006). Les modèles sur le bien-vieillir de Rowe & Khan (1998) et de Baltes & Baltes (1990) ainsi que ceux sur la promotion de la santé des aînés de Bryant, Corbett & Kutner (2001) et Patrick (1997) sont des exemples des nombreuses approches prévalentes en gérontologie (Lupien & Wan, 2004). Mais que signifie le bien vieillir? En fait, Gangbè et Ducharme (2006) précisent que la signification et la représentation du bien-vieillir varient selon la culture. Par exemple, l'individualisme des sociétés occidentales se traduit dans le concept du bien-vieillir par l'importance que l'on accorde à l'indépendance, l'autosuffisance et le maintien de l'autonomie comme indicateurs d'un vieillissement réussi.

Le concept de la culture du groupe des femmes âgées vivant seules et dans la précarité économique

Leininger (1991) a défini la culture comme l'ensemble des valeurs, croyances, modes de vie et normes apprises, partagées et transmises de façon intergénérationnelle au sein d'un groupe spécifique et qui servent, sous forme de *patterns*, de guides à la réflexion, la prise de décision et la mise en action des

individus de ce groupe. Cette proposition amène à un questionnement par rapport à l'existence d'une culture propre aux femmes âgées vivant seules dans un contexte de précarité économique. En effet, peut-on prétendre que les femmes âgées constituent un groupe sociétal et culturel distinct? Hockey et James (1993) suggèrent une piste de réponse dans leur constat à l'effet que les groupes dont l'identité est marginalisée par l'âge, l'ethnicité ou le genre ont le potentiel de générer un pouvoir et une influence qui sont simultanément individuels et collectifs. Reconnaître une culture à un groupe, c'est aussi, par ailleurs, reconnaître que celle-ci est parfois en rupture avec les valeurs et croyances véhiculées dans le système macro-sociétal plus vaste qui l'englobe (Hockey et James, 2003; Wray, 2004).

Cette «rupture» se retrouve dans la relation entre la «culture» des femmes âgées et celle de la matrice sociétale occidentale et elle est de plus en plus documentée (Cheng, 2006; Gattuso & Bevan, 2000; Bernard, 1998). Par exemple, des auteurs en gérontologie sociale relèvent la contradiction entre les valeurs occidentales qui nourrissent les concepts rattachés au construit du bien-vieillir (soit l'indépendance, le maintien de l'activité, le maintien de l'autonomie, etc.) et les valeurs des femmes âgées en regard à ce même objectif du bien-vieillir (Cheng, 2006, Garner, 1999; Shearer, 2007; Wray, 2004). Selon ces mêmes auteurs, le fait que peu est connu au sujet des perceptions et expériences des femmes âgées sur différents pans de leur existence découle, entre autres, de la courte histoire de la recherche portant sur les femmes et plus spécifiquement, sur les femmes âgées (Cheng, 2006, Garner, 1999; Shearer, 2007; Wray, 2004).

Avant de conclure cette section de la recension des écrits, il est pertinent de réfléchir aux éléments culturels de la précarité économique qui caractérisent la culture des femmes âgées auxquelles s'intéresse cette étude. Les termes «culture ou sous-culture de la pauvreté» tels qu'ils apparurent dans les écrits en sociologie et autres sciences humaines et qui furent ensuite disséminés dans le langage populaire, ont connu leur essor dans les travaux de Lewis (1972) dont la thèse,

publiée en 1963, fut source de maints débats. L'idée qu'il proposa de l'existence d'une culture de la pauvreté résista toutefois à ces années de controverse et continua à se développer et s'enrichir (Harvey & Reed, 1996). Contrairement à ce que plusieurs reprochèrent à cette idée d'une culture de la pauvreté, celle-ci ne représente pas une entité pathologique. Au contraire, l'auteur la conceptualise tel un ensemble de mécanismes adaptatifs positifs qui sont construits collectivement, sur la base de l'expérience quotidienne, qui sont influencés par les fondements sociaux dans lesquels des individus vivent la pauvreté et qui leur permettent de survivre dans des conditions matérielles et sociales devenues, sans ces ajustements, impossibles à vivre (Harvey & Reed, 1996).

Cette section de la recension des écrits a présenté des écrits sur la culture des femmes âgées et sur celle de la pauvreté. La prochaine section de ce chapitre est constituée de la recension des écrits répertoriés en lien avec trois dimensions culturelles de l'expérience de vieillir, soit la structure sociale, l'expérience humaine et le système de soins.

La structure sociale

Deux facteurs culturels de la structure sociale sont abordés dans cette section de la recension des écrits puisqu'ils représentent deux caractéristiques de la situation des femmes auxquelles s'intéresse cette étude, soit le facteur économique, qui traduit leur situation de précarité économique, et le facteur mode de vie, qui représente leur statut de femme vivant seule à domicile.

Facteur économique : précarité économique

La caractéristique commune principale des femmes âgées considérées dans la présente étude est le fait de vivre dans un contexte de précarité économique. Les écrits relatifs au facteur *économique* de l'expérience du vieillissement de ces femmes sont donc d'abord présentés. Un bref portrait

descriptif de la situation économique des femmes âgées montréalaises précède la section des études empiriques sur ce sujet.

Portrait de la situation économique des femmes âgées montréalaises.

La concentration de femmes âgées vivant sous le seuil de faible revenu est plus élevée à Montréal qu'elle l'est dans l'ensemble du Québec (DSP, 2008). Comme dans le reste de la province, elles continuent de s'appauvrir en franchissant le cap des 75 ans. En effet, ce sont les femmes âgées de 75 ans et plus et celles vivant seules qui sont les plus touchées par la pauvreté (DSP, 2008). Un indice de la situation de la précarité économique des femmes âgées est leur plus haut taux d'accès à la mesure fiscale fédérale du Supplément de Revenu Garanti (SRG), soit 47,5% chez les femmes âgées pour 35,5 % des hommes du même âge (DSP, 2008).

Selon Condition féminine Canada (2000) et Vartanian & McNamara (2002), la situation financière des femmes âgées dépend principalement de facteurs de leur condition de vie à l'âge adulte. Les auteurs s'avancent sur les causes de la pauvreté des femmes âgées en faisant le lien entre celle-ci et le fait que ces femmes n'ont pu, au mitan de leur vie, se consacrer à temps plein à un travail rémunéré, consacrant la majorité de leur temps au soin de la famille. Ainsi, elles n'ont pu accumuler des droits à la retraite. Le veuvage serait aussi l'une des causes principales de leur pauvreté (Condition féminine du Canada, 2000; Guyon, 1996; Vartanian et McNamara, 2002), une partie importante d'entre elles n'ayant pu avoir droit qu'à des prestations de conjointe survivante réduites ou nulles de la part du gouvernement fédéral dans le cadre du Régime de pensions du Canada, les obligeant à survivre avec des rentes très maigres (Condition féminine du Canada, 2000). Au Canada, alors que seulement 5,4% des femmes âgées faisant partie d'une famille vivaient sous le seuil de faible revenu, 49,1% des femmes âgées vivant seules connaissaient cette situation de précarité financière (Condition féminine du Canada, 2000).

Études quantitatives sur les impacts de la précarité économique sur l'expérience du vieillissement.

Une première étude quantitative, celle d'Arendt (2005), poursuivait l'objectif d'analyser les relations entre les ressources financières et le bien-être des aînés (Arendt, 2005). Pour répondre à son objectif, Arendt (2005) a analysé les données d'une enquête épidémiologique danoise s'étant étendue entre 1988 et 1996 et ayant rejoint 1440 aînés âgés de 72 à 77 ans. Différents indicateurs (contacts sociaux, capacité fonctionnelle, solitude, bien-être psychologique) ont été croisés aux données du registre des revenus de ces individus. Des modèles de régression logistique ont permis d'identifier des relations statistiquement significatives entre des niveaux de revenus plus faibles et une capacité fonctionnelle diminuée, un niveau d'activité physique diminué et un niveau de bien-être psychologique diminué (Arendt, 2005). Dans cette étude, le genre n'avait pas d'influence significative sur la relation entre les plus faibles revenus et le bas niveau de capacité fonctionnelle, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant à la relation entre ces deux variables. Il est aussi intéressant de constater que, dans cette étude, il n'y a pas eu de relation entre un faible revenu et la participation à des activités sociales. Ainsi, les auteurs formulent l'hypothèse que la précarité économique ne prive pas les aînés d'activités sociales mais affecterait leur bien-être psychologique par d'autres facteurs que l'isolement social.

Qu'en est-il au Canada de l'influence de la vulnérabilité économique sur la santé des aînés? L'étude canadienne de Prus et Gee (2003) a utilisé des données en provenance de 3000 répondants canadiens âgés de 65 ans et plus pour répondre à la question de recherche suivante : «Quels sont les impacts des différents niveaux de vulnérabilité économique sur la santé des hommes et des femmes?» Des analyses de régression multiples ont été utilisées pour estimer l'impact et comparer l'influence des facteurs socioéconomiques et psychosociaux sur les variables dépendantes de la santé fonctionnelle (*Health Utility Index*) et de la perception de la santé des hommes et des femmes âgés (*Self-rated Health*) de

l'échantillon. Un des points saillants des résultats de cette étude est le constat que la relation entre la situation financière et la santé est significative pour les femmes âgées seulement (et non chez les hommes), tant au niveau de la santé perçue que réelle ($p < 0,01$). La précarité économique aurait donc un impact différent sur la santé des femmes âgées que sur celle des hommes âgés selon cette étude.

Une troisième étude, celle de Szanton (2007), s'attarde plus spécifiquement aux liens entre la pauvreté, le stress, la vulnérabilité et la mortalité chez la population des femmes âgées. Un des objectifs de cette étude était d'examiner à quel point la perception de pauvreté augmente le risque de mortalité chez les femmes vivant à domicile, selon leur niveau de vulnérabilité physique et selon leur origine ethnique, soit caucasienne ou afro-américaine. L'analyse des données en provenance du *Women's Health and Aging Studies* dénombrant 728 sujets féminins âgés entre 70-79 ans, fut réalisée avec le modèle de hasards proportionnels de Cox (*Cox proportional hazards modeling*). La particularité de cette étude fut de s'intéresser à la variable du niveau de pauvreté perçue (*income inadequacy*) plutôt qu'à celle du revenu objectif. Avec cette variable, la chercheuse a établi le lien qu'à chaque unité gagnée dans l'échelle de mesure du niveau de pauvreté perçue (de 0 à 8), les participantes avaient 70% plus de risque de mourir dans les cinq années suivantes, indépendamment de leur âge, éducation, revenu réel et origine ethnique (Szanton, 2007). L'intérêt particulier de cette étude provient du fait qu'elle démontre l'impact de l'expérience de la pauvreté (pauvreté perçue et non quantifiée) sur la santé des femmes âgées. Il apparaît donc particulièrement pertinent d'explorer les facettes de l'expérience d'être une femme âgée vivant l'expérience du vieillissement dans un contexte de précarité économique où le fardeau de «pauvreté perçue» a plus de risque d'être présent et d'affecter la santé, le bien-être et le bien-vieillir de ces femmes. Ce lien est d'ailleurs exploré de façon plus spécifique dans les études qualitatives.

Études qualitatives sur la précarité économique chez des femmes âgées.

Dans les études qualitatives recensées, quelques-unes se sont intéressées, avec différents angles d'observation, aux liens entre la pauvreté et les sentiments de marginalisation et de vulnérabilité. Ces derniers exerçant des tensions documentées sur le concept de soi et sur la qualité de vie et le bien-être des individus (Condon, 2004; Ratna & Rifkin, 2005), et ce, plus particulièrement chez les aînés (Barush, 1997; Brunell, 2001; Messias, Jong & McLoughlin, 2005).

L'étude qualitative de Brunell (2001) réalisée auprès de quinze femmes âgées de plus de 65 ans avait comme but de comprendre ce qu'est d'être une femme âgée pauvre vivant seule dans une ville des États-Unis et cela, en explorant leurs expériences, leurs activités, leurs croyances et leurs comportements. De l'analyse des entrevues ethnographiques a émané le thème majeur central résumant l'expérience des informatrices-clé, soit : «S'occuper des autres me donne quelque chose à faire» (trad. libre de «*Doing it for others : gives me something to do*» Brunell, 2001, p. 115) Selon l'auteure, ce thème central témoigne la dualité entre le don («*doing it for others*») et le fait de recevoir («*gives me something to do*») dans l'expérience de vieillir de ces femmes. L'étude conclut que, dans ce thème, apparaît l'importance de la notion du rapport aux autres comme façon de s'adapter aux difficultés du quotidien et comme façon d'exister et de s'accomplir.

Ce constat rejoint ceux de Messias, Jong et McLoughlin (2005) qui ont exploré l'expérience des femmes âgées pauvres impliquées dans des activités de bénévolat. Cette étude fut réalisée aux États-Unis avec des entrevues en profondeur auprès de huit femmes vivant de l'assistance fédérale et s'impliquant étroitement dans des activités de bénévolat. Les participantes ont décrit leur expérience comme leur permettant de : a) être en relation; b) développer de nouvelles relations; c) développer des connaissances et habiletés; d) augmenter leur confiance en soi; e) se tourner vers les autres pour aider et f) solidifier les

liens dans la communauté. Bien que renforçant l'idée de l'importance particulière des relations avec les autres pour le bien-être des femmes âgées pauvres, cette étude, incluant dans son échantillon des femmes âgées de 21 à 77 ans, ne présente pas des résultats spécifiques à la culture des femmes âgées pauvres mais plutôt à celle des femmes pauvres en général.

La différence entre l'expérience des femmes pauvres en général et celle des femmes âgées pauvres provient, entre autres, de l'ajout des stigmates de la pauvreté à ceux du vieillissement, ajout qui accroît le risque de fragiliser l'identité de ces femmes. En ce sens, Barush (1997) a réalisé une étude sur le concept de soi de femmes âgées vivant dans un contexte de précarité économique. L'analyse ethnographique des données recueillies auprès de 62 femmes âgées a permis à l'auteure de conclure que ces femmes résistent à la stigmatisation des étiquettes de «vieilles» et «pauvres», et ce, en utilisant des «stratégies d'évitement des stigmates» (Barush, 1997). Par exemple, 44% des femmes ont parlé de leur âge avancé en soulignant les chances qu'elles ont en comparaison aux autres femmes de leur âge (exemple : le fait d'avoir encore des amis, d'avoir des petits enfants, d'avoir une bonne santé...). De la même façon, elles gèrent le stigmate de la pauvreté en s'auto-excluant de ce groupe marginal. Finalement, lorsqu'elles furent appelées à se définir, les participantes se sont reconnues comme «chanceuses (*fortunate*)» et «bénies (*blessed*)» (Barush, 1997). Les principales sources de ces sentiments sont, chez ces femmes, leurs attributs personnels, leurs capacités et leurs habilités (21% des énoncés), leurs biens et possessions (21%) et, en troisième lieu, leurs amis, leur famille et leur réseau de soutien (15%) (Barush, 1997).

Cette étude abonde dans le sens des conclusions de certaines études présentées précédemment, convergeant vers le constat que des aspects de la vie des femmes âgées, soit les relations avec les autres, les capacités fonctionnelles et l'indépendance, la vie spirituelle et la santé psychologique, sont au cœur de

l'expérience du vieillissement pour des femmes âgées, notamment des femmes âgées vivant seules dans un contexte de précarité économique.

Mode de vie : statut de femme vivant seule à domicile

Les femmes âgées auxquelles s'intéresse cette étude, en plus de vivre dans un contexte de pauvreté, vivent aussi seules dans leur domicile. Ce mode de vie n'est pas sans exercer une influence sur les expériences vécues par ces femmes. Dans cette perspective, cette section de ce chapitre aborde les écrits s'étant intéressés aux impacts du statut de personne vivant seule chez des femmes âgées.

Portrait de la situation des femmes âgées montréalaises vivant seules.

Les femmes âgées de 65 ans sont plus nombreuses à Montréal que dans le reste du Québec à vivre seules à domicile, ainsi que deux fois plus nombreuses que les hommes seuls du même âge (Direction de la santé publique de Montréal, 2008). Plus elles sont âgées, plus les femmes sont susceptibles de vivre seules; 60% des femmes vivant seules sont âgées de plus de 75 ans (Direction de la santé publique de Montréal, 2008). Ce premier constat ébranle les fausses croyances selon lesquelles les personnes âgées, dont les femmes âgées, résideraient surtout en centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Des réalités subjectives qui découlent du mode de vie des femmes âgées vivant seules ont été relevées dans des études qualitatives. Celles-ci enrichissent nos connaissances sur l'expérience du vieillissement.

Études qualitatives sur divers aspects du mode de vie des femmes âgées vivant seules.

Quelle influence le fait de vivre seule exerce-t-elle sur l'expérience du vieillissement? Telle est le questionnement à la base de l'étude phénoménologique de Shearer (2007) portant sur l'expérience du contrôle de sa santé par des femmes âgées vivant seules et confinées à leur domicile. L'intérêt

pour la chercheuse d'examiner plus particulièrement le vécu de quatorze représentantes de ce groupe de femmes âgées provient du risque documenté (Gueldner & Briton, 2005) qu'elles ont d'être en situation de vulnérabilité importante compte tenu de leur incapacité à quitter, pour les besoins quotidiens ou des urgences, leur domicile suite à des raisons de maladie, perte d'autonomie ou isolement social majeur (Shearer, 2007). Cette étude contribue à souligner l'interaction entre les ressources sociales (environnement) et les ressources personnelles des femmes, interaction qui influence leurs expériences et perceptions au sujet de leur santé. Des propos de ses sujets, Shearer (2007) a dégagé quatre thèmes qui illustrent le processus transformationnel inscrit dans une dynamique dialectique humain-environnement qui caractérise la façon dont ces femmes âgées réagissent aux expériences de santé. Ces thèmes sont : 1) reconnaître son potentiel, 2) transcender ses propres limites, 3) s'engager dans sa propre existence et 4) envisager le futur.

Cheng (2006) a réalisé une recension critique des écrits publiés en anglais entre 1995 et 2005 dont le sujet d'intérêt s'articulait autour de l'expérience de vivre seule chez des femmes âgées. Des cinq études recensées par Cheng (2006), dont quatre qualitatives avec des échantillons variant entre 9 et 15 sujets, l'auteure a identifié des thèmes récurrents dans l'expérience de vivre seule pour les femmes âgées. La crédibilité théorique de ces thèmes repose sur le fait d'avoir émergé d'études réalisées dans des contextes géographiques et socioéconomiques variés et représentant une diversité externe intéressante au niveau de l'échantillonnage (Cheng, 2006). Ces thèmes sont : a) les connexions avec le monde extérieur; b) l'indépendance et l'autodétermination; c) la solitude et d) la vulnérabilité. En résumé, certaines contradictions colorent l'expérience des femmes âgées vivant seules. Par exemple, bien que les femmes aient exprimé accorder beaucoup d'importance au maintien de leurs liens sociaux avec leur famille, ami(es) et voisins pour composer avec les difficultés du quotidien et améliorer leur qualité de vie, elles se disent fières et heureuses de se percevoir comme indépendantes et en contrôle de leur vie dans leur statut de femmes vivant

seules. Ces contrastes amènent à considérer le caractère pluridimensionnel du vieillissement au féminin.

Dans le mode de vie des femmes vivant seules à domicile, le lieu qu'elles habitent revêt une signification particulière. Ces femmes, qui investissent seule, jour après jour, les lieux de leur demeure, expérimentent possiblement de façon différente leur relation avec celle-ci tout comme elles y attribuent des significations émotives particulières (Rowles, 1993). Pour vérifier ceci d'un point de vue anthropologique, l'étude américaine de Shenk, Kuwahara et Zablotsky (2004) portant sur l'attachement des femmes âgées à leur maison et à leurs biens comme source de développement de leur identité, fut réalisée par des entrevues en profondeur auprès de quatre femmes âgées veuves, vivant seules à domicile. L'approche biographique avec laquelle ces chercheurs ont construit leur entrevue permet de mettre en lumière l'histoire de vie de ces femmes. Selon Shenk et al. (2004), dans le thème central «attachement et représentation de la maison» qu'ils ont découvert à partir de l'analyse de leurs données, la maison représente pour ces femmes les sentiments d'amour et de don de soi qui y ont été investis pour le soin de leur famille. Ces femmes partagèrent aussi le fait de décrire leur maison comme «confortable», un concept qui combine le confort physique et émotionnel provenant de la familiarité du lieu et de la charge symbolique des objets qu'il renferme.

Les écrits répertoriés relèvent l'omniprésence des thèmes des relations avec les autres et de l'implication de soi dans le discours de ces femmes. Ainsi, il est possible de reconnaître que ces femmes âgées qui vivent seules cultivent aussi le besoin d'être en contact avec le monde qui les entoure et accordent, en ce sens, des significations particulières à des concepts tels la maison, la famille et la santé. Ces concepts sont, par ailleurs, intimement reliés aux expériences qu'elles vivent. La prochaine section de ce chapitre présente les écrits relatifs à la dimension de l'expérience humaine.

L'expérience humaine

L'expérience humaine est abordée ici sous deux angles différents permettant de documenter l'expérience de vieillir pour les femmes âgées auxquelles s'intéresse cette étude, soit l'angle de l'expérience du vieillissement et celui de la santé/maladie.

L'expérience du vieillissement

Les études qui documentent la signification de l'expérience de vieillir pour des femmes âgées sont celles choisies pour documenter l'expérience humaine du vieillissement. La première étude abordée est celle de Covan (2004) (n= 369) auprès de femmes âgées entre 60 et 90 ans vivant en Caroline du Nord. Le but de cette étude était d'explorer la signification que donnent ces femmes au processus du vieillissement et de comparer les attributs personnels, les effets de temps, les effets de cohorte et les influences de la structure sociale entre les femmes âgées des différentes décades afin d'illustrer leurs impacts et leur contribution sur la signification accordée au vieillissement. Les résultats de l'analyse des discours narratifs recueillis chez ces femmes ont conduit à cinq thèmes qui identifient les aspects de leur vie les plus significatifs pour elles, soit: 1) la famille; 2) le domicile; 3) le corps et ses changements; 4) la transformation des relations avec les autres et 5) la vie spirituelle.

Dans ses travaux, Covan (2004) a identifié deux autres processus dans lesquelles les femmes témoignent s'engager pour trouver du sens à leur expérience du vieillissement. Ces processus sont ceux de la réminiscence et de la «préminiscence». Selon cette auteure, les allers-retours entre réminiscence et préminiscence sont un processus cyclique de mouvements entre le passé et le futur qui contribue au sentiment de cohérence des femmes âgées. Si cette étude est intéressante de par l'importance du nombre de sujets dans son échantillon et la cohésion des propos recueillis vers des thèmes communs, notons toutefois que, tel qu'énoncé par l'auteure elle-même, l'échantillon comprend des femmes issues

d'un milieu socioculturel plutôt uniforme. De plus, l'auteure note elle-même les effets de cohorte et autres effets contextuels sur la signification du vieillissement des femmes âgées et met en évidence l'impact de l'environnement socio-temporel sur les expériences du vieillissement.

C'est en ce sens qu'abonde l'étude qualitative de Wray (2004) portant sur les significations de l'expérience du vieillissement de femmes appartenant à des groupes culturels et ethniques divers. Cette étude a permis de mettre en relief les similarités, entre des groupes de femmes âgées différents, au niveau de la signification de certains concepts enchâssés dans celui du vieillissement, comme «l'influence», «l'indépendance» et «l'autonomie». Par exemple, un consensus s'est dégagé des propos des femmes interviewées autour de l'idée que les concepts de «contrôle» et «influence» sur sa vie sont expérimentés comme étant un désir de continuer à s'impliquer dans son milieu et de s'engager dans son environnement social. Wray (2004) émet l'hypothèse qu'ayant eu à résister toute leur vie à des embûches, stigmates et propos racistes imposés par leur appartenance ethnique, en plus de ceux liés à leur genre, ces femmes ont appris à créer des liens sociaux pour se protéger et assurer leur survie. De même, leur perception d'un vieillissement vécu positivement demeure imprégnée de cette notion de collectivité.

L'expérience humaine santé/maladie

Un portrait de la santé des femmes âgées au Canada est d'abord présenté suivi des écrits abordant l'expérience de la santé/maladie des femmes âgées vivant seules dans la précarité économique.

Portrait de la santé des femmes âgées au Canada.

Posons d'abord un regard sur la santé des femmes âgées montréalaises. Les maladies chroniques, plus particulièrement l'arthrite et les problèmes oculaires chroniques, affectent 93 % des femmes âgées montréalaises, alors que leurs homologues masculins en sont atteints dans une proportion presque aussi

importante, soit 87,9 % (DSP, 2008). Selon l'analyse de la Direction de la santé publique de Montréal, les femmes vivant seules, vivant sous le seuil de faible revenu, ainsi qu'ayant un mode de vie inactif, sont les plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques.

Plus largement, quel est le portrait de la santé des femmes âgées au Québec et au Canada? Plus sujettes à la démence de type Alzheimer, à l'ostéoporose, aux maladies chroniques (Giddings, Roy & Predeger, 2007), aux chutes et aux problèmes de vision, elles cumulent aussi plus de séjours hospitaliers que les hommes âgés (DSP, 2008). La maladie coronarienne et le cancer (du poumon (1^e), du sein (2^e)) sont au sommet des causes de mortalité des femmes âgées québécoises (Conseil du statut de la femme, 1999). Les chutes, en plus d'être une menace à leur intégrité physique, sont aussi une cause de mortalité des femmes âgées (12-20% de décès dus à des chutes) et sont à la source du comportement d'isolement de plusieurs d'entre elles. Le stress, plus particulièrement chez les proches-aidantes et les endeuillées, est aussi un facteur fragilisant de leur santé physique et psychologique (Conseil du statut de la femme, 1999).

La santé psychologique est une autre facette importante de la santé des aînés, considérant notamment que 20% d'entre eux présente un indice de détresse psychologique élevé (DSP, 2008). Une fois de plus, les femmes, et plus particulièrement celles présentant des revenus inférieurs et un bas niveau de scolarité, sont les plus affectées (DSP, 2008). Certains rôles sociaux particuliers aux femmes âgées, dont le principal est celui de proche-aidante, ont enfin un impact sur la santé psychologique de celles-ci. Suivent maintenant les études qualitatives qui discutent des aspects subjectifs des expériences de santé et de la signification de la santé pour les femmes âgées.

Études qualitatives sur les aspects subjectifs de la santé dans l'expérience du vieillissement des femmes âgées.

Maddox (1999) a mené une étude qualitative sur la signification qu'accordent des femmes âgées de 55 ans et plus à la santé et à leurs comportements de santé. Ces femmes (n=25) étaient en provenance de trois milieux différents. Le premier groupe était composé de femmes âgées entre 72 et 104 ans, vivant au sein d'une congrégation religieuse. Le second groupe rassemblait des femmes vivant dans la communauté n'ayant pas poursuivi d'études et certaines ayant occupé des emplois modestes. Finalement, le troisième groupe était composé de femmes demeurant en résidence pour retraités.

Malgré la diversité entre les sujets quant à leur histoire de vie et aux contextes socioéconomiques et culturels dans lesquels elles ont évolué, l'analyse thématique de contenu de la première entrevue a permis l'émergence de thèmes similaires et récurrents dans le discours de ces femmes. Ces thèmes rattachés à leur expérience et signification de la santé sont : a) les interactions avec un être spirituel; b) l'acceptation de soi; c) l'humour; d) la flexibilité et e) l'engagement envers les autres. Certaines différences significatives et intéressantes à considérer sont aussi apparues entre les façons de percevoir la santé des femmes des trois groupes. Par exemple, dans le groupe de religieuses, la priorité accordée à la santé de la vie spirituelle plutôt que physique ou émotionnelle donna le ton à leur discours, alors que dans les second et troisième groupes, la liberté et la capacité de «faire ce qu'elles veulent» furent exprimées comme définitions principales du sentiment «d'être en santé» (Maddox, 1999).

Ce passage sur les expériences de santé et les significations qu'accordent les femmes âgées à leur santé renvoie nécessairement à l'aspect physique du corps des femmes âgées. En fait, la relation avec l'image corporelle contribue à définir l'identité et, ultimement, teinte le vécu, la façon d'être et les expériences des individus (Hurd, 2000) et ceci de façon plus particulière chez les femmes âgées, parce que c'est par l'enveloppe de leur corps qu'elles acquièrent l'étiquette

sociale de «personnes âgées» (Côté, 1993). Leur corps, à la fois féminin et vieillissant, est source de nombre de constructions sociales et stéréotypes (Bernard, 1998; Charpentier, 1995).

Ainsi, l'étude de Paulson et Willig (2008) sur le rapport au corps des femmes âgées relève la présence de constructions sociales quant au corps féminin vieillissant dans le discours de femmes âgées, et ce, après une analyse narrative de leurs verbatim. Les questions d'entrevue visaient à découvrir la nature des interactions quotidiennes (traduction libre de «everyday talk») et routinières des femmes âgées avec leur corps et leur apparence. Le discours des femmes sur leur corps est apparu aux chercheurs comme étant dualiste, c'est-à-dire procédant à une séparation nette entre les concepts de l'esprit actif et de celui corps vieillissant et de ses organes. Cette dualité s'exprime dans la rationalisation et le contrôle par l'esprit des changements du corps que l'on doit conserver actif (Paulson & Willig, 2008).

L'expérience de ces femmes avec la santé et la maladie est de près influencée par les soins qu'elles se prodiguent elles-mêmes dans le but de préserver leur santé et leur bien-être ou ceux qu'elles reçoivent de la part de professionnels de la santé. La dernière section de ce chapitre présente les écrits portant sur le système de soins.

Le système de soins

Le système de soins regroupe les soins génériques et professionnels. Les écrits qui abordent les pratiques de soins génériques des femmes âgées le font principalement par le biais de l'exploration de leur expérience de la santé ou de vieillir. Il en est notamment le cas dans la thèse doctorale de Bellin (2000) qui, avec une approche phénoménologique herméneutique, s'est intéressée à l'expérience de vieillir de onze femme âgées vivant seules en milieu rural. Celles-ci ont dit se considérer en bonne santé et adopter différents moyens pour conserver leur santé, soit demeurer active physiquement et intellectuellement,

bien manger et dormir suffisamment. En plus d'abonder dans le même sens, les participantes de l'étude de Brunell (2001) discutée préalablement, ont ajouté à ces comportements de santé celui de la réalisation des activités quotidiennes (l'hygiène, l'alimentation, l'entretien de la maison). Les femmes ayant participé à l'étude de Bellin (2000) ont dit reconnaître l'importance de prendre en main les conditions chroniques dont elles sont atteintes. Elles se préoccupent surtout de leur condition d'hypertension artérielle et, pour ce, tiennent à visiter leur médecin de famille une fois par année pour recevoir les renouvellements de leur médication antihypertensive. Les participantes de l'étude ont reconnu l'utilité des services médicaux et de santé dans une perspective curative mais ne l'ont pas reconnu dans une approche de prévention de la maladie, domaine qu'elles s'approprient. En effet, la prévention de la maladie est reconnue par ces femmes comme l'ensemble de leurs saines habitudes de vie et n'implique pas l'intervention d'acteurs externes tels les professionnels de la santé.

Ces résultats soulèvent certains questionnements par rapport à la relation des femmes âgées avec les soins professionnels qui leur sont prodigués. En ce sens, Tannenbaum, Nasmith et Mayo (2003) ont réalisé une étude dont le but était d'obtenir la perception des femmes âgées quant aux soins de santé qu'elles reçoivent et ceux qui leur sont offerts et, surtout, de connaître leurs besoins non-comblés par les soins reçus. Cette étude a été réalisée à Montréal auprès de 36 femmes âgées de plus de 65 ans rencontrées dans des groupes de discussion. L'analyse de contenu des entrevues a permis de conclure que les participantes sont plutôt satisfaites de la prise en charge de leur santé physique mais déplorent le manque de considération et d'intérêt porté à leur santé psychologique.

Il est intéressant de constater qu'une partie des résultats de cette étude, soit l'importance accordée par les femmes âgées montréalaises aux aspects psychologiques et relationnels de la santé, rejoint les thèmes de la signification de la santé telle que perçue par les femmes âgées américaines de l'étude de Maddox (1999). Toutefois, ces résultats laissent transparaître un fossé culturel au sujet de

la signification de la santé entre les femmes et les professionnels qui leur prodiguent les soins. Ce constat appuie l'importance d'explorer l'expérience de vieillir des femmes âgées afin d'en élucider les composantes culturelles qui la rendent unique.

Tout au cours de la recension des écrits, des particularités propres à l'expérience de vieillir au féminin furent relevées. Toutefois, aucune étude discutée n'a exploré de façon systématique et complète les différents aspects de l'expérience de vieillir propre au groupe culturel des femmes âgées vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique. Au contraire, les études citées ont plutôt choisi de concentrer leur recherche sur un seul aspect de cette expérience et ne permettent pas d'en dresser un portrait complet. En réponse à ce constat, le prochain chapitre présente la méthode retenue pour la réalisation de la présente étude qui en est une favorisant une vaste exploration de l'expérience de vieillir au quotidien de ces femmes en tenant compte de facteurs culturels de la structure sociale, de leur expérience de santé/maladie et vieillissement ainsi que de leur relation avec le système de soins.

CHAPITRE III

La méthode

Ce troisième chapitre présente la méthode qui a été retenue pour réaliser cette étude. L'approche qualitative ethnographique, l'univers de travail, les modalités de l'échantillonnage ainsi que les processus de la collecte et l'analyse des données y sont présentés. Par la suite, les considérations relatives aux critères de scientificité et aux aspects éthiques impliqués dans cette étude concluent le chapitre.

Le type d'étude

Cette étude a été portée par les fondements philosophiques de l'approche qualitative de la recherche. Pour Flick, Kardoff et Steinke (2004), la recherche qualitative est une démarche qui donne un accès privilégié au monde vécu (*life-world*) tel que perçu par les individus et elle contribue à une compréhension approfondie des réalités sociales ainsi que des processus, *patterns*, significations et éléments structurels qui leur donnent corps. Pour ce faire, la recherche qualitative est, inéluctablement, un processus de découverte qui émerge d'une interaction entre le chercheur et les participants (Roper & Shapira, 2000).

La méthode de recherche de cette étude, soit la méthode ethnonursing, est fortement inspirée de l'ethnographie (Leininger, 1985), un courant épistémologique de l'approche qualitative. Roper et Shapira (2000) dépeignent l'ethnographie comme une démarche qui, à partir de la rencontre avec des individus et l'observation de ceux-ci dans leur milieu naturel, cherche à décrire les *patterns* de leurs comportements communs en tant que membres d'une culture spécifique. Morse (1991) ajoute que l'ethnographie cherche à découvrir le savoir que les individus utilisent pour interpréter leurs expériences et moduler leurs comportements à l'intérieur du contexte de leur environnement culturel. Pour comprendre en totalité et en profondeur la culture qu'il scrute, le chercheur en ethnographie s'engage dans une démarche exploratoire dont la latitude permet de capturer l'éventail le plus large possible des modes de vie, du savoir et des croyances indigènes ainsi que des valeurs propres au groupe de la culture à l'étude. Ensuite, l'information recueillie sur ces aspects est mise en contexte dans

une perspective plus large, en considérant les influences historiques qui les enracent dans une culture unique constituée de significations («*meanings*») qui lui sont spécifiques (Roper et Shapira, 2000).

De l'ethnographie, Leininger (1985) a saisi l'essence et a élaboré, sur ces assises conceptuelles et philosophiques, la méthode de recherche ethnonursing qui est le type de devis retenu pour cette étude. L'ethnonursing est une méthode de recherche élaborée pour aider les infirmières à documenter et à développer une meilleure compréhension des expériences de vie des individus reliées à leur santé, leur bien-être et aux soins de caring et ce, dans des contextes culturels différents ou similaires (Leininger, 1985).

Plus précisément et selon la terminologie de Leininger (1985; Leininger & McFarland, 2006), cette étude est une mini-ethnographie. Le préfixe «mini» désigne une démarche ethnographique plus focalisée, centrée sur un phénomène spécifique et un groupe restreint d'individus. En comparaison avec les études ethnographiques traditionnelles (ou macro-ethnographies), l'étude de type mini-ethnographie vise à répondre à des objectifs précis et spécifiques qui sont formulés avant d'entrer sur le terrain et dont on espère que les connaissances qui en découleront auront un potentiel d'applicabilité pratique pour les professionnels de la santé oeuvrant auprès de la clientèle. Puisque la démarche d'investigation est ainsi plus centrée, elle peut se réaliser en un laps de temps plus limité (Roper et Shapira, 2000). Outre le domaine d'intérêt de cette étude qui a rendu pertinent le choix d'un devis de mini-ethnographie, cette approche de l'ethnonursing était aussi justifiée par les limites de temps et de moyens qui étaient imposées par le contexte de la réalisation d'un mémoire de maîtrise.

L'univers de travail

L'univers de travail est un concept de la recherche qualitative qui renvoie à la notion du milieu de l'étude ou de la population à l'étude (Pires, 1997). L'univers de travail de cette étude a été concentré sur un territoire d'un Centre de

santé et de services sociaux (CSSS) de l'île de Montréal. Ce territoire a été choisi comme univers de travail car la population qui y vit a des caractéristiques démographiques spécifiques pertinentes avec celles recherchées chez nos informatrices-clé. En effet, selon l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2004), la population de ce CSSS représente environ 7,5% de la population totale de l'île de Montréal et elle est moins favorisée que l'ensemble de la population de la métropole. On y trouve des taux de chômage et des proportions de prestataires de l'assistance-sociale plus élevés que la moyenne montréalaise. Ainsi, 36,1% de la population du territoire desservi par ce CSSS vit sous le seuil de la pauvreté en comparaison à 29% de la population de l'île de Montréal (ARDSSSS, 2004). Les personnes âgées de plus de 65 ans y seront également de plus en plus présentes et constitueront une proportion plus importante de cette population, et ce, compte tenu du taux de croissance démographique de celle-ci.

L'échantillon

Dans le cadre de cette étude, tel que suggéré par Leininger et McFarland (2006), un échantillon d'informatrices-clé a été sélectionné. Selon ces auteures, les informatrices-clé sont les personnes qui sont reconnues par le milieu et identifiées par le chercheur comme étant celles qui possèdent le plus de «savoir» et le «savoir» le plus pertinent, le plus riche et le plus profond sur le phénomène qui est du domaine d'intérêt de l'étude. Ainsi, les informatrices-clés qui ont été choisies pour participer à la collecte de données étaient des femmes âgées, vivant dans un contexte de précarité économique et demeurant seules à domicile sur le territoire montréalais.

Critères d'inclusion de l'échantillon

Des critères ont été établis pour déterminer l'inclusion des informatrices-clé dans le groupe des femmes dites «âgées» ou vivant dans la «précarité économique». D'abord, il a été établi que les femmes choisies comme

informatrices-clé devaient être âgées de 65 ans et plus. Cet âge, bien qu'il soit un «*marqueur imprécis des changements associés au vieillissement*» (Cardinal, Langlois, Gagné & Tourigny, 2008, p.32), représente encore le début du troisième âge d'un point de vue administratif. Quant au niveau de pauvreté économique, le fait d'avoir un revenu suffisamment faible pour être éligible aux activités de l'organisme communautaire où a été effectué le recrutement, soit un organisme voué aux personnes âgées à faibles revenus, a été notre critère d'inclusion. Dans les faits, cette éligibilité est reconnue essentiellement par l'accès au Supplément de revenu garanti (SRG) aux aînés vivant sous le seuil de faible revenu. Toutefois, précisons que nous étions intéressées à rencontrer des femmes qui sentent une appartenance subjective à ces sous-groupes et non à faire des constats corrélationnels ou comparatifs entre une variable dépendante et des catégories précises d'âge et de revenus. De plus, afin de capturer l'essence du discours des femmes rencontrées en entrevue, seules les femmes s'exprimant couramment en français et manifestant le désir de s'exprimer verbalement sur le sujet ont été retenues.

Critère d'exclusion de l'échantillon

Le seul critère d'exclusion était le fait d'être une femme âgée auprès de qui l'investigatrice intervenait personnellement ou entretenait une relation thérapeutique régulière ou occasionnelle dans le cadre de son travail d'infirmière en santé communautaire, et ce, afin d'éviter certains biais lors de la collecte et l'analyse des données.

Le recrutement des informatrices-clé

Les informatrices-clés (Leininger, 1985) ont été recrutées par méthode «boule de neige» (Polit et Beck, 2008) via deux organismes communautaires présents sur le territoire d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et présentant une offre de services destinés aux personnes âgées avec de faibles revenus.

Afin de rejoindre des femmes susceptibles de vouloir participer à cette étude, le projet a d'abord été présenté aux responsables des deux organismes communautaires ciblés afin de solliciter leur collaboration (voir lettre de présentation du projet adressée aux responsables de ces organismes en appendice B). Après avoir obtenu l'accord de ces derniers, l'investigatrice a fait des visites dans les organismes à l'occasion d'activités regroupant des femmes âgées susceptibles de correspondre aux critères d'inclusion, soit lors d'un dîner et d'un déjeuner communautaire. L'objectif de ces visites était de présenter le projet aux femmes âgées qui étaient sur les lieux et de susciter leur participation. Après la présentation, la personne responsable de l'organisme prenait note des noms et numéros de téléphone des femmes manifestant leur intérêt à participer à l'étude et leur accord pour être rejointes par téléphone par l'investigatrice. Ainsi, par la suite, un premier contact téléphonique avec les femmes ayant manifesté leur intérêt était fait pour leur présenter à nouveau les objectifs de l'étude, son déroulement et le rôle qu'elles avaient à y jouer, incluant les bénéfices et désagréments qui pouvaient en découler. Si elles confirmaient leur intérêt à participer à l'étude, ce qui a été le cas pour sept des huit femmes rejointes au téléphone, l'investigatrice sollicitait et planifiait une rencontre avec elles pour la signature du consentement de participation à l'étude et la collecte des données par une entrevue en profondeur, semi-structurée. Il leur était proposé que l'entrevue, d'une durée d'environ 60 à 90 minutes, se déroule chez-elles. À ce sujet, il leur était expliqué que la rencontre à leur domicile pourrait permettre de mieux les connaître et les comprendre et de découvrir leur milieu de vie. Toutes les femmes ont accepté, sans hésitation, de recevoir l'investigatrice dans leur demeure.

La taille de l'échantillon

La saturation empirique devait être le critère déterminant le nombre d'informatrices-clé nécessaire à l'étude. L'ajout de nouvelles informatrices-clé dans l'étude devait s'arrêter lorsque la saturation empirique était atteinte. Selon

Pires (1997), cette saturation se produit lorsque l'ajout de nouvelles données ne nous apprend plus rien sur le phénomène ou le groupe à l'étude. Selon Leininger et McFarland (2006), dans le cadre d'une mini-ethnographie, le nombre d'informatrices-clé nécessaire à cette saturation des données est d'environ 5 à 8. Ce sont finalement sept informatrices-clé qui constituèrent l'échantillon de cette étude. Un seul nouveau code et aucune nouvelle catégorie ni pattern ne furent identifiés après l'analyse des données de l'entrevue avec la septième informatrice-clé, ce qui permet de conclure en une saturation suffisante des données dans le contexte de cette étude de maîtrise.

Les outils de collecte de données

Certaines étapes proposées par l'outil d'investigation «Observation-Participation-Réflexion (OPR)», conceptualisé par Leininger dans les années 1960 (Leininger, 1985; Leininger & McFarland, 2006), ont inspiré la collecte des données. La démarche que propose cet outil est fortement influencée par l'approche participation-observation souvent utilisée en anthropologie (Flick et al, 2004; Roper & Shapira, 2000). Les étapes de cette démarche qui ont été réalisées dans le cadre de la présente étude sont la «participation avec observation» et « la réflexion». En effet, les limites de temps qu'impose le cadre d'un mémoire de maîtrise font que les phases d'observation préliminaire et d'observation avec participation (faisant aussi partie de l'outil OPR) ont été pratiquées de façon minimale seulement. Toutefois, le fait que l'investigatrice travaille au quotidien auprès de ces femmes âgées, et ce, depuis quelques années, lui a permis de comprendre plus rapidement l'univers de ce groupe socioculturel, de son milieu naturel et de ses modes de vie. C'est d'ailleurs des moments privilégiés d'observation d'une diversité de femmes âgées vivant seules à domicile dans la précarité financière que sont nées les préoccupations liées à cette étude. Bien que cette situation ait l'avantage pour l'investigatrice de se sentir déjà immergée dans le milieu naturel des femmes âgées avant l'entrée systématique dans le processus de collecte de données, une prise de conscience de ses préjugés,

préconceptions et opinions sur ces femmes a été effectuée. Cette introspection s'avérait nécessaire pour être ouverte à l'expérience des femmes telles qu'elles l'expriment dans l'interprétation des données émiques émergeant de leur discours.

La collecte de données a donc débuté officiellement à la troisième étape du processus OPR, soit à la participation avec observation. Le rôle participatif s'est traduit par la réalisation d'entrevues individuelles dites en profondeur et semi-structurées. Ces entrevues, d'une durée d'environ 60-90 minutes et enregistrées, ont été la principale stratégie de collecte des données émiques sur l'expérience du vieillissement de ces femmes. Inspiré de la méthode d'entrevue ethnographique de Spradley (1979), le questionnaire d'entrevue bâti se voulait, en fait, un canevas d'entrevue (voir appendice C). Afin d'entrer en contact avec les informatrices-clé de façon naturelle et avec le souci de s'adresser à elles sans nourrir d'appréhension ou de méfiance à notre égard, le ton de l'entrevue était celui d'une conversation amicale incluant des moments formels centrés sur des questions avec un contenu ethnographique. Toujours dans l'idée de s'adresser de façon naturelle aux informatrices et de solliciter les réponses les plus authentiques possibles, les questions de l'entrevue étaient rédigées de façon simple, dans un vocabulaire adapté au niveau d'éducation plutôt faible (environ une quatrième année) des informatrices.

Les questions du guide d'entrevue étaient essentiellement des repères pour l'investigatrice, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas systématiquement été adressées à toutes les informatrices-clé. Selon l'évolution de la conversation, ces questions ont servi à soulever les points qui n'avaient pas été abordés au cœur de l'entretien.

Tel que le suggère Spradley (1979), l'entrevue a été composée de trois types de questions, soit des questions descriptives (générales et spécifiques), des questions structurelles et, finalement, des questions de contraste. Les entrevues ont débuté avec les «questions descriptives générales», ce que Spradley (1979)

présente, de façon imagée, comme les questions du «*grand tour*». Ces questions sont vastes, larges et ouvertes visant la description générale de l'expérience ou du quotidien de l'informatrice comme si celle-ci emmenait littéralement la chercheuse faire un «tour» de son univers en regard du domaine d'intérêt de l'étude. Par exemple, dans le contexte de notre étude, l'une de ces questions était : *«Pour apprendre à vous connaître, avoir une petite idée de ce qu'est votre vie au quotidien, j'aimerais que vous me décriviez à quoi ressemble une journée «ordinaire» pour vous ; les lieux où vous allez, les personnes que vous voyez, les activités que vous faites, tout ce qui vous passe par la tête, tout ça m'intéresse.»* Ensuite, les questions descriptives devenaient plus spécifiques, ce que Spradley (1979) nomme les questions du «*mini-tour*» : *«Qu'est-ce ou qui rend le fait de vieillir plus difficile? Qu'est-ce qui rend le fait de vieillir agréable? Il est important de donner l'espace nécessaire à l'expression du discours spontané et diversifié des informatrices. D'abord, parce que le contexte d'une démarche exploratoire l'impose et ensuite, parce que découvrir et apprendre au sujet des significations, expressions, valeurs, croyances et patterns du comportement humain requièrent une écoute active, libre de jugement et reflétant l'ouverture à tout propos (Leiniger & McFarland, 2006). Selon Spradley (1979), ces questions permettent de jeter les bases de la relation informatrice-investigatrice, de prendre connaissance du langage et des modes d'expression de l'informatrice et ainsi, de créer les assises pour poursuivre l'exploration de facteurs plus précis de l'expérience de celle-ci, et ce, par des questions semi-dirigées.*

Ainsi, la deuxième partie de l'entrevue était constituée de questions «structurelles», soit des questions qui permettent de recueillir des données sur les unités de base du savoirémique des informatrices en lien avec les catégories ou domaines de l'expérience culturelle à l'étude (Spradley, 1979). Dans notre cas, ces questions étaient dirigées vers des facteurs sociaux et culturels tels que proposés dans la théorie de la diversité et universalité des soins de Leininger (1991). Des exemples de ces questions sont *«De façon générale, j'aimerais que vous me parliez de l'importance que prend la santé pour vous, à ce moment de*

vosre vie. J'aimerais maintenant que l'on parle un peu de ce à quoi vous croyez, ce qui est important pour vous. C'est quoi «être en santé» pour vous? Finalement, les données sociodémographiques étaient recueillies à la fin de l'entrevue (voir appendice D), et ce, afin de pouvoir dresser un portrait des informatrices-clé et de mieux comprendre et analyser, dans le contexte de leur situation de vie, les catégories et patterns qui ont émergé de leur discours.

Aucune question de contraste, telle que définie par Spradley, ne fut intégrée au questionnaire d'entrevue de cette étude. Selon Spradley (1979), les questions de contraste visent à identifier des différences dans la signification qu'accorde un individu à un symbole dans des situations qui s'opposent. Dans le cas de la présente étude exploratoire, il était hasardeux d'identifier des situations vécues par ces femmes qui auraient eu le potentiel d'évoquer des différences dans les significations qu'elles accordent à des symboles avant d'être entrées dans l'univers de travail. Seules certaines questions structurantes, de par leur formulation, ont permis d'explorer les aspects contraires de situations vécues par ces femmes sans toutefois pouvoir être qualifiées de questions de contraste. Un exemple de ces questions est : *« De plus en plus de femmes de votre âge vivent seules à la maison. J'aimerais savoir c'est quoi pour vous d'être une femme de votre âge qui vit toute seule chez soi. Est-ce que vous y voyez des avantages? Est-ce qu'il y a des choses qui sont difficile? »*

Essentiel à la collecte de données, le journal de terrain a été l'outil qui a permis à l'investigatrice, qui joue le rôle de participante-observatrice, de colliger ses observations (descriptif), ses impressions, ses ressentis et ses premières interprétations (interprétatif), et ce, tout au cours du processus de collecte et d'analyse des données. Le journal de terrain a permis de conserver les données non-verbales recueillies sur les éléments du milieu naturel et des entrevues, ce qui nourrit la sensibilité de l'investigatrice à l'environnement culturel qu'elle étudie, en plus de faciliter la mise en contexte des données émergentes des entrevues afin que celles-ci soient analysées de façon cohérente avec la réalité culturelle des

informatrices-clé (Bernard, 1998; Leininger & McFarland, 2006; Roper & Shapira, 2000). Les données du journal de terrain ont aussi été organisées et amassées en s'inspirant des facteurs et concepts de la théorie de Leininger jouant le rôle de «carte cognitive» (Leininger & McFarland, 2006) dans l'exploration de l'univers des informatrices-clé.

L'analyse des données

La transcription des entrevues et le traitement des verbatim via le logiciel NVIVO qui facilita l'organisation et le classement des données, ont été les premières étapes de l'analyse des données. Ensuite, les données recueillies lors des entrevues, mises en relief avec celles issues des observations (journal de terrain), ont été interprétées selon la démarche proposée par Leininger et McFarland (2006). La première étape d'analyse correspond à l'identification de codes, descripteurs et catégories qui émergent des données. Ensuite, dans la deuxième phase, la chercheuse revoit les données et ses interprétations dans le but d'y découvrir les *patterns* qui y apparaissent. Finalement, la troisième et dernière étape implique l'abstraction des interprétations en thèmes culturels principaux et la présentation des constats, résultats et formulations théoriques, si tel est le cas. Cette phase requiert évidemment une analyse critique des codes, des interprétations et significations qui ont été extraits des phases précédentes, et ce, afin de donner crédibilité et cohérence aux résultats finaux. Dans la formulation des thèmes principaux issus des données, la synthèse des interprétations doit être amalgamée au contexte, aux influences culturelles, à la structure sociale et aux autres facteurs du paysage des informatrices. Pour ce faire, l'immersion la plus totale dans les données et la connaissance en profondeur de celles-ci sont essentielles. Cela permet au chercheur de préserver, dans ses interprétations et résultats finaux, les sens, les opinions et les ressentis qui étaient présents dans le verbatim des informatrices et ainsi, d'éviter la réduction des données du terrain dans des thèmes vides de contenuémique et culturel.

Finalement, les faits ethnohistoriques, les expressions artistiques, les perceptions sur le monde et tout autre élément matériel et culturel en provenance de l'univers des femmes rencontrées (données émiqes) dont l'investigatrice a pris connaissance et dont elle a colligé le contenu dans son journal de terrain, ont été pris en considération dans l'analyse des données et la présentation des résultats pour que ceux-ci s'intègrent dans la matrice socioculturelle des femmes âgées à qui s'intéresse l'étude. Toute cette démarche a été une construction de sens où chaque étape de l'analyse se bâtit sur la phase précédente et supporte la prochaine. Finalement, comme le soulignent Leininger et McFarland (2006), les moments de réflexion entre les phases de l'analyse ont été tout aussi importants que les phases elles-mêmes puisqu'ils ont permis à l'investigatrice de prendre le recul nécessaire à la réflexion et à la critique quant au codage, à la classification et à l'interprétation faits sur les données du terrain et de s'assurer que l'analyse reflète réellement les observations et connaissances du domaine d'intérêt.

Les critères de scientificité

Tout au cours de l'étude, une attention constante a été portée à l'atteinte des normes des critères de scientificité. Ces critères ont été élaborés par différents auteurs en recherche qualitative désirant établir des stratégies pour renforcer l'intégrité et la qualité des résultats issus de ce paradigme de la recherche. En réponse à des critères tels la validité et la rigueur, associés à la philosophie post positiviste de la recherche quantitative, des critères de qualité des données qualitatives, joignant l'art et la science de l'interprétation et de la description du travail qualitatif, ont été élaborés (Morse, 1991; Polit et Beck, 2008). Les quatre critères de confiance en la qualité de la démarche qualitative de Lincoln et Guba (1985) sont souvent évoqués comme le «*gold standard*» de la recherche qualitative. Leininger et McFarland (2006) se sont inspirées de ces critères pour établir les leurs dans lesquels s'ajoutent des considérations pour la préservation du contenu culturel des données. Ces critères sont ici brièvement décrits tout comme le sont les moyens qui ont été mis de l'avant pour s'assurer d'atteindre un

maximum de qualité scientifique. Toutefois, ces critères et l'analyse de l'efficacité des moyens pris pour les rencontrer sont abordés plus en profondeur dans le cinquième chapitre, soit celui de la discussion. Les six critères de scientificité sont:

La crédibilité : Réfère au caractère véridique et authentique des données, soit que celles-ci traduisent véritablement le monde vécu tel que perçu par les informatrices-clé. Dans le souci de garantir la crédibilité des données, les observations du terrain ont été colligées dans le journal de bord et des techniques de reformulation ont été prévues, lors de l'entrevue avec les informatrices, pour s'assurer la bonne compréhension de leur témoignage par l'investigatrice.

Le caractère conforme des données («*confirmability*») : Pour Lincoln et Guba (1985), ce critère reflète que les résultats finaux expriment réellement la voix des participantes et qu'ils ne sont pas biaisés par les motivations ou les points de vue du chercheur. Pour s'assurer de l'aspect conforme de nos données, les entrevues ont été enregistrées sur bandes audio, des extraits ont été réécoutés par la directrice de mémoire de cette étude et une lecture et relecture des données et des analyses pour s'assurer de la congruence de ces dernières avec nos données du terrain ont été les stratégies retenues.

Les significations mises en contexte («*meaning-in-context*») : Réfèrent aux précautions prises pour interpréter les données en tenant compte du lieu, du moment, des expériences, des événements de la vie, de l'environnement, bref, du contexte socioculturel différent ou similaire des participants. Le fait de recruter les informatrices dans leur milieu naturel et de les rencontrer pour l'entrevue à leur domicile, de noter nos observations sur l'environnement dans le journal de terrain et de questionner les informatrices sur leurs caractéristiques sociodémographiques, devaient permettre de s'assurer que les données étaient interprétées en «contexte».

La récurrence des patterns : S'assure que les patterns des événements, expériences, comportements ou modes de vie présentés dans les résultats tendent à se manifester à répétition dans le discours des participantes et ne sont pas que des faits anecdotiques. La lecture et relecture des données et des analyses préliminaires devaient permettre de rencontrer ce critère.

La saturation : Permet de conclure à l'aboutissement d'une démarche exploratoire exhaustive où toutes les données disponibles sur le phénomène à l'étude ont été recueillies, et ce, au point où une redondance ou duplication des données apparaît. Lorsque la lecture et relecture des données et premières analyses ne permettaient plus de dégager de nouvelles catégories ou domaines, il était convenu que la saturation des données était atteinte.

La transférabilité : Réfère au fait que les résultats issus de l'étude pourraient être transférés à un autre groupe présentant un contexte, une situation ou autres caractéristiques similaires. L'examen de nos résultats, à la fin de la réalisation de cette étude et la description des caractéristiques sociodémographiques des participantes et de leur contexte culturel devaient permettre d'établir le potentiel de transférabilité des résultats finaux à un autre groupe culturel présentant des similarités avec les informatrices.

Les considérations éthiques

Le protocole de recherche a été soumis au comité d'éthique du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et a obtenu son certificat d'autorisation en juin 2009. Toutes les précautions nécessaires ont été mises de l'avant au cours des processus de recrutement des informatrices, de collecte et d'analyse des données et de diffusion des résultats pour protéger la dignité, l'intégrité et la confidentialité des participantes. L'investigatrice a expliqué aux participantes, avant la signature du consentement à l'étude, les moyens qu'elle prendrait (tels l'identification non-nominative (avec codes) des participantes dans tous les documents, noms fictifs, destruction des bandes audio

cinq ans après la rédaction du mémoire, respect de leur choix du lieu de l'entrevue, non-diffusion de leur adresse et possibilité de se retirer de l'étude en tout temps) pour s'assurer de leur sécurité, leur bien-être et le respect de la confidentialité des informations partagées. Tout au cours de notre relation avec les participantes, une attention spéciale a été portée à nourrir une relation de confiance et d'authenticité avec elles où la transparence sur nos démarches et l'absence de jugement sur leur situation sociale et économique étaient notre *modus vivendi*.

De plus, puisque l'investigatrice œuvre, depuis plusieurs années, auprès de femmes âgées issues de milieux socioéconomiques précaires à titre d'infirmière clinicienne en soins à domicile, il n'y avait pas d'anticipation de difficulté dans l'approche relationnelle et communicationnelle qu'elle adopterait avec les participantes. Forte de son expérience professionnelle, l'investigatrice a pu développer un savoir-être et un savoir-faire qui permettaient l'établissement d'une relation de confiance, de respect et d'égalité entre elle et les femmes âgées et qui diminuait les risques de blesser ou d'intimider involontairement les participantes par des questions ou commentaires malhabiles. Le formulaire de consentement à la participation de l'étude est disponible en appendice E.

CHAPITRE IV

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats de la recherche. Le but de l'étude était d'explorer l'expérience de vieillir au quotidien chez des femmes âgées montréalaises vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique. Les sept femmes interviewées dans le cadre de la collecte de données ont librement parlé de leur expérience de vieillir au quotidien en faisant ressortir de façon spontanée et naturelle les aspects significatifs de celle-ci.

La première partie de ce chapitre se veut la présentation descriptive et qualitative des sept femmes qui ont partagé leur expérience avec l'investigatrice. Ensuite, la deuxième et dernière partie du chapitre expose les résultats de l'étude qui permettent de répondre au but de celle-ci.

Description des participantes

Afin de permettre la mise en contexte des données et de mettre en valeur la richesse des thèmes émergeant des propos des sept femmes rencontrées, une brève description qualitative de chaque participante introduira ce chapitre des résultats. Pour ce faire, un tableau faisant le sommaire des données sociodémographiques des participantes dresse un premier portrait général de celles-ci. Ensuite, une présentation de chaque participante, narrée par l'étudiante-chercheure qui a rencontré et observé chacune d'entre elles, suivra. L'ordre de présentation des participantes est fidèle à l'ordre chronologique selon lequel l'investigatrice a rencontré les participantes, et ce, pour renforcer la fidélité de la présentation des résultats envers le processus naturel de collecte des données.

Données sociodémographiques des participantes

Un court questionnaire sociodémographique réalisé avec chaque participante a permis de recueillir les données sociodémographiques présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. *Données sociodémographiques des participantes*

Noms Fictifs	Code	Âge	Statut marital	Type d'habitation	Enfants et fratrie	Niveau de scolarité	Profession(s) antérieure(s)
Mme Clémence	01	85	Veuve	Logement dans immeuble commercial	1 enfant et 3 frères	École de coiffure	Coiffeuse et femme de ménage
Mme Gisèle	02	76	Veuve	Logement dans immeuble de 6 logements	Pas d'enfant et 1 sœur	7 ^e année	Aide-infirmière et couturière
Mme Flavie	03	90	Veuve	Logement dans tour d'habitation	Pas d'enfant ni fratrie	3 ^e année	Femme de ménage
Mme Berthe	04	83	Divorcée	Logement dans quadruplex	1 enfant 1 sœur décédée	5 ^e année	Artiste, professeure de danse, femme de ménage
Mme Isabelle	05	65	Divorcée	Tour d'habitation HLM	2 enfants Pas de fratrie	Cours d'auxiliaire familiale	Auxiliaire familiale
Mme Rachel	06	72	Veuve	Coopérative de logements	1 enfant 1 sœur	11 ^e année	Conciergerie
Mme Paule	07	75	Divorcée	Tour d'habitation HLM	2 enfants	7 ^e année	Serveuse

De ces données, il ressort d'abord que les informatrices-clé sont âgées entre 65 et 90 ans. Toutes les participantes vivent dans un appartement bien que le type d'édifice abritant leur appartement varie entre un quadruplex et une tour d'habitation. Deux d'entre elles vivent dans une habitation à loyer modique (HLM). Alors que toutes les participantes vivent seules, presque la moitié d'entre elles vivent seules en raison d'une situation de veuvage (4 sur 7) et les autres, en raison d'une situation de divorce (3 sur 7).

Aussi, il appert que toutes les participantes ont occupé un ou des emplois au cours de leur vie active sur le marché du travail et que ces emplois étaient des emplois précaires peu rémunérés. En lien avec cette observation, on constate que ces femmes ont fréquenté l'école pendant relativement peu d'années, obtenant au minimum une 3^e année et au maximum 11^e année, bien que deux d'entre elles aient aussi complété des cours de type professionnel. Finalement, de ces données, il apparaît aussi que ces femmes ont eu peu d'enfants. Deux d'entre elles n'ont eu aucun enfant, trois autres n'en n'ont eu qu'un seul et les deux participantes restantes ont eu deux enfants. Puisqu'elles sont aussi issues de familles où leur fratrie est peu abondante (entre 0 et 3 membres dans la fratrie), ces femmes ont relativement peu de relations familiales.

Description qualitative des participantes

Mme Clémence

Mme Clémence est d'origine haïtienne. Ayant immigrée au Canada il y a plus de 50 ans et après avoir vécu dans différents quartiers de Montréal depuis, elle dit avoir fait sienne sa terre d'immigration. J'ai rencontré Mme Clémence chez elle. Je me suis rendue à son domicile dans le quartier St-Michel. M'y étant rendue à pied, j'ai pu observer un peu son voisinage; un quartier visiblement modeste et multiethnique. Après avoir cherché un peu l'adresse de Mme Clémence, j'ai finalement découvert son logement situé au deuxième étage d'un immeuble commercial, soit au-dessus d'un grand local s'affichant avec une annonce aux couleurs criardes comme un club échangiste. Je suis entrée dans l'édifice. La montée des escaliers m'a permis de constater le manque de propreté et le délabrement de l'édifice. Finalement arrivée devant la porte de Mme Clémence, celle-ci m'ouvrit avec son large sourire. Elle était joliment vêtue d'un jeans et d'un chemisier de satin, coiffée d'une perruque discrète et maquillée légèrement, elle apparue élégante et moderne. Seuls sa canne et le son de ses appareils auditifs pouvaient trahir son âge. Elle me fit entrer dans son logis de 4 pièces, meublé en surabondance et décoré avec de très nombreux bibelots, photos

de famille, images religieuses et plusieurs poupées et peluches placées près d'elle sur son fauteuil. Toutefois, malgré la surcharge d'objets, tout était propre dans ce logis et une coquetterie se dégageait de l'arrangement décoratif des lieux. Dans ce décor, plusieurs témoignages du passé de Mme Clémence ornent ses murs, dont le diplôme de médecine de son fils, un drapeau des États-Unis où elle a jadis vécu et ses livres de l'école de coiffure.

Au fur et à mesure de notre rencontre, je découvris en Mme Clémence une femme posée et philosophe, volubile et joyeuse. Bien que Mme Clémence, avec ses 85 ans soit l'une des participantes les plus âgées de cette étude, son discours, son apparence et sa façon d'être laissaient transparaître la jeunesse qui l'habite. Mme Clémence s'exprimait d'une voix assurée sur ses conceptions de la vie et du vieillissement et sur l'importance de relativiser les difficultés du quotidien. Mme Clémence, fit plus que dire son goût pour la musique, la danse, les beaux vêtements, la fête et les petits plaisirs de la gourmandise; elle incarnait sa conviction qu'il faut profiter de la vie et l'accepter comme Dieu nous la donne. Devenue veuve il y a 20 ans, elle vit seule depuis. Elle a habité dans différents logements dont celui qu'elle habite et qui en ce moment ne lui convient pas, de par les activités illégales et le bruit en provenance du club échangiste voisin qui l'apeurent. Le matin de ma visite, elle venait de recevoir un appel de l'Office d'habitation de Montréal qui lui annonçait qu'elle pourrait enfin obtenir un logement en HLM, ce qu'elle attendait depuis de nombreuses années.

Mme Gisèle

Ma rencontre avec Mme Gisèle a failli ne jamais avoir lieu. En effet, il fut un peu difficile de trouver une date qui lui convenait pour planifier notre rencontre car celle-ci a un horaire chargé. D'abord, Mme Gisèle est atteinte d'insuffisance rénale sévère et doit aller trois fois par semaine en traitements de dialyse. De plus, tous les soirs, elle reçoit à souper sa voisine, une jeune femme atteinte de déficience intellectuelle de qui elle est la proche-aidante depuis plus 30 ans. Finalement, le vendredi, Mme Gisèle reçoit les services du CLSC pour

l'aide à l'hygiène et le mercredi, c'est au tour de la visite de son homme de ménage.

Malgré toutes ses occupations, Mme Gisèle m'a finalement reçue chez elle. Elle s'est présentée à moi en toute authenticité, vêtue d'une robe d'intérieur, non peignée, non maquillée et sans avoir mis son dentier. Les cheveux courts frisés et grisonnants, le visage rond, le sourire sincère, elle m'accueille chaleureusement en excusant son apparence, justifiant le tout en disant qu'elle se sentait à l'aise avec moi et qu'elle « se permettait de conserver sa tenue de maison. »

Mme Gisèle a toujours vécu seule, son défunt mari étant handicapé et ayant vécu surtout en institution. Mme Gisèle a donc aussi été la proche-aidante de son mari pendant toutes les années de leur mariage. Ses revenus modestes gagnés par son seul travail d'auxiliaire-infirmière lui ont permis de garder son logement et d'assurer sa subsistance, sans plus. Plusieurs problèmes de santé ont, depuis, chamboulé le cours de la vie de Mme Gisèle. C'est désormais au rythme des soins requis pour la gestion de son diabète et de son insuffisance rénale et cardiaque que Mme Gisèle organise ses activités quotidiennes.

Mme Gisèle vit dans un petit logement de deux pièces et demie depuis plus de 45 ans. Son logement est très encombré. Elle reconnaît elle-même qu'elle a accumulé un nombre impressionnant de cassettes, de vidéos, de livres, de cadres et de photos, de nourriture non-périssable (cannages) et de produits essentiels (papier hygiénique, savons,) qui remplissent presque tout l'espace vacant du logis. Quelques gros meubles, en plus d'un lit d'hôpital qui occupe la quasi-totalité de son salon, finissent d'encombrer son logement. Une corde à linge où sèchent plusieurs vêtements mobilise le seul espace disponible et achève d'assombrir les lieux. Dans une telle promiscuité, Mme Gisèle qui se déplace avec une certaine difficulté, doit exécuter des manœuvres dangereuses pour circuler dans son logement, soit en contournant ou enjambant divers objets et meubles.

Mme Gisèle m'est apparue comme vivant au-delà des apparences, bien ancrée dans les réalités indéniables de son quotidien où elle doit faire face à ses responsabilités de proche-aidante et aux difficultés de sa perte d'autonomie fonctionnelle. L'authenticité de Mme Gisèle s'est aussi traduite par tout ce qu'elle accepte de partager avec moi au sujet de son passé, de sa conception de la vie et de la mort, de la solitude et de l'importance qu'elle accorde au don de soi comme donnant sens à sa vie.

Mme Flavie

Je me suis rendue dans le quartier Parc-Extension pour rencontrer Mme Flavie, une dame de 90 ans, soit la participante la plus âgée de cette étude. Elle vit dans une tour d'habitation d'un quartier visiblement pauvre et multiethnique. Elle vint me rejoindre à l'entrée de l'édifice. Je fis connaissance avec cette dame toute menue, chic et bien mise, avec son foulard noué au cou et son rang de perles ornant son chemiser. Elle me reçut chaleureusement.

En cours de route vers son appartement, Mme Flavie déplora la détérioration de l'état de l'immeuble depuis le changement de propriétaire. Elle me montra la saleté barbouillant les corridors et l'état de décrépitude de l'ascenseur. Elle apparut visiblement gênée et dérangée par toute cette négligence. De même, elle me parla de ses inquiétudes vis-à-vis ses nouveaux voisins dont l'un, schizophrène, aurait failli mettre le feu à deux reprises chez lui, réquisitionnant l'intervention des pompiers. Arrivées dans son appartement, elle m'expliqua que le nouveau propriétaire n'avait pas installé ses châssis doubles depuis deux hivers. Le froid s'était déjà installé dans le logement de Mme Flavie.

Cet appartement est celui où elle a vécu depuis son mariage avec son défunt mari, décédé depuis plusieurs années. Depuis, elle vit seule. Son logis est propre, bien organisé, coquet mais meublé que de l'essentiel : une petite télé, une petite table, un fauteuil, des décorations qu'on lui a données et plusieurs images saintes.

Mme Flavie n'a pas de famille. Ni fratrie, ni enfant. Elle a bien quelques amies mais c'est surtout Dieu et les saints qu'elle vénère qui sont la présence dans sa vie. La religion rythme ses jours au gré des différents rituels de prière qu'elle accomplit. Le sacrifice, le don de soi et l'espérance sont des mots très présents dans son discours.

Issue d'une famille pauvre, Mme Flavie a travaillé toute sa vie comme femme de ménage et comme nounou d'enfants pour gagner son pain quotidien. Son mari n'ayant que de maigres revenus, elle n'a jamais goûté à l'opulence ni même à l'aisance financière. Aujourd'hui, elle demeure préoccupée du fait de ne pas avoir beaucoup d'argent. En ce sens, elle a adhéré à un système de loterie depuis quelques mois. Elle investit beaucoup d'argent et d'énergie dans cette loterie, invoquant les Saints pour remporter un jour ce gros lot qui lui permettrait de se procurer un nouveau dentier, de faire quelques voyages et de se payer des funérailles telles qu'elle les souhaite.

Mme Berthe

Mme Berthe vit dans un petit logement de trois pièces, au rez-de-chaussée d'un quadruplex modeste. En approchant de sa porte, je fis tinter, malgré moi, une petite cloche installée sur la clôture servant à prévenir madame de l'arrivée de visiteurs chez elle. Mme Berthe vint donc à ma rencontre. Habillée de couleurs vives, les cheveux longs en broussaille, le regard vif et la voix énergique, elle se présenta à moi comme une femme originale, émotive, extravertie et chaleureuse. L'intérieur de son logis se révéla aussi très coloré et très décoré, bien qu'avec des moyens modestes, tels des fleurs en plastique, des appliqués autocollants, des figurines, des petits rideaux faits main. La vétusté des lieux, dont le vieux poêle à gaz et la miniature salle d'eau avec son bain à pattes rouillées et difficile à enjamber, était frappante. Je fis ensuite la connaissance du chat de Mme et de tous ceux qu'elle nourrit dans sa cour arrière. C'est avec beaucoup d'affection que Mme Berthe me parla de ses amis félins.

Je découvris chez Mme Berthe un langage particulier, très imagé et coloré témoignant de son passé à travailler dans les boîtes de nuit du Montréal des années 1950-1970, soit à faire des spectacles, à recevoir la gente artistique de l'époque et à côtoyer, malgré elle, la pègre et la mafia. Toutefois, plus rien de ce passé faste ne demeure dans sa vie, aucun symbole dans sa maison ni relations avec les gens de l'époque. Mme Berthe vit désormais dans une pauvreté sans équivoque et un dénuement évident, selon ses propres aveux. Jadis habillée par les grands couturiers de la ville, c'est maintenant avec des chandails un peu trop grands, achetés dans les bazars, avec lesquels elle se vêtit.

J'ai passé plusieurs heures avec Mme Berthe qui, visiblement, avait envie de partager son vécu mais aussi ses opinions et ses indignations envers les injustices de la société avec moi. Elle m'a surpris par son affirmation d'elle-même et ses positions tranchées sur différents sujets tels son combat à la régie des logements contre un propriétaire abusif, l'iniquité entre les pauvres et les riches, les mauvais traitements réservés aux personnes âgées, l'abus de pouvoir des hommes sur les femmes, etc. Malgré le cancer qui ronge la santé de Mme Berthe, jamais celle-ci ne s'est plainte de sa situation, essayant au contraire de minimiser ses difficultés et de démontrer toute son énergie et sa vitalité. Il faut dire que Mme Berthe ne doit compter que sur elle-même pour s'occuper de tout. N'ayant plus de fratrie, Mme n'a qu'un garçon qu'elle ne voit plus, suite à de nombreux conflits et une situation d'abus financier. En plus, Mme Berthe résiste à accepter l'aide offerte par le CLSC et les organismes communautaires. Elle n'aime pas recevoir de l'aide; elle me dit à plusieurs reprises que faire elle-même ses choses lui prouve qu'elle est plus forte que sa maladie.

Mme Isabelle

Je me rendis rencontrer Mme Isabelle qui vit dans un édifice d'habitation à loyer modique (HLM) logé au-dessus d'un métro. L'environnement autour de l'édifice n'était pas très invitant. Des flâneurs de tous acabit trainaient dans l'entrée de l'édifice, à leur sortie du métro ou dans leur attente de l'autobus,

créant un paysage urbain plus ou moins rassurant où voltigeait une horde de pigeons dans un ciel bas et poussiéreux. Je fus au moins rassurée en constatant qu'un système d'Intercom sécurisait la porte d'entrée de l'édifice à logements. J'y appelai Mme Isabelle. Elle me fit entrer. Elle m'ouvrit ensuite la porte sur son appartement, un deux pièces et demie qu'elle habite depuis 5 ans. L'état de son appartement était un peu négligé, plancher et comptoirs souillés, meubles empoussiérés. De plus, son logement était très encombré et sombre, habillé de gros meubles et de plusieurs accessoires. J'appris, plus tard dans l'entrevue, que Mme Isabelle vivait auparavant dans des conditions de vie encore plus difficiles, dans un logement d'un autre quartier où elle ne se sentait vraiment plus en sécurité. Ainsi, elle appréciait beaucoup son nouveau logement qu'elle trouvait plus moderne, plus propre et surtout plus sécuritaire et adéquat pour elle.

Mme Isabelle, âgée de 65 ans, est la plus jeune des participantes de cette étude. Elle est d'origine haïtienne mais vit au Québec depuis qu'elle a l'âge de 16 ans. Elle m'accueillit avec un large sourire, ses longs cheveux peignés en queue de cheval sur le côté de la tête, les yeux maquillés d'ombre bleue ciel, le tout un brin extravagant.

Le plus jeune âge de Mme Isabelle peut peut-être expliquer qu'elle soit l'une des seules à m'avoir parlé de l'Internet comme d'un moyen de communication qui lui permet de rester en contact avec sa famille et amis éloignés. Elle suit aussi des cours d'informatique à l'extérieur, cela, selon ses dires, pour continuer d'apprendre, de sortir et de voir du monde. Mme Isabelle me parla de sa famille, de ses deux enfants trop occupés pour la visiter et de sa mère, âgée de 90 ans et atteinte d'Alzheimer pour qui elle s'inquiète et à qui elle craint de ressembler en vieillissant.

Mme Isabelle est désormais divorcée. Après avoir fait quelques dépressions majeures, elle dit avoir appris à composer avec son célibat et la pauvreté qui en découle pour elle. Elle ne cache néanmoins pas son désir d'avoir de nouveaux amis, des confidents avec qui pouvoir vraiment parler. En attendant,

Mme Isabelle sort tous les jours avec son petit chien qui l'accompagne dans ses marches quotidiennes ainsi que dans ses après-midi passés devant la télévision qui diffuse des *soaps* américains la faisant rêvasser à une vie plus glamour.

Mme Rachel

J'ai rejoint Mme Rachel à sa résidence. Elle vit dans un appartement qui fait partie d'une coopérative de logements où le maximum du coût du loyer ne peut dépasser le quart des revenus du résidant. Ainsi, Mme Rachel vit dans un beau logement de 3 pièces, propre, avec beaucoup de plantes et un vieux chat qui est le roi des lieux. L'endroit est décoré avec goût mais dans la simplicité. Mme Rachel m'accueille avec un sourire discret et une certaine retenue. Bien mise malgré la modestie de son apparence. Il faut dire que sa monture de lunettes violette et ses petits cheveux courts lui donnent un air à la mode.

Mme Rachel est vice-présidente sur le C.A de la coopérative de logements où elle vit. Ainsi, elle poursuit son travail dans la même veine que ses 40 années de travail à titre de concierge dans différents immeubles. Mme Rachel témoigne de son enracinement à son quartier qu'elle arpente à pieds tous les jours, dont elle connaît par cœur les magasins et institutions et où vivent la plupart de ses amies. Très attachée à ses amies, pour elle, celles-ci sont la famille qu'elle choisit de chérir.

Mme Rachel, qui a été la proche-aidante de son défunt mari gravement malade pendant plusieurs années, est maintenant veuve depuis cinq ans. Elle n'hésite pas à exprimer son appréciation de sa liberté ainsi retrouvée. Elle a en effet repris le cours de sa vie et dit choisir de penser d'abord à elle et à faire ce qui lui plait. Bien que Mme Rachel ne soit pas dans une situation financière aisée, avec ses 16 000\$ par année, elle ne perçoit pas vivre une précarité financière. Selon elle, le faible coût de son loyer et ses goûts modestes, font qu'elle ne manque de rien.

Quelques problèmes de santé l'ont toutefois embêtée depuis les dernières années. Son expérience avec les soins de santé, tant à l'hôpital qu'avec le CLSC, semblent avoir été désastreuse. Mme Rachel s'emporte lorsqu'elle parle de la qualité médiocre de soins qu'elle a reçus. Selon elle, seuls les plus vieux médecins et infirmières savent comment soigner la maladie et lui porter assistance. Ainsi, la crainte d'avoir de nouvelles maladies et de nécessiter des soins de santé est très présente chez Mme Rachel qui en parle ouvertement et abondamment. Bonne vivante, elle continue de se cuisiner des bons plats, de sortir tous les jours, de marcher et de visiter ses amies afin de se préparer un avenir en santé.

Mme Paule

Mme Paule est la seule participante à avoir demandé elle-même à participer à cette étude après en avoir eu vent par les responsables de l'organisme communautaire par lequel le recrutement des participantes s'est effectué. Mme Paule avait visiblement envie de partager sa vision du vieillissement et son expérience de vie. Elle est la seconde participante qui vit dans une habitation de logements à loyer modique. Elle est d'ailleurs vice-présidente du C.A d'un organisme communautaire qui siège dans cet immeuble.

Mme Paule habite donc un petit logement de deux pièces et demie tout propre et coquet. L'apparence de son logement et son apparence personnelle sont au goût du jour. À peine maquillée, vêtue de façon moderne, Mme Paule incarne bien ce qu'elle me répéta à plusieurs reprises pendant l'entrevue, soit l'importance de vivre dans son époque et non dans le passé.

Mme Paule eut une vie assez atypique pour son époque. Mariée et divorcée à deux reprises, elle fut une mère monoparentale de deux garçons dont elle dû assurer la subsistance en étant serveuse dans des restaurants et des bars. Selon elle, c'est son passé plutôt difficile qui lui a appris à être fonceuse, débrouillarde, indépendante et autonome comme elle l'est encore à 75 ans. Mme

Paule n'a jamais eu beaucoup d'argent. De son propre aveu, elle se dit habituée à la pauvreté et ne pas désirer avoir plus d'argent.

Se disant fonceuse, Mme Paule refuse de s'apitoyer sur son sort. Bien qu'atteinte gravement de maladie pulmonaire obstructive chronique, celle-ci a un discours orienté sur la qualité de vie qu'elle réussit à maintenir par diverses adaptations. La personnalité rayonnante et énergique de Mme Paule ne l'empêche néanmoins pas d'être lucide et terre à terre. Selon Mme Paule, elle est arrivée à la fin de sa vie. Bien qu'elle ne s'empêche pas de faire des petits projets à court terme, elle est consciente de la mort à venir.

Pour elle, avoir eu une belle vie, est ce qui permet de bien vieillir. Mme Paule dit donc qu'elle continuera à se promener en triporteur dans le Parc Lafontaine, au Festival de Jazz et au salon de quilles, histoire de continuer à profiter pleinement de l'instant présent.

Maintenant que les participantes ont été présentées et donc, que le contexte environnemental dans lequel se vit leur expérience du vieillissement a été exposé, la deuxième partie de ce chapitre présente les résultats des entrevues ethnographiques.

Les résultats de l'étude

Cette section des résultats est le fruit de l'analyse des propos des sept informatrices et des observations faites lors des entrevues individuelles avec ces femmes. Les thèmes principaux ressortant de l'analyse des propos des informatrices sont organisés en fonction de différentes dimensions que Leininger illustre dans son modèle Sunrise. Ces aspects sont : 1) la structure sociale et ses facteurs culturels d'influence, 2) les expériences humaine de santé/maladie et vieillissement et le 3) le système de soins (soit les soins émiques et étiques).

La présentation des résultats est structurée de façon à laisser transparaître le processus d'analyse qui soutient ceux-ci, soit la progression entre le niveau

d'analyse des patterns jusqu'à celui du thème principal. Des extraits de verbatims appuient les résultats et sont suivis d'un code permettant leur repérage dans l'entrevue dont ils sont tirés. Le code est sous forme 01-100 où le 01 est le code de la participante et le 100 est la ligne de l'entrevue correspondante à l'extrait de l'entrevue retranscrite dans le logiciel NVivo. Un tableau faisant la synthèse des résultats conclue ce chapitre.

La structure sociale

Les résultats concernant six facteurs culturels de la structure sociale, soit l'environnement, les valeurs et croyances culturelles, le mode de vie, les relations humaines, le facteur économique et le facteur ethnohistoire, sont présentés tour à tour.

L'environnement

L'environnement du domicile est celui qui a dominé le discours des femmes quant aux lieux les plus significatifs pour elles. En effet, ces femmes ont dit trouver en leur domicile des sources de valorisation, d'accomplissement personnel et de réussite sociale, et ce, de deux façons principales, soit par la propreté des lieux et par la présence des objets qu'il renferme.

Effectivement, ces femmes ont un attachement important à leur demeure; elles en prennent soin en accordant beaucoup d'importance à la propreté des lieux (selon leur appréciation subjective de la propreté). La propreté devient alors, entre autres, une preuve de leurs capacités et de leur sens du travail. Elles expriment une satisfaction personnelle et une fierté à se voir capable d'entretenir leur domicile :

Mme Berthe : «Ben ça, j'ai fait mon ouvrage à tous les jours. Maudite folle moi, avant de me coucher et en me levant, je fais mon ouvrage. Ma mémère m'a toujours dit, laisse jamais rien trainer avant de te coucher, ramasse pas de mousse en dessous de ton lit pour te faire un mari, ne remets jamais à demain ce que tu peux faire aujourd'hui. Tsé. Pis moi,

quand je me couche, y'a rien qui traîne, c'est propre de même. » (04-68)

De plus, en remplissant leur demeure d'objets auxquels elles sont attachées et en exposant ces objets à la vue des autres, ces femmes font de ceux-ci la preuve tangible de leur capacité de «posséder», la représentation de leur identité et de leur histoire personnelle ainsi que le symbole de leurs attaches sentimentales avec des personnes extérieures (à travers des photos ou des objets qui ont été donnés en cadeau, etc.).

Mme Gisèle : «J'ai trop de choses mais je ne veux pas m'en débarrasser. C'est à moi, c'est à moi. Moi j'ai payé pour ça pis j'aime ça. Quand j'ai le goût d'écouter Nana Mouskouri, j'écoute Nana Mouskouri. Quand je veux écouter un autre, c'est un autre. J'ai ce qu'il faut, je ne manque de rien.» (02-186)

Dans nos observations, nous avons remarqué, dans plusieurs domiciles, la surabondance d'objets dont plusieurs semblaient vétustes et ne présentaient plus d'utilité étant ou bien brisés ou bien remplacés par d'autres objets plus récents et fonctionnels.

Mme Gisèle : «Je l'aime mon chez nous. Je suis bien icitte. C'est tranquille pis j'ai tout ce qu'il faut. Reste que j'aimerais avoir plus grand. Un appartement de plus pour ne pas que ce soit en désordre. Là, ça a l'air d'un désordre. » (02-182)

Par ailleurs, ces femmes ont évoqué que leur domicile était le lieu où elles pouvaient faire ce qu'elles voulaient quand elles le voulaient. Cela se reflète entre autres dans leurs opinions sur les résidences pour personnes âgées qui représentent l'antithèse de leur domicile :

Mme Berthe : «Non, moi, je serais ben allée (dans une résidence privée). Si vous permettez que je fasse du manger pis que je fasse du ménage, je serais allée. Mais sinon, non. J'en ai vu tellement moi dans des résidences privées, sont assis sur leur gros cul avec leur bouteille de coke pis leurs cigarettes pis ils se font torcher. Ils ont des sous, ils font tout faire.» (04-133)

Ces femmes sont catégoriques sur le fait qu'elles ne veulent pas quitter leur maison à moins d'y être absolument obligées, et ce, même si les lieux physiques

de leur demeure présentent des dangers et des inconforts dans leur vie de tous les jours.

Ainsi, on constate que l'environnement de la demeure ne contribue pas qu'au confort physique de ces femmes mais aussi à leur confort psychologique et à leur épanouissement personnel et même social. De ces propos des femmes sur l'environnement de leur domicile, le pattern suivant fut identifié :

PATTERN : Au quotidien, malgré ses imperfections aux yeux des autres, le domicile est le lieu où ces femmes se disent bien, où elles s'identifient dans les objets qui représentent leur vie et où elles ont le contrôle sur les éléments et l'état des lieux.

Ces femmes ne sont toutefois pas confinées dans leur domicile et sont actives; elles sortent régulièrement de chez elles et entrent en relation avec l'environnement extérieur à leur domicile. Ces femmes disent aimer se sentir entourées et aimer sentir faire partie du paysage urbain qui les entoure.

Mme Clémence : «Et donc, j'aime ça voir les gens sur la rue. Je regarde la rue. C'est pas que je vais m'asseoir sur le balcon. Non, mais de temps en temps, je fais ça dans la fenêtre (signe de tirer les rideaux et de regarder dehors)» (01-106)

Bien que ces femmes disent vouloir entrer en relation avec les autres qui font partie de leur environnement, elles ne veulent pas avoir à s'investir dans une relation avec des gens de leur entourage puisqu'elles ont l'impression que ces relations les priveraient d'une certaine part de leur liberté et indépendance :

Mme Rachel : «Ici, c'est sécuritaire et puis, on a un bon concierge qui habite juste en-dessous de moi. Des fois, il m'appelle pour me dire comment ça va. C'est un gentil monsieur, mais pas trop là, tsé ce que je veux dire. Il n'est pas fatigant, il n'est pas colleux. Il fait juste ce qu'il a à faire.» (06-146)

Cette notion de prudence dans leur rapport aux autres, soit avec les personnes avec qui elles n'ont pas une relation de confiance établie, est ce qui met un frein à leur élan naturel à vouloir socialiser. En effet, ces femmes ne sont pas retirées par manque d'habiletés de socialisation mais bien par crainte des conséquences

potentiellement négatives découlant de leurs relations interpersonnelles sur leur vie personnelle et intime à laquelle elles donnent préséance :

Mme Paule : *«Oui, parce que j'ai toujours été dans le public. Moi là, pas de monde, je trouve ça effrayant. Ce qui fait que des fois là, moi, j'ai tellement été embourbée par le monde que j'en ai presque eu une overdose. Là, ils voulaient m'embarquer dans le comité du bloc, j'ai dit non là, ça va faire.»* (07-82)

À cela s'ajoute aussi que l'univers extérieur au domicile représente pour ces femmes divers risques et dangers réels et tangibles, autant par l'environnement physique (comme les infrastructures du mobilier urbain) que par l'environnement humain qui le compose :

Mme Gisèle : *«J'y allais avant (à l'église) et je faisais la lecture et je servais la messe. Mais là, je ne suis plus capable, parce que avec ma p'tite marchette, y'a des craques sur le trottoir. C'est juste une rue mais elle vaut deux rues. Pis si je prends ma grosse marchette, je suis pas capable de descendre l'escalier pis là-bas, il y en a deux.»* (02-104)

Le prochain verbatim illustre que les femmes doivent «gérer» la menace qui est présente à l'extérieur de leur domicile. Pour ce faire, elles prennent des précautions pour protéger leur «intérieur» des dangers de leur environnement, tel mettre des objets devant la porte ou installer une cloche sur la porte.

Mme Clémence : *«Oui, parce que je suis âgée. J'ai mis une quantité de choses devant la porte, la petite table. On est obligé parce que les gens dehors vous voient, ne vous connaissent pas, pensent sûrement que vous avez de l'argent. Il faut prendre des précautions. Je barre la porte. Quand je suis rentrée dans la maison, on m'a donné une seule clé. J'ai été obligée de mettre un police lock sur l'autre porte et sur l'autre aussi. Là, j'ai mis une clé et j'ai mis le coffre devant pour bloquer la porte. Ici là (balcon), personne ne peut rentrer, la porte est fermée quand même. C'est pour ça que je mets beaucoup de choses derrière la porte. Vous savez, quand je suis allée à Oka, je n'ai pas dit à personne que je ne suis pas là. Et j'ai caché ma valise. André qui est venu me chercher est parti avec ma valise et moi, je suis partie après.»* (01-286)

Finalement, elles apprennent à composer avec les menaces de l'environnement extérieur en trouvant des compromis qui leur permettent de

sortir à l'extérieur tout en limitant les risques qu'elles encourent. Ces compromis sont, par exemple, de ne pas sortir le soir, de cacher son argent sous ses vêtements ou d'invoquer la protection divine :

Mme Isabelle : «Oui, juste quand c'est pas tard, je ne sors pas trop tard parce qu'une fois, je me suis faite attaquer dans le métro. Je revenais de Côte-des-Neiges à 9 heures.» (05-101)

De ces extraits de verbatim, un deuxième pattern se dessine :

PATTERN: Ces femmes sont à la fois attirées et apeurées par l'environnement extérieur à leur domicile. Elles y sont attirées dans leur désir d'être en contact avec le paysage humain et pour combler leurs besoins matériels, tout en étant freinées par la présence de plusieurs dangers potentiels de leur environnement avec lesquels elles doivent négocier.

De ces deux patterns, le thème principal du facteur culturel de l'environnement a émergé :

THÈME : Dans leur vie quotidienne, ces femmes trouvent des stratégies pour composer avec les sentiments opposés que leur suscite leur investissement dans l'environnement intérieur et l'environnement extérieur de leur domicile. Bien que leur expérience de vieillir s'inscrit principalement dans l'environnement du domicile (qui représente un lieu de sécurité et d'identification à soi où elles se réalisent et s'affirment), l'environnement extérieur est aussi important dans leur quotidien puisqu'il leur fournit des ressources essentielles en plus d'être le berceau de leurs relations sociales.

Les propos des femmes sur l'environnement dans lequel elles vivent et sur leur expérience de vieillir enseignent que leur expérience se situe beaucoup dans l'intimité de leur chez-soi. Les résultats au sujet des valeurs et croyances qui colorent la substance de leur expérience de vieillir suivent.

Valeurs culturelles et croyances

Dans leur discours, ces femmes ont, de façon répétée et significative, évoqué l'importance du don dans leur système de valeurs. L'importance accordée au don, soit de donner aux plus pauvres, aux plus malades, aux plus seuls ou aux plus nécessiteux que soi, soit de donner du temps, de l'argent ou des objets, est présente dans le discours de toutes les femmes rencontrées, et ce, en dépit de leur propre pauvreté :

Mme Gisèle : *«Moi, ma priorité c'est les autres. Les autres passent avant. Comme moi, pour donner, j'ai pas beaucoup d'argent mais je pense toujours à donner. Du moment que j'ai pas de dettes parce que je peux pas supporter les dettes. Je réussis à avoir tout ce qu'il me faut, je peux toujours en avoir un peu pour donner aux autres. Je suis ben serrée mais j'en donne un peu pareil.»* (02-72).

Malgré leur propre situation de précarité financière, ces femmes semblent particulièrement touchées par la situation de pauvreté des autres et se sentent interpellées par les demandes d'argent qu'elles reçoivent :

Mme Flavie : *«Moi, je dis, je suis comblée, j'ai ma pension, je fais attention, je me prive pas, non, non, seulement, le restaurant, ça, je fais encore mes repas. J'ai accepté la popotte. J'ai dit un repas, parce que c'est 4\$. Mais ils nous en donnent pour deux fois. Faque je l'essaie. Parce que j'ai dit, ce 4\$ là, c'est pour mes charités quand je suis capable. Faque c'est un petit peu pour dépenser. Faque je me dis, j'en ai ; j'aide.»* (03-71)

Il faut aussi ajouter que ces femmes semblent retirer une satisfaction à donner. En fait, elles disent avoir «besoin» de donner pour être bien, et ce, même si elles se trouvent elles-mêmes dans une situation où elles pourraient avoir besoin que quelqu'un leur «donne».

Mme Berthe : *«Ça fait du bien, au moins je me dis que moi je mange, l'autre mange aussi. Je me dis, j'ai un logement, j'ai un toit sur la tête. Pourquoi moi j'en aurais un pis l'autre en aurait pas? J'ai l'argent pour le partager...ils étaient gênés, ..non, non, non. Aye, tu me dois rien, je te demande rien, je te le donne.»* (04-331)

De ces extraits de verbatim un premier pattern peut être identifié :

PATTERN : La valeur du don est centrale dans la vie de ces femmes qui sont particulièrement heurtées par la pauvreté et les besoins des autres et qui organisent leurs activités et prévoient leurs dépenses afin d'avoir suffisamment d'argent et de temps pour en donner à autrui.

D'autres valeurs et croyances sont importantes dans l'expérience de vieillir au quotidien de ces femmes, notamment leurs croyances religieuses. Bien que ces femmes aient dit l'importance de leur croyance en Dieu ou en des Saints, elles ne relient pas leurs croyances à une pratique religieuse. En effet, ces femmes affichent un détachement par rapport aux institutions de l'Église malgré la vivacité de leurs croyances religieuses :

Mme Paule : «J'étais très croyante. Mais je crois en un être suprême, that's all. La religion là, c'est du lavage de cerveau, hein. On avait peur de tout, tout était pêché. Aujourd'hui, quand tu penses que j'ai été dans un centre pour visiter une personne qui est très malade, au Centre.....pis il y avait un tabernacle pis des ciboires dans le passage, dans des présentoirs en verre. Quand t'es rendu au musée là, c'est parce qu'il n'y a plus de religion.» (07-305)

La distance de ces femmes par rapport aux institutions ecclésiastiques témoigne de l'individualité et l'autonomie de leurs croyances ainsi que du sens critique de ces femmes par rapport aux institutions. Ces femmes remettent dans la perspective de leurs réalités les exigences de l'Église et adaptent celles-ci à leurs besoins, possibilités et volontés.

Mme Isabelle : «Tu peux donner de l'argent pour les pauvres, pour le temple, pour les curés. Et ils disent que tu vas recevoir la bénédiction du Seigneur. Ils n'arrêtent pas avec leur bénédiction du Seigneur. Je leur dis, mais là, la bénédiction du Seigneur si je n'ai plus rien à manger, qu'est-ce que ça donne? Mais si ça reste comme ça, je vais laisser tomber.» (05-233)

En l'absence d'une présence humaine près d'elle, ces femmes s'en remettent à la présence divine pour les soutenir dans les embûches qu'elles rencontrent jour après jour :

Mme Clémence : « *Parce que quand on est seule, vous comprenez, on est un peu effrayé. Après ça, parfois il faut dire, Dieu ne va pas aider la personne à entrer là! Il faut survivre, il faut croire qu'il y a un Dieu. Bien que les assassins ne connaissent pas ça. Moi, je prends mes précautions.*» (01-290)

Par exemple, leurs croyances leur permettent d'accepter les nouvelles réalités créées par le vieillissement :

Mme Clémence : «Est-ce que j'aime marcher avec une canne? Non, je n'aime pas ça. Mais si Dieu lui le fait, je suis obligée de l'accepter. Mais oui, ce n'est rien! Je vous ai dit mon âge. 85 ans.» (01-25)

Des données présentes dans les verbatim reliés aux valeurs culturelles et croyances, ce second pattern est identifié:

PATTERN : L'institution de l'Église est remise en question par ces femmes dont les croyances religieuses s'épanouissent en-dehors de l'institution ecclésiastique et se concrétisent dans une réalité pragmatique et quotidienne.

Les croyances religieuses de ces femmes ne sont toutefois pas les seules présentes dans leur système de croyances. En fait, sans référence à un aspect religieux et sans l'aborder sous une quelconque forme ésotérique, ces femmes ont exprimé croire dans le pouvoir de leur esprit pour influencer le cours des événements de leur vie. Elles témoignent effectivement qu'elles ont l'impression d'avoir de l'influence sur le déroulement de leur vie par les idées et les pensées qu'elles cultivent. De plus, ce sont sur des aspects de la vie souvent hors du contrôle humain (tels la maladie, les accidents, les catastrophes, etc.) que ces femmes expriment leur confiance dans le pouvoir de leur esprit :

Mme Berthe : «Ben non, c'est rien, c'est beau. Y'a rien là. C'est parce que je prends bien ça que je suis en vie, c'est ça qui guérit. Les docteurs vont te donner une prescription, ils savent même pas ce qu'il y a dans la pilule.» (04-497)

Mme Clémence : « Non, non, non. J'ai pas peur de tomber. Faut pas que vous mettiez ça dans votre tête parce que vous allez tomber si vous mettez ça dans votre tête. (...) Mon mari a fait l'Alzheimer, vous voyez, parce que c'était un monsieur qui réfléchissait trop. Il pensait à Haïti, il

voulait retourner. Moi, jamais, je n'ai personne à Haïti. La vie, si on met la vie dans votre tête pour savoir comment vous étiez avant et comment vous êtes maintenant, vous allez mourir avant votre heure! Non, non, moi je ne mets pas ça, je vis au jour le jour.» (01-51)

Des données présentes dans ces verbatim, un dernier pattern décrivant les valeurs et croyances culturelles de ces femmes se dégage :

PATTERN : Ces femmes croient dans le pouvoir de leur pensée positive sur le cours des événements de leur vie. De cette façon, elles témoignent de leur confiance dans la vie. Elles mettent de l'avant un optimisme qui leur donne une sensation de contrôle sur la portée que les événements ont sur elles.

De ces deux patterns, un thème principal émerge:

THÈME : La valeur culturelle prédominante de ces femmes qu'est l'importance de donner aux autres, ainsi que leurs croyances, permettent, de façon concrète, le bon fonctionnement de leur vie quotidienne leur permettant de s'accomplir, de surmonter les épreuves tout en conservant un sentiment de contrôle et d'espoir sur le cours des événements.

En somme, ces résultats sur les valeurs culturelles et les croyances de ces femmes conduisent à s'intéresser à l'aspect plus pragmatique de leur façon de vivre, soit aux résultats qui décrivent leur mode de vie.

Le mode de vie

Le mode de vie des femmes interrogées est d'abord caractérisé par leur statut de personnes vivant seules. En effet, après avoir vécu avec et pour les autres pendant de nombreuses années, vivre seule, parce qu'elles sont devenues veuves ou divorcées, est un mode de vie que ces femmes disent apprécier car il leur permet d'être libres et de faire ce qui leur plaît. Elles disent vivre sans s'ennuyer en créant d'autres formes de présence dans leur vie.

En effet, pour ne pas s'ennuyer, ces femmes disent soit occuper leur esprit avec des pensées positives, soit créer une présence chez elles avec la télévision

surtout, avec de la musique, ou leurs animaux domestiques ou encore en évoquant la présence de saints autour d'elles :

Mme Berthe : *«Ah non, c'est ça, tu dis, vivre toute seule, vivre toute seule, on vit jamais vraiment toute seule quand qu'on veut. Des fois, je m'assis, je me dis je vais regarder la télévision. Ça c'est la meilleure façon pour dormir hein. J'aime ben regarder Virginie mais oops...j'en manque des bouttes. Non. Je suis pas seule. Dieu est là, pis St-Antoine est là. Quand je me couche avec le chat là, Raoul mon chum, on dit Bonsoir, bonne nuit, à demain Jésus si tu veux bien. Pis quand on se lève le matin, on dit merci Jésus, pis une belle journée aujourd'hui. C'est beau! C'est pas grand-chose, mais c'est beau».* (04-203)

Ces femmes disent aussi ne pas s'ennuyer puisqu'elles sont bien chez elles, qu'elles y trouvent suffisamment à s'occuper et qu'elles ont aussi des occasions d'entretenir des relations humaines avec des personnes de l'extérieur. L'idée d'avoir des loisirs organisés ne leur plaît pas tant. Elles préfèrent être indépendantes dans leur façon d'occuper leur temps. Aussi, ces femmes considèrent que, dans le fait de ne pas s'ennuyer, elles trouvent le bien-être qu'elles tentent de préserver en chassant leurs plaintes d'ennui ou de solitude :

Mme Rachel : *« C'est quoi vivre toute seule...hum..moi, je ne déteste pas ça. Je ne m'ennuie,..euh...c'est très rare que je m'ennuie. Malgré que j'ai pas des loisirs là...y'en a d'ici qui prennent l'autobus pis qui vont à des places là. Non, moi, j'aime pas ça. Je suis plutôt une femme de maison. C'est sûr que je sors, j'ai des amies, moi je sors et eux viennent. Dimanche, je suis allée souper chez une amie sur la rue St-André. Moi, je ne m'ennuie pas parce que ça va bien.»* (06-55)

Ces femmes se sentent suffisamment bien dans le fait de vivre seule qu'elles se sentent parfois dérangées par l'intrusion d'une autre personne dans leur vie :

Mme Paule : *«Oui, oui. J'ai pas de comptes à rendre à personne. Je fais ce que je veux quand je le veux. Déjà qu'il y a mon fils qui s'inquiète quand je ne réponds pas au téléphone.»* (07-48)

Elles ont aussi dit que le fait de vivre seule leur permettait de se réaliser dans des rôles sociaux différents, tel le bénévolat. En plus, plusieurs de ces femmes ont eu récemment ou ont encore à être des proche-aidantes. Par ailleurs,

leur rôle de proches-aidante ou de bénévole est, selon elles, ce qui les satisfait le plus en leur permettant de se réaliser même si elles reconnaissent ouvertement la lourdeur émotive et la fatigue physique qui découlent de ces rôles :

Mme Gisèle : *«Je suis fait de même! Si je fais pas ça, je suis pas heureuse moi. J'aime ça donner. De me donner. Parce que donner votre temps là, y'a pas de prix pour ça. Comme elle (V), ça fait 38 ans que je m'occupe d'elle. De répondre à ses lettres, de gérer ses sous. Ah, V. Je mange pas pour elle pis c'est tout.»* (02-128)

Mme Rachel : *«Parce que mon mari, je vais vous dire, à la fin, il était très malade et puis, les gens qui sont malades, sont un peu malcommodes. Parce que moi, je vais dire comme la travailleuse sociale a dit quand il est mort, elle a dit «il est soulagé», ben j'ai dit moi aussi!»*(06-96)

Des données présentes dans ces verbatim, ce premier pattern du mode de vie des femmes a été identifié :

PATTERN : Une fois qu'elles se sont adaptées à leur situation de femmes vivant seules, celles-ci considèrent ce mode de vie comme un avantage. Vivre seule donne à ces femmes une liberté qui leur permet d'accomplir plus d'activités satisfaisantes et de se réaliser dans des rôles sociaux différents. En même temps, avoir plus d'activités, permet de meubler le temps rendu disponible par le fait de vivre seule et, ainsi, d'apprécier vivre seule sans s'ennuyer.

Ces femmes ont aussi développé un mode de vie où elles sont très actives. Cela se traduit notamment par leur emploi du temps très chargé. En fait, au fil des ans, ces femmes se sont organisées des routines quotidiennes chargées et programmées, qui contiennent de nombreuses tâches et obligations. En somme, elles ont une vie si chargée qu'elles se sentent fatiguées et aimeraient avoir des «congés» :

Mme Paule : *«J'ai souvent des soirées comme ça, des soirées de bénévoles, des soirées aux Accordailles. Je te dis, des fois, je me comprends plus tellement que j'ai d'affaires. Vraiment, des fois je suis tellement occupée, j'aurais pas le temps de travailler.»* (07-17)

Ces femmes ont donc un mode de vie qui donne l'impression qu'elles manquent

de temps dans leur vie de tous les jours bien qu'elles créent elles-mêmes cet état de fait :

Mme Gisèle : *«Ça me prendrait 48 heures dans une journée. J'aurai jamais le temps d'écouter toute la musique et tous les vidéos que j'ai. J'en ai enregistré 200. »* (02-148)

De plus, elles sont exigeantes envers elles-mêmes par rapport à ce qu'elles se demandent de faire dans une journée :

Mme Paule : *«Parce qu'il faut que je grouille, faut que je grouille. Moi, je peux pas rester assise pis regarder la TV. À un moment donné là, je vais regarder un bon film mais tsé..j'ai hâte qu'il finisse, faut qu'il soit vraiment bon. Mais les autres programmes de tous les jours là...faut que je fasse des mots croisés en même temps pis des fois, je me lève la tête pour regarder.»* (07-55)

Des données de ces verbatim, un deuxième pattern décrivant le mode de vie de ces femmes a été identifié :

PATTERN : Ces femmes cultivent une vie quotidienne exigeante, remplie d'obligations et de tâches à accomplir, mais qui leur procurent un sentiment d'accomplissement, de vitalité et de plénitude.

En effet, bien qu'avoir une vie quotidienne remplie d'activités et d'obligations, découlant de leurs rôles de proche-aidante, de bénévole ou de leurs propres exigences (entretien ménager, sorties, routine de santé, etc.), peut devenir lourd et épuisant pour ces femmes, celles-ci recherchent et créent cette situation. Pourquoi? Parce que selon leurs témoignages, cela leur permet de se sentir vivantes, d'avoir l'impression de profiter de la vie à fond et de ne pas se sentir freinées par les limites de l'âge, de la santé ou des conditions de vie.

D'ailleurs, cette idée de profiter de la vie teinte le mode de vie de ces femmes qui, au quotidien, trouvent des moyens pour aborder la vie de façon positive et concrétiser leur optimisme en des gestes qui leur procurent des petites joies quotidiennes :

Mme Clémence : *Mais, si j'ai besoin d'acheter, je vais acheter. Si je vais au centre d'achat Pie-IX; j'aime le chocolat, je prends une boule*

de chocolat, on met un petit chocolat dessus et j'aime ça alors qu'ici, faut prendre une grosse cuillère et c'est dur. Non, je suis partisane du moindre effort (rires)!» (01-166)

Ce n'est pas que ces femmes nient les difficultés. C'est plutôt qu'elles décident volontairement d'adopter une perception différente des événements pour les transformer dans leur forme la plus positive possible. Elles mettent en perspective les situations qu'elles vivent :

Mme Paule : «Moi, penses-tu que ça ne m'humilie pas, moi qui a des bonnes jambes, d'avoir à sortir en triporteur? Penses-tu que j'aime ça? Mais au fond, je suis tellement bien, je le prends de même. Je peux aller n'importe où, au Festival du Jazz, dans le vieux-Montréal, magasiner. Je m'en fiche!» (07-210)

De ces verbatim, un dernier pattern du mode de vie de ces femmes est identifié :

PATTERN : Ces femmes témoignent, par leurs attitudes, de leur désir de jouir pleinement de leur vie et de prendre soin d'elles-mêmes.

De ces trois patterns, un thème principal émerge pour décrire le mode de vie de ces femmes :

THÈME : Ces femmes ont développé une série de réponses (remplir divers rôles sociaux, avoir une routine chargée, être active, profiter de la vie) à leur statut de femmes vivant seules qui les protège des effets négatifs de la solitude et leur permet de profiter des bons côtés de leur liberté et indépendance. Ce mode de vie tend vers un équilibre où les rôles qu'elles endossent viennent combler les manques d'une vie où elles sont seules.

Les résultats relatifs au mode de vie de ces femmes ont souligné des particularités découlant de leur situation de femmes vivant seules. Toutefois, malgré ce statut, ces femmes entretiennent des rapports interpersonnels. La présentation des résultats du prochain facteur culturel, soit les relations humaines, mettent en relief les différents aspects du rapport de ces femmes avec les autres.

Les relations humaines

Une des particularités des relations humaines qu'entretiennent ces femmes dans leur vie quotidienne est le peu de relations significatives avec leur famille. Ces femmes nourrissent davantage des relations avec leurs amies et avec des personnes de leur entourage, des bénévoles des organismes communautaires ou des employés de lieux qu'elles fréquentent dans leur vie quotidienne.

Dans les propos recueillis, plusieurs raisons ont été mentionnées pour expliquer le peu de liens avec leur famille, soit l'éloignement géographique, la mort des proches, les conflits familiaux, les situations de maladie et les situations d'abus :

Mme Rachel : *«Non, moi j'ai une sœur mais je ne m'entends pas avec. J'ai un garçon. Je le vois deux fois par année. Il m'appelle souvent par exemple. Il habite à Hamilton en Ontario, c'est huit heures de route. J'ai une amie qui reste en dehors de la ville. Mais elle, quand mon fils vient deux fois par année, on y va. Elle n'a pas d'auto donc, elle ne vient pas.»* (06-69)

Dans l'autre sens, les contacts répétés avec certaines personnes qui sont hors du réseau familial favorisent les relations avec ces personnes qui sont, par exemple, des bénévoles, des employés (tels commis d'épicerie) ou des amies :

Mme Berthe : *«Y'a Francine pour mes commissions (commis de l'épicerie). J'y parle juste par téléphone. Elle a un cancer du poumon (émue). Je les connais juste par téléphone, pis je les aime. C'est comme ma famille ça.»*(04-112)

Toutefois, même dans leurs relations avec des amies ou avec des gens de leur entourage, ces femmes vivent différents écueils. Par exemple, elles déplorent l'abus qu'elles ressentent dans certaines relations avec certaines de leurs connaissances où elles jugent donner plus qu'elles ne reçoivent :

Mme Berthe : *«Si je suis entourée? Pour rendre service, oui. Pas pour venir oui, une fois qu'ils ont eu ce qu'ils veulent, ils sacrent leur camp.»* (06-94)

Un autre écueil dans l'établissement de relations avec les gens de leur entourage est, pour ces femmes, le jugement sur les autres et le sentiment d'être jugée par les autres. En effet, elles se sentent jugées, et ce, le plus souvent de façon négative :

Mme Berthe : *«Non, moi j'ai un langage tsé, ...y'en a que ça déplait. Moi, j'men fous. Y'en a qui m'aiment, qui m'aiment. Ceux qui m'aiment pas, qui m'aiment pas. Parce que tu te rends malade avec ça. Si tu commences à te dire, elle dit ça pis elle, elle dit ça; ça finit plus.»* (06-45)

De même, ces femmes posent aussi un jugement sur les autres femmes âgées, se comparent à elles sur différents points et s'évaluent généralement mieux (plus jeunes, plus en santé, plus débrouillardes, plus riches..) que les autres :

Mme Paule : *«Vieillir là, si tu veux vieillir mal, tu t'assis, pis tu fumes, tu grattes des gratteux pis tu regardes des programmes pis devenir le derrière large de même, pis la, tu manges de la cochonnerie parce que pas le temps, t'as pas le temps, tu grattes! Tu veux venir riche! Ben voyons, tu veux pas venir riche avec ça là!»* (07-138)

Ainsi, elles ont peu de liens véritables avec les autres femmes âgées de leur entourage que le jugement, qu'il soit dans un sens ou l'autre, éloigne :

Investigatrice : *«Vous, quand dans vos activités, vous voyez les autres femmes de votre âge, comment vous les trouvez? »*

Mme Isabelle : *« Elles ont l'air vieilles! Je les trouve bien vieilles. Elles ont des cheveux blancs, elles sont grosses..euh..je sais pas. Je les trouve vieilles. Je ne vais pas être comme elles. Je ne pense pas. C'est une question de conception de la personne. Comment la personne est conçue. Je ne suis pas à ce point là.»* (05-125)

Par ailleurs, elles se tournent vers leur animal de compagnie pour trouver une présence réconfortante dans leur environnement immédiat. En effet, elles en ont presque toutes un et celles qui n'en ont pas, à cause de raison de santé, parlent de leur animaux du passé avec nostalgie. Sans dire que leur animal remplace une

forme humaine d'affection, il s'agit de la seule source d'affection dont ces femmes témoignent :

Investigatrice: *Qu'est-ce qu'elle vous apporte Molly (le chat)?*

Mme Rachel: *«Elle m'apporte beaucoup de bonheur. Le soir là, lorsque je suis allongée. Je prends ma petite couverture sur moi. Elle saute sur moi pis elle ronronne pis elle se roule. Ah oui, ah oui. Je l'aime. Je te le dis que si je ne l'avais pas, je ne sais pas ce que je ferais. Ah oui, ah oui.» (06-88)*

De plus, l'animal devient aussi une entrée en matière pour socialiser avec les voisins ou les passants :

Mme Isabelle :*« Ensuite, l'après-midi, je vais promener mon chien.»*

Investigatrice : *«Ah oui, vous avez un chien».*

Mme Isabelle: *«Ah oui, à chaque jour, après les programmes de télévision, tout le monde descend. On va dans la cour pour promener notre chien».*

Investigatrice : *«Il y a d'autres femmes qui ont des chiens?»*

Mme Isabelle : *«Oui, oui. On va ensemble promener notre chien.» (05-140)*

Les données présentes dans ces verbatim permettent d'identifier un premier pattern relatif aux relations humaines:

PATTERN : Les relations interpersonnelles de ces femmes ne sont pas toujours pleinement satisfaisantes et suffisantes ni toujours saines. Le lien avec un animal domestique vient nourrir, en partie, des besoins d'affection et de communication non-comblés.

D'autre part, les particularités des relations humaines de ces femmes se dévoilent aussi dans l'organisation de leur réseau social et de soutien. En fait, ces femmes qui n'aiment pas demander de l'aide ont, de plus, peu de sources fiables et stables d'aide et de soutien dans leur entourage. La précarité définit leur réseau de soutien qui s'affaiblit au rythme de leur vieillissement. Le vieillissement de ces femmes fait que leur réseau de soutien se modifie au fil des ans. Ainsi, des personnes qui étaient au cœur de leur réseau de soutien jusqu'à récemment

peuvent s'éloigner après quelques années, soit à cause de leur propre maladie ou vieillissement, ou à cause de l'ajout de nouvelles responsabilités, ou par un certain désintéressement par rapport à la lourdeur de leur rôle :

Mme Gisèle : *«C'est comme ma sœur, avant, elle venait mais aujourd'hui, elle s'occupe moins de moi. Elle danse deux fois par semaine pis y'a son garçon qui vient de s'acheter une maison. Elle s'est bien donnée ma sœur, elle a un garçon qui est cardiaque, elle s'en occupe pis elle s'occupe de sa fille aussi. Ça fait qu'elle manque de temps pour moi pis ça, ça me fait mal au cœur. De dépendre des autres... malgré que je suis encore semi-autonome, j'aime pas ça dépendre des autres. Moi, je suis prête à me donner mais c'est pas tout le monde qui est comme ça et qui vont êtes prêts à m'aider. Tsé qu'est-ce que je veux dire?» (02-210)*

Puisqu'au fil des ans, ces femmes ont perdu des relations qu'elles entretenaient avec des membres de leur famille en raison de la mort des proches, la maladie (de soi et des proches), l'éloignement géographique ou la rupture volontaire de liens due à des situations d'abus, elles ont maintenant à créer de nouveaux liens sociaux pour renforcer leur réseau de soutien. Les personnes nouvellement présentes dans leur entourage ne sont toutefois pas nécessairement enclines à assumer des rôles d'aidant auprès de ces femmes ou acceptent de ne le faire que de temps à autre :

Mme Clémence : *«Des voisins? Il ya juste ce monsieur là, qui s'inquiète. L'autre jour, j'ai laissé la porte ouverte, il est allé voir le concierge et il lui a dit, la porte de la dame à côté de moi est ouverte. Ils sont venus et j'ai dit : entrez. J'ai dit, je n'ai rien. Un jour, j'étais sortie, j'avais des sacs, deux sacs Canadian Tire, et puis, j'avais les sacs dans les mains et pendant que j'allais prendre mes clés pour ouvrir la porte il a dit «Stop», il a ouvert la porte pour moi et il a mis les sacs derrière la porte. Je lui ai dit, c'est quoi votre nom? Il a dit D. et moi, j'ai dit Mme X. Je ne l'ai pas revu après. » (01-210)*

Ces particularités des liens sociaux de ces femmes ont comme conséquence la fragilité de leur réseau de soutien naturel. Cette fragilité est le résultat d'un réseau qui n'est parfois constitué que d'une seule personne, ou qui ne repose que sur les épaules d'aidants qui sont eux-mêmes malades, âgés et

affaiblis, ou qui n'est constitué que de personnes qui gravitent dans l'environnement immédiat de ces femmes et qui acceptent de répondre à des demandes ponctuelles de celles-ci.

De ces autres données de verbatim, le dernier pattern décrivant le facteur des relations humaines de ces femmes est identifié :

PATTERN : Le réseau social, de même que le réseau de soutien de ces femmes, se sont modifiés et effrités au cours des années, surtout au niveau des liens familiaux, et reposent de plus en plus sur les personnes de leur entourage immédiat qui acceptent de rendre certains services.

De ces deux patterns, le thème principal du facteur des relations humaines est identifié :

THÈME : Ces femmes côtoient nombre de personnes dans leur vie de tous les jours mais nourrissent peu de relations interpersonnelles significatives pouvant leur procurer une forme de soutien et cultivent peu de lien avec les membres de leur famille.

Ce n'est donc pas la quantité de personnes dans le réseau de ces femmes qui leur fait défaut mais plutôt la qualité et la solidité des liens interpersonnels qu'elles ont avec ces mêmes personnes.

S'ajoute à la fragilité de leur réseau de soutien, d'autres formes de précarité. La fragilité de leur situation économique est l'une d'entre elles. En effet, bien que la précarité économique soit un critère d'inclusion des participantes à l'échantillon de cette étude, lors des entrevues, ces femmes ont abordé différents aspects de leur situation économique en décrivant leur expérience de vieillir au quotidien. Les résultats qui suivent portent sur ce facteur.

Facteur économique

Le fait d'avoir suffisamment d'argent pour payer ses dépenses et combler ses besoins n'est pas suffisant pour dire que ces femmes n'ont pas de problèmes d'ordre financier. Il faut voir que la relation qu'elles ont avec l'argent va au-delà de leur capacité à se procurer les biens nécessaires et à payer leurs factures avec leur revenu disponible. La capacité à rencontrer ses obligations financières est un acquis pour elles, dû à la sécurité de revenu de la pension de vieillesse et à d'autres arrangements, tel le fait d'être locataire d'un logement dans une habitation à loyer modique (HLM). :

Mme Isabelle : «Je ne me débrouille pas mal. En plus, je suis dans un HLM et ça aide. J'ai attendu longtemps là. Ça me coûte moins cher. En fin de compte, il m'en ont trouvé un. Ça l'a bien tombé. J'étais rendue à mon autre loyer à 500\$ et dans ce temps là, mon bien-être était 560\$» (05-100)

Leur expérience de longue date de précarité économique fait en sorte qu'elles savent comment composer avec leur situation actuelle en gérant de façon rigoureuse leur budget, en faisant une planification «quotidienne» de leur argent plutôt qu'à long terme et en ayant développé plusieurs «trucs» pour économiser :

Mme Clémence: «Tout le monde sait que la vie coûte cher. L'autre jour, j'ai acheté 4 pains, 4 pains à 2,70\$. Avant, c'était pas comme ça. C'est la vie qui est dure mais vous êtes obligés de l'accepter.

Investigatrice : Vous, vous ne manquez de rien?

Mme Clémence : Non, si j'ai besoin d'aller à un endroit, si je veux manger quelque chose, je le mange. Si j'ai besoin de la chose, je dois l'acheter. Mais, comme aujourd'hui , je devais faire mon marché mais j'ai dit non, parce que lundi, je vais avoir mon chèque de pension et il va falloir payer le loyer, donc, je vais y aller après être allée à la banque. J'ai une affaire de 30 \$ dans mon porte-monnaie mais je vais pas le dépenser, on doit le garder pour les imprévus. Il faut vivre, il faut vivre. (01-180)

Ces femmes ont des repères différents pour évaluer leur situation économique (ex : être capable de payer son loyer et la nourriture essentielle, ne pas avoir de

dettes, faire des dons de charité).

Mme Paule : « *Si tu gaspilles tout avant de voir à tes affaires, ça fonctionne pas là. À la banque, ils prennent ce qu'il faut pour faire les paiements. Après, je sais que je peux donner ça de commande par mois pis que je peux dépenser ça par mois. Je ne manque pas, je peux même aller jouer au bowling. J'ai mes loisirs, j'aime ça avoir du fun.* » (07-96)

L'analyse des données contenues dans les verbatim reliés au facteur économique ont conduit à l'identification du pattern suivant :

PATTERN : Avec le temps, ces femmes ont appris à «normaliser» leur situation de précarité économique. Elles qui ont toujours vécu dans la précarité économique ou vivent dans cette condition depuis plusieurs années, disent ne pas manquer d'argent et ne pas en vouloir d'avantage.

Leur sensibilité particulière aux plus pauvres qu'elles et l'argent qu'elles leur donnent contribuent aussi à «normaliser» leur situation financière en leur permettant de se positionner comme «plus» riches que les plus pauvres et donc, à se distancer du statut de «pauvre». En effet, ces femmes ont beaucoup de sensibilité pour les autres qui sont pauvres et il est très important pour elles de donner de l'argent aux plus pauvres et aux œuvres de charité :

Mme Gisèle : «*Moi, ma priorité c'est les autres. Les autres passent avant. Comme moi, pour donner, j'ai pas beaucoup d'argent mais je pense toujours à donner. Du moment que j'ai pas de dettes parce que je peux pas supporter les dettes. Je réussis à avoir tout ce qu'il me faut, je peux toujours en avoir un peu pour donner aux autres. Je suis ben serrée mais j'en donne un peu pareil.* » (02-198)

Des données analysées dans les verbatim relatifs au facteur économique, le deuxième pattern suivant a été identifié :

PATTERN : Ces femmes parlent de la pauvreté surtout pour parler de celles des autres et ainsi, banaliser la leur.

Lorsqu'elles font un retour à leur propre situation économique, plutôt que de s'apitoyer sur leur pauvreté, ces femmes évoquent deux autres sources de problèmes financiers, soit les abus financier et l'attrait de la loterie.

En fait, malgré le fait qu'elles n'aient pas beaucoup d'argent, les abus financiers tel que mentionné précédemment sont une réalité pour elles. Par abus financiers, il est entendu tout autant les abus de la part de membres de la famille que les tentatives d'extorsion par un tiers. Chez les membres de la famille, ces situations durent parfois depuis de nombreuses années :

Mme Berthe : *« Mon fils, j'en ai un, 59 ans. Ça va faire 15 ans que je l'ai pas vu. J'ai pu d'argent. Nicole, sa femme, elle disait avant, quand j'habitais sur Parthenais, va voir ta mère Jean, on a besoin d'argent. Comment tu veux, 2000, 3000\$, 5000\$ pis je lui donnais. Je donnais, je donnais, mais j'en ai plus, j'en ai plus, j'en ai plus. »* (04-216)

Les abus financiers de la part de personnes extérieures à la famille mais présentes dans le réseau de soutien ou même complètement étrangères à ces femmes sont aussi des réalités avec lesquelles elles composent :

Mme Isabelle : *« Je leur (aux responsables de son Église) ai montré juste le papier du bien-être social de 342\$ par mois. Sinon, ils m'auraient pris 80\$ parce qu'ai 800\$ par mois. Je leur ai menti parce que si je leur avais dit, ça aurait été plus. À un moment donné, ils ont saisi ma carte du temple et ils ont dit, fait trois paiements de 48 \$ et après, on te remettra ta carte. Là, j'ai dit, comment je vais faire pour manger. »* (05-89)

Quant à la loterie, sous différentes formes, celle-ci est d'un attrait certain pour ces femmes bien qu'elles vivent une certaine «honte» à y participer. Elles disent souhaiter gagner des sous à la loterie pour trois raisons principales, soit pour pouvoir faire l'achat d'objets essentiels plus dispendieux (tel un dentier, des prothèses auditives), pour donner plus de sous ainsi que pour avoir suffisamment d'argent pour payer leurs arrangements funéraires. On constate que ces femmes ont toutefois besoin de justifier leur participation à des jeux de loteries en disant, par exemple, qu'elles donneront des sous si elles en gagnent ou feront des offrandes religieuses, comme si elles n'étaient pas tout à fait à l'aise, au niveau de leurs valeurs et du jugement des autres, de participer à ces jeux :

Mme Flavie : *« Oui, parce que j'ai beaucoup d'enveloppes. Aujourd'hui, je suis allée envoyer 11 enveloppes avec 5\$ dans chacune,*

ça fait 55\$. Tous les samedis soirs, à 8h45, ils jouent pour moi à la loterie australienne. Donc, j'ai confiance, je mets ça dans les mains de St-Joseph, de Ste-Anne, de St-Jude. Je leur promets 2 gros lampions. J'aurai l'argent. Ils auront leur récompense. La bonne Ste-Anne, elle va me faire gagner. Je la prie 2 fois par jour, matin et soir.»

Investigatrice: Cet argent, elle serait importante pour vous?

Mme Flavie: «Ben oui, je pourrais faire mes charités, je donnerais plus. J'arrangerais mon dentier; des fois, je suis obligée de l'enlever parce que je pourrais l'avalier. Je l'ai fait j'avais 21 ans! Avant moi, j'ai jamais rentré dans une loterie, je prenais des gratteux. Pis quand j'ai vu ce montant là, là...j'en ai de besoin. J'en ai pas assez pour m'enterrer. Pis je voudrais pas que Denis en mette pour moi tsé. Même, je veux les aider.» (03-199)

L'analyse des données présentes dans les verbatim relatifs au facteur économique permet l'identification de ce dernier pattern :

PATTERN : Ces femmes composent avec des «tensions» d'origine financière dans leur vie de tous les jours, et ce, même sans manquer d'argent pour leurs dépenses de base. Les abus financiers et la loterie sont sources de «stress» financier.

En effet, il ne faut pas réduire la notion de «difficulté financière» au fait de ne pas manquer d'argent pour ses dépenses de base. Au-delà de leur capacité de se payer les biens essentiels, les tensions que vivent ces femmes au niveau économique proviennent, entre autres, des situations d'abus financiers dans lesquelles elles se retrouvent, de leur relation trouble avec la loterie (soit l'équilibre qu'elles doivent tenter d'atteindre entre l'argent qu'elles y investissent et celle qu'elles perdent) ainsi qu'avec les choix qu'elles ont à faire au niveau de la planification de leurs dépenses quotidiennes. Des trois patterns identifiés dans les données, le thème principal suivant a émergé :

THÈME : Au quotidien, ces femmes vivent une relation complexe avec l'argent dans laquelle s'opposent différents sentiments dichotomiques d'attrance et de rejet. Ce rejet est nourri par les expériences négatives que fait subir l'argent à ces femmes (abus, stress, douleur devant la pauvreté des autres, etc.).

Dans ces résultats, une temporalité est décelable. Le passé de ces femmes se reflète dans leur adaptation à leur situation de précarité financière et l'avenir est présent dans leurs inquiétudes par rapport à leurs capacités de rencontrer leurs obligations financières dans le futur, notamment par rapport à leurs frais funéraires.

Au-delà du facteur économique, ce rapport au temps est présent dans toute l'expérience de vieillir de ces femmes. Les résultats en lien avec l'ethnohistoire (décrite ici sous la forme du rapport au temps) sont présentés dans la prochaine section.

Le rapport au temps (l'ethnohistoire).

Dans le discours des informatrices sur leur expérience de vieillir, le temps (passé, présent et futur) se présente comme un facteur culturel puisque la relation de ces femmes avec le temps en est une qui influence leur expérience de vieillir. Par rapport au passé, les informatrices reconnaissent que celui-ci explique la vie qu'elles ont maintenant et qui elles sont devenues. Elles se définissent particulièrement par l'histoire des emplois qu'elles ont occupés et qui leur procurent encore des sentiments d'accomplissement et de réalisation :

Mme Berthe : *«Je travaillais dans les maisons privées. Je faisais les repas, le ménage. Pis le soir, j'allais travailler dans les cabarets pis la fin de semaine, je donnais les cours de ballet de jazz. Ben oui, ben oui, ben oui. Ça tue pas de travailler. Au contraire, j'ai l'air de vouloir me montrer intelligente mais non, je suis pas mieux qu'un autre mais j'ai vécu.»» (04-45)*

Quant à l'avenir, les informatrices ont dit tenter de ne pas y penser ou, du moins, de ne penser qu'à un avenir rapproché, et ce, parce qu'elles craignent que les années à venir soit porteuses de difficultés et problèmes sur lesquels elles n'ont pas d'emprise.

Investigatrice : *«Est-ce que c'est quelque chose à laquelle vous pensez à l'avenir?»*

Mme Rachel : *«Pas tellement, pas tellement. Je pense là peut-être à la semaine prochaine ou à l'année prochaine mais... dans plus loin là, non, non, je pense pas à ça. Si je suis encore là, on verra là.. Moi, je ne veux pas souffrir, c'est la première chose. Quand on souffre pas pis qu'on est capable de marcher, moi, je voudrais rester dans mon appartement ici aussi longtemps que possible. »* (06-206)

Finalement, évitant les retours au passé et les projections dans le futur, il semble que ces femmes vivent au jour le jour et sont de leur temps, c'est-à-dire qu'elles acceptent la modernité et l'évolution. Elles sont ancrées dans le présent et tentent de composer avec celui-ci :

Investigatrice : *«Donc, l'avenir, est-ce que vous l'imaginez?»*

Mme Flavie : *« Non, je me laisse porter au jour le jour. Un jour à la fois, comme la chanson. Ça c'est ça. Et puis, comme je te dis, je prie beaucoup, ça ça m'aide. »* (03-198)

Peu de résultats sont présentés en lien avec ce facteur puisqu'il est plutôt présent de façon transversale en lien avec toutes les autres dimensions de l'expérience de vieillir. Ainsi, des résultats décrivant le rapport au temps de ces femmes, il se dégage essentiellement un thème :

THÈME: Ces femmes vivent dans le moment présent, le seul sur lequel elles ont une emprise et par rapport auquel elles peuvent être en action. Sans être passéistes, elles ne sont pas tournées vers l'avenir, celui-ci étant incertain et anxiogène.

Le facteur ethnohistoire qui fait ressortir le rapport au temps présent de façon horizontale dans les différentes dimensions de l'expérience de vieillir conclut la présentation des résultats relatifs à la structure sociale de ces femmes.

La seconde section de ce chapitre est réservée aux résultats en lien avec la dimension de l'expérience humaine (santé/maladie et vieillissement) qui définit, en partie, l'expérience globale de vieillir au quotidien de ces femmes.

L'expérience de santé humaine

Dans cette section traitant de l'expérience humaine, les résultats relatifs à l'expérience santé/maladie et à l'expérience du vieillissement sont présentés.

L'expérience du vieillissement

Bien qu'elles acceptent l'âge qu'elles ont (soit le fait de vieillir), ces femmes disent se sentir plus jeunes, penser de façon plus jeune et avoir l'air plus jeune que l'âge qu'elles ont, c'est-à-dire qu'elles vivent sans se laisser influencer par la représentation attendue de l'âge qu'elles ont.

D'un côté, elles reconnaissent le caractère inéluctable du vieillissement et l'acceptent sans sentiments négatifs et, de l'autre, elles témoignent de l'expérience de vieillir en expliquant comment elles ont de l'emprise sur la façon de vivre cette expérience le plus positivement possible en adoptant certaines attitudes et façons d'être face à l'âge :

Mme Clémence : « Je danse moi seule là! Je danse là seule! Non, non je n'ai pas cette chose (vieillir) là en tête. Il ya des gens qui pensent que quand ils vieillissent, ils ne peuvent pas rien faire mais pas moi. Moi, j'ai le cœur jeune. Quand on vit avec le cœur jeune, on vit. Mais si vous pensez tout le temps à la vieillesse, vous ne pouvez pas faire telle chose, telle chose. Même si j'ai besoin de faire une petite couture, c'est difficile maintenant pour moi. Mais je trouve, je prends ce doigt et je fais comme ça.» (01-87)

L'idée de garder son cœur jeune pour se garder jeune est présente de façon récurrente chez ces femmes. Pour elles, le véritable âge c'est celui qu'elles décident d'avoir :

Investigatrice : *«Comment on fait pour rester jeune dans notre tête»?*

Mme Isabelle : «On se fixe un âge. Comme moi, je me fixe 55 ans. J'ai 50 ans et c'est tout. Donc, je vis comme si j'avais 50 ans. Je me peigne, je me maquille. Quand j'étais petite, on me mettait comme une poupée, ça m'est resté.» (05-90)

Mme Paule : *«Moi, mon cœur est jeune, je te parle, j'ai 75 ans mais je suis aussi jeune que toi dans le cœur. C'est épouvantable, mon cœur a pas vieilli, mes idées vieillissent pas. (07-102)*

Par ailleurs, l'apparence physique est aussi importante dans l'évaluation que font ces femmes de leur propre vieillissement et dans la façon qu'elles ressentent leur âge. En fait, elles cultivent cette impression d'avoir un âge plus jeune que leur âge véritable, non seulement par les procédés intellectuels décrits précédemment, mais aussi par le jugement et le regard favorables que posent les autres sur leur apparence physique ainsi que par les soins qu'elles portent à leur image :

Mme Isabelle : *« Je ne vois pas de mal à ça. Je ne m'apitoie pas là-dessus le fait de vieillir parce que les gens disent que je ne fais pas mon âge. Je ne donne pas mon âge à tout le monde là. Je me maquille, je ne me laisse pas aller. Je m'habille et je prends soin de moi. Oui, même en vieillissant on peut être coquette. C'est comme quand tu cherches un chum. » (1-105)*

Un premier pattern peut être identifié suite à l'analyse des données relatives à l'expérience du vieillissement chez les informatrices :

PATTERN : Ces femmes font une distinction entre le fait de vieillir (prendre de l'âge) et leur expérience personnelle du vieillissement (ressentir leur avancée en âge) sur laquelle elles disent avoir un pouvoir d'influence et de contrôle par les attitudes et comportements qu'elles choisissent d'adopter.

Bien qu'elles adoptent des attitudes positives face à leur vieillissement, ces femmes ne sont néanmoins pas inconscientes des difficultés qu'il crée dans leur vie et qui risquent d'augmenter avec le temps. En attendant, elles tentent de s'adapter du mieux qu'elles peuvent aux changements occasionnés par leur vieillissement, tout en croyant que surviendra ce jour où elles ne pourront plus compenser pour leurs pertes de capacités et ne pourront plus faire face seules aux difficultés engendrées par le vieillissement :

Investigatrice : *«Est-ce qu'il y a des choses qui sont difficiles quand on vieillit»?*

Mme Flavie : *«Ben oui, ben oui. Surtout pour se laver premièrement. Ça, j'ai de la misère. Malgré que je suis capable encore. Je suis pas capable de rentrer dans le bain, je suis pas assez forte. Je me lave à l'évier. J'ai une bonne crème là, ça lave bien. Mais là, ils vont venir me mettre des barres le CLSC. Parce que là, je peux juste me tenir après la toilette. Comme je te dis, je suis pas encore, Dieu merci, à venir jusqu'asteure, je suis bien, je sais pas pour combien de temps, mais je chante un jour à la fois, et c'est comme ça.» (03-230)*

Ces femmes donnent l'impression qu'elles vivent dans l'urgence du moment présent en attendant qu'un élément déclencheur vienne mettre fin à leur autonomie et leur impression de jeunesse. Elles sont conscientes du temps qui passe rapidement. Il apparaît que sans s'en rendre nécessairement compte, ces femmes ont développé des mécanismes d'adaptation pour réagir aux changements attribuables à leur vieillissement :

Mme Paule : *Tu sais, parce qu'à 75 ans, ta vie est finie, est finie. Tu peux pas vivre encore 30 ans. Si tu te rends à 100 ans, c'est beau pis c'est pas tout le monde qui se rend là! Quand tu pognes 80, tu peux dire wo là. Mais moi, je prends ça en riant, ça m'empêche pas de vivre. Je sais qu'on retourne tsé, mais on a pas beaucoup de...temps devant nous autres. Mais moi, je fais des projets quand même. Mais des projets pas longs, pas dans vingt ans. Parce que vingt ans, ça me donne 95. Pis à 95, je sais pas si je vais être en forme. Pis ça me tente pas non plus d'être trop vieille, la peau toute plissée pis la bouche ouverte. Je suis trop orgueilleuse, j'aime mieux partir avant ça. (07-174)*

La mort ne fait pas peur à ces femmes. Toutefois, ce qu'elles craignent, c'est la répercussion de leur mort sur les autres, soit le fait de laisser derrière soi des gens qui ont besoin d'elles ou le fait de créer des soucis à leur entourage avec les procédures entourant leurs funérailles :

Mme Gisèle : *«Moi, ça ne me ferait rien de mourir aujourd'hui, mais j'aurais pas voulu mourir avant mon mari parce que lui, il était quadraplégique. Je serais morte de peine de mourir avant lui pis lui, il serait mort de peine aussi. Il aurait pas été capable de tougher sans moi. Et puis, j'ai pas d'enfant, faque moi, mourir, ça ne me fait rien, faut que je meure. Pas que je veux mourir là, mais faut que je meure.» (02-177)*

Vieillir fait partie de la continuité de leur vie, et n'est pas un passage ou un moment précis. Pour elles, vieillir signifie ressentir que l'on perd de plus en plus de capacités et non que l'on accumule les années. Lorsque ces femmes disent qu'elles ne veulent pas vivre trop vieilles, elles veulent dire qu'elles ne veulent pas vivre sans être autonomes. Ainsi, les données relatives à l'expérience du vieillissement documentent un second pattern :

PATTERN : Ces femmes souhaitent ne pas vivre trop vieilles, soit jusqu'à un âge où elles perdraient plus de capacités. En ce sens, elles parlent ouvertement de la mort comme de quelque chose qui doit arriver en son temps et qui est préférable à la perte d'autonomie totale.

De ces deux patterns, le thème principal de l'expérience humaine de vieillir s'est révélé :

THÈME : Au quotidien, tant qu'elles se sentent capables de faire ce qu'elles ont à faire, ces femmes ne se sentent pas vieillir et elles repoussent le vieillissement en «vivant au jour le jour» et en adoptant des attitudes telles que profiter de la vie, avoir du plaisir et ne pas s'inquiéter.

Ces résultats démontrent, entre autres, que la perte d'autonomie et la dégradation de la santé sont des préoccupations présentes dans l'expérience du vieillissement de ces femmes. Les résultats qui suivent portent précisément sur leur expérience humaine de santé/maladie dans le contexte de l'expérience de vieillir au quotidien.

Expérience humaine santé/maladie

D'abord, la santé, pour ces femmes, c'est la capacité du corps à faire, à bouger, à répondre aux besoins. La santé, c'est la finalité de l'utilité du corps et non les conditions qui permettent d'atteindre cette finalité :

Investigatrice : «C'est quoi pour vous d'être en bonne santé?»

Mme Flavie : *«C'est de faire les choses que j'aime encore, de les faire beaucoup moins vite, c'est sûr. Non, je ne me plains pas, je peux pas dire que...seulement, je suis plus lente mais des fois, je marche pas mal vite (rit). Ça c'est comme on dit, il y a des jours, où c'est plus facile et d'autres où c'est plus difficile.»* (03-57)

Il y a aussi chez ces femmes une perception dite holistique de la santé, qui va au-delà du corps. C'est aussi la santé mentale et l'autodétermination :

Investigatrice : «Donc, vous diriez qu'être en santé c'est...»

Mme Isabelle: *«D'être bien dans sa peau. Dans son corps et dans sa tête.»* (05-62)

Mme Berthe : *«C'est de rester en vie! De rester en vie, pas se faire runner par un autre. C'est ta vie à toi, prends-la ta vie, laisse-la pas bardassée par personne. Fais ta vie, je fais la mienne.»* (04-97)

De l'analyse des données issues des verbatim portant sur l'expérience santé/maladie, un premier pattern se dégage :

PATTERN : Pour ces femmes, la santé est un concept qui s'incarne au quotidien dans la possibilité d'être capable de faire ses choses (l'autonomie), d'être bien dans son corps, d'être lucide et d'avoir le contrôle sur sa vie.

Cette conceptualisation globale de la santé se concrétise aussi par une bonne alimentation, des pensées positives et le fait de continuer à faire seule ses activités quotidiennes et domestiques qui sont des incontournables à la promotion de la santé et qui sont au cœur de leur système de croyances et habitudes. Certaines ont des croyances et pratiques empruntées aux médecines alternatives ou au système traditionnel de soins génériques :

Mme Berthe : *«J'essaie de ne pas y penser, de pas toujours dire ayoye, ayoye. La cortisone, ça fait pas, c'est pour ça qu'ils voulaient m'opérer. Mais, tu te soignes par toi-même aussi si tu veux. J'essaie ça là, le curcuma, ça c'est pour l'inflammation, le cancer pis le foie. Le Tylénol, c'est dangereux pour le foie, les reins. Je me sens bien mieux depuis que je prends plus ça.»* (04-143)

Les croyances de ces femmes ne demeurent pas que des idées abstraites mais se concrétisent dans leur quotidien, dans des rituels «d'auto-soins» :

Mme Flavie :« *Mais asteure, je prends du nectar de pruneaux, du bon jus, un bon gros verre. Puis là, je mets 5 pruneaux dans une petite soucoupe pis je mange ça après. Ça, c'est bon pour le foie. J'ai mes vitamines, j'ai mes deux vitamines. J'ai Vitabec, ça c'est pour donner des forces. Pis là, je verse du lait 3%. J'en prends pas mal parce que je veux avoir des beaux ongles. Pis le calcium, vois-tu, j'en prends pas autrement.*» (03-78)

De plus, les informatrices de cette étude considèrent que de prendre soin de son corps et de son image est une démarche reliée de près à la santé. En fait, elles accordent de l'importance à prendre soin de leur corps, de leur beauté et de leur habillement dans le but de préserver un corps sain et une image de soi positive. Ce sentiment de bien-être global fait partie de leur définition de la santé :

Mme Clémence : «*Il faut prendre soin de vous. Vous êtes pas encore à la tombe! Prendre un bon bain le matin, un bon bain pour tenir le corps! Et en ce moment, je suis vieille, je ne dois mettre du rouge. Il y a des choses qui ne font pas à la vieillesse. Je vais mettre un gris, un bleu, un noir et blanc, un violet. Comme l'autre jour, j'ai mis un petit corsage noir, bleu, noir et c'était un peu décolleté, j'ai mis mon écharpe. Quand on est une personne âgée, il faut vivre selon notre âge. J'aime mettre des perruques, j'ai des cheveux mais j'aime les perruques.*» (01-102)

On peut constater chez elles le souci de conserver le contrôle de l'image qu'elles projettent, soit une image de santé et de vigueur ainsi que de jeunesse. Elles sont conscientes des efforts qu'elles doivent investir pour conserver cette image qu'elles désirent renvoyer aux autres mais aussi à elles-mêmes :

Mme Paule :«*Mais je pense que ma manière de vivre aussi, si tu penses à t'habiller, à te maquiller, à mettre des boucles d'oreilles, à t'arranger avant de faire ton ménage, pis pas les épaules courbées pis pas les culottes à élastique avec le ventre qui sort là.* » (07-88)

De ces données est identifié ce dernier pattern :

PATTERN : Ces femmes ont des croyances reliées à la santé et à la maladie qui se concrétisent de façon pragmatique dans leurs habitudes de vie quotidiennes et dans leur rituel de beauté.

Finalement, de ces deux patterns, un thème principal décrivant l'expérience humaine santé/maladie est ressorti :

THÈME: Chez ces femmes, la santé est un concept global, rattaché à des notions d'intégrité et de fonctionnalité plutôt qu'au continuum santé-maladie. La santé est pour elles ce qui permet, dans l'immédiateté du quotidien, d'être autonomes, actives, lucides, en contrôle sur leur vie et satisfaites de son image corporelle, d'où la notion d'intégrité et de fonctionnalité (autonomie fonctionnelle).

Dans cette conceptualisation de la santé, l'idée de combattre et de repousser ce qui peut créer ou démontrer une altération de leur santé (telles une baisse d'énergie, une diminution des activités ou de l'autonomie et une détérioration de l'image corporelle) est aussi présente. En ce sens, ces femmes se démontrent aussi très préoccupées par la prévention de la maladie et la promotion de leur santé. D'ailleurs, la prochaine dimension de l'expérience de vieillir au quotidien présentée, soit le système de soins, s'intéresse particulièrement à ces soins que se prodiguent ces femmes tout comme à ceux qu'elles reçoivent en provenance du système de soins génériques et professionnels.

Le système de soins

Les propos des informatrices-clé révèlent que leurs pratiques de soins sont basées sur un système de soins génériques diversifié et nourri de différentes influences. L'intention précise et concrète de préserver sa santé est présente derrière une multitude de comportements et d'habitudes de vie tels des comportements d'alimentation, d'hygiène, de sommeil, d'activités physiques (faire le ménage, danser, sortir), de loisirs (lecture, télévision, mots croisés, musique), et de bénévolat :

Mme Paule : *«Pour commencer là, moi je dis, que la santé, tu viens au monde avec ça. T'es malade ou t'es pas malade. Mais c'est la santé mentale qui est le plus important. . Pis moi, je lis beaucoup aussi. Pis je lis pas des folies. Je lis des biographiques pis des choses de même. Ta tête, faut pas qu'elle arrête de marcher. Ou quand je regarde la télé,*

c'est pour les jeux questionnaires qui font marcher la tête. Les documentaires sur les animaux aussi.» (07-106)

De plus, des influences du passé (remèdes de famille, habitudes de longue date) et des influences des approches actuelles (ex : médecines alternatives telles la naturopathie et la chiropractie ou la recherche biomédicale de pointe), en plus de l'influence des informations qui circulent dans les médias, nourrissent le système de soins émiques de ces femmes, qui s'en voit complexifié :

Mme Paule : «Comme là, l'infirmière du projet va m'appeler aujourd'hui, je vais lui dire que j'ai de la misère avec qu'est-ce qui m'ont donné. (Me montre l'appareil qu'elle utilise pour communiquer par internet ses données au sujet de saturation en oxygène à l'hôpital pour le projet de recherche auquel elle participe.) Ça, je le fais pour moi-même. Le fait que je fais ça, je suis sûre que je ne guérirai pas mais je suis sûre que je vais tougher plus longtemps qu'une autre» (07-114)

Mme Berthe : «Comme les docteurs pis tout ça. Ils ont hâte qu'on crève pour nous envoyer au cimetière. Ils s'occupent pas de nous autres. Mais pas avec moi, parce que moi je parle. Comme avec leur tylnol là. Moi, j'en avais 10 boites là, j'ai dis à Dre X de ramener tout ça. T'écoute pas à la télévision, le tylnol là, ça tue le monde, y'en a 5 de morts dans le mois. Parce que c'est des 500 ou 10000 mg pis tu vas chercher des pastilles, y' en a dedans, tu vas chercher un sirop, y'en a dedans, calcule tout ça, c'est pas bon pour l'estomac pis tu crèves.» (04-132)

Ainsi, les informatrices ont partagé leur bagage de connaissances folkloriques et actuelles sur la santé ainsi que les habitudes et comportements de santé qui leur permettent de se sentir en contrôle de leurs propres expériences de santé. Des données présentes dans les verbatim, un premier pattern est identifié :

PATTERN : Au quotidien, ces femmes posent des gestes, routiniers et communs, auxquels elles attribuent des vertus de promotion de leur santé et de prévention de la maladie. En identifiant, dans leurs comportements et habitudes de tous les jours, des composantes qui en font des comportements de santé, ces femmes ont l'impression de prendre plus de moyens pour protéger leur santé et pour repousser la maladie.

Quant au système de soins professionnels, il apparaît que les femmes de cette étude acceptent les recommandations professionnelles qui sont le plus en harmonie avec leurs croyances et interprétations des événements de santé/maladie ou le plus en harmonie avec les pratiques d'auto-soins qu'elles appliquent déjà. Conséquemment, dans leurs rituels de santé, elles incorporent des éléments/recommandations en provenance du système de soins professionnels en choisissant celles qui ont une résonance pour elles :

Mme Clémence: *«Parce que quand la maladie vous emporte, c'est dur. Comme l'autre jour j'étais malade, j'ai passé deux hôpitaux, ce qui fait que je prends des précautions en ce moment. Je mange, le matin je me lève, je prends mon café, je prends mes médicaments aussi. J'ai une chose pour l'appétit, je le prends aussi. Je vis, dans le temps que Dieu le veut, je vis.»* (01-167)

Les informatrices-clé ont dit accepter sans difficulté de prendre les médicaments prescrits quand elles en constatent les effets immédiats et concrets sur leur état de santé, leur bien-être ou leur capacité de fonctionner :

Mme Flavie : *«Regarde ici, des fois, je suis obligée de prendre des Ovol. J'ai une digestion lente. J'ai une petite pilule que je suis obligée de prendre 30 minutes avant de manger. Pis des fois, j'attends même 5 minutes de plus. C'est le matin pis le soir; le midi, j'en ai pas de besoin, avec mes céréales, pis mes pruneaux tsé.. »* (03-79)

Par ailleurs, elles perdent confiance dans le système de santé et les soins qu'elles reçoivent lorsqu'elles ressentent l'absence d'une attitude professionnelle, d'une approche sérieuse et rigoureuse, d'une présence chaleureuse et d'écoute par ceux qui dispensent les soins :

Mme Paule : *«J'avais un médecin moi, je l'ai laissé. Elle faisait ça pis c'était tout. Pis elle me regardait même pas dans les yeux, elle prenait son papier. Une vraie folle. Moi, je veux pas me faire soigner par une folle. Elle arrivait en robe en pointes, pas de sarrau. Non, elle était peut-être bon médecin mais elle était pas fine. C'était pas sa job pantoute.»* (07-144)

Ces femmes ont un sens critique aiguisé sur les soins qu'elles reçoivent et par rapport à l'attitude que les soignants adoptent à leur égard. Elles sont particulièrement sensibles aux comportements empreints d'âgisme. Elles sont personnellement préoccupées par l'objectif de rétablir leur santé et veulent ressentir ce même engagement chez les professionnels qui les soignent :

Mme Berthe : «C'est ça qui me choque, t'entends dire, elle est vieille, elle est vieille. Vous savez, à votre âge, c'est l'arthrose, c'est l'arthrite (en imitant une petite voix sarcastique). Ah ben, quand tu sais pu quessé dire Docteur, c'est cette maladie là que tu trouves. Fais donc passer des examens, fais passer des rayons x pis tu vas le savoir c'est quoi ma maladie, réellement.» (04-97)

C'est pourquoi, lorsqu'elles identifient cet engagement envers leur santé chez l'un des professionnels de la santé qu'elles côtoient, ces femmes lui accordent une confiance toute particulière. En effet, les informatrices de cette étude ont dit que parmi les différents professionnels de la santé qu'elles consultent, elles en privilégient souvent un (soit leur médecin de famille, leur pharmacien, leur chiropraticien, leur infirmière pivot) en qui elles ont confiance et qui exerce une influence importante sur leur acceptation ou leur rejet des soins/médicaments prescrits. Ce professionnel en qui elles ont confiance a même une influence sur leur acceptation des traitements prescrits par d'autres professionnels :

Mme Berthe : «J'appelle à ma pharmacie, j'ai une maudite bonne pharmacie. Eux autres, ils connaissent ça. Je lui dis, j'ai reçu une prescription, qu'est-ce que je fais avec ça? Il me dit, prends la pas, déchire là. Eux autres ils savent ce qu'il y a dans la pilule, parce qu'ils ont étudié pour ça. Eux autres, j'ai confiance. Je prendrai jamais une pilule sans téléphoner là.» (04-123)

Des données présentes dans les verbatim, un dernier pattern est identifié : **PATTERN** : Lorsque ces femmes vont vers le système professionnel de soins, elles veulent demeurer en contrôle de leur santé. Pour ce faire, elles n'acceptent que les recommandations professionnelles qui sont en harmonie avec leurs croyances et qui sont données par un professionnel de la santé démontrant une approche sérieuse, rigoureuse et une écoute chaleureuse à leur égard.

Ainsi, elles n'acceptent que des soins dont elles comprennent le mécanisme et la logique, qui rejoignent les mêmes objectifs que les leurs, qui répondent de façon concrète à leurs besoins et qui sont prescrits par un professionnel qui leur paraît crédible et digne de leur confiance. Ces deux patterns font ressortir les aspects principaux des éléments concrets du système de soins présent dans l'expérience de vieillir au quotidien de ces femmes. De ceux-ci le thème principal suivant se dégage :

THÈME : Face aux soucis ou aux problèmes de santé que ces femmes rencontrent dans le quotidien de leur expérience de vieillir, elles se considèrent comme étant les «expertes» de leur santé. Ce sentiment de compétence est aussi présent dans leur auto-administration de soins génériques que lorsqu'elles se confrontent au système de soins professionnels.

La présentation des résultats de cette dernière dimension de l'expérience de vieillir au quotidien documentée permet de mettre en évidence les croyances et conceptions qui sont propres aux femmes ainsi que leur désir de conserver le contrôle et le pouvoir sur leurs soins de santé.

En résumé, les résultats de cette étude ont permis de documenter trois dimensions de cette expérience, soit la structure sociale qui se détaille en six facteurs culturels d'influence, l'expérience humaine qui aborde la santé, la maladie et le vieillissement et le système de soins qui regroupe les soins génériques et professionnels.

Les résultats en lien avec la dimension de la structure sociale permettent de conclure que cette expérience de vieillir s'ancre principalement dans l'environnement intime du domicile de ces femmes, se concrétise dans des sentiments de liberté, d'indépendance et de contrôle, s'enrichit dans le don généreux de soi aux autres, se délimite à l'intérieur d'un réseau social peu garni où la solitude est mise en sourdine par l'entretien d'une routine quotidienne saturée de tâches à accomplir et s'épanouit dans une vision positive de la vie et le refus d'un statut de pauvreté et de dépendance.

Quant aux résultats relatifs aux dimensions de l'expérience humaine et du système de soins, ils révèlent que l'expérience de vieillir de ces femmes s'inscrit dans une volonté de préserver la fonctionnalité de son corps pour demeurer autonome jusqu'au dernier jour et de se positionner comme l'experte sur sa santé dans son rapport avec les soins professionnels reçus. Il faut préciser que ce bref résumé des résultats ne relève pas les subtilités qui colorent et enrichissent la substance de l'expérience de vieillir de ces femmes. Le chapitre suivant présente la discussion des résultats et permet d'élaborer sur la signification de ces résultats. Au préalable, un tableau résumé des résultats principaux de cette étude est présenté en guise de conclusion de ce chapitre.

Tableau 2. *Résumé des résultats*

Dimensions	Patterns	Thèmes principaux
Structure sociale Facteur environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Au quotidien, malgré ses imperfections aux yeux des autres, le domicile est le lieu où ces femmes se disent bien, où elles s'identifient dans les objets qui représentent leur vie et où elles ont le contrôle sur les éléments et l'état des lieux. • Ces femmes sont à la fois attirées et apeurées par l'environnement extérieur à leur domicile. Elles y sont attirées dans leur désir d'être en contact avec le paysage humain et pour combler leurs besoins matériels, tout en étant freinées par la présence de plusieurs dangers potentiels de leur environnement avec lesquels elles doivent négocier. 	<p>Dans leur vie quotidienne, ces femmes trouvent des stratégies pour composer avec les sentiments opposés que leur suscite l'environnement intérieur et l'environnement extérieur de leur domicile. Bien que leur expérience de vieillir s'inscrit principalement dans l'environnement du domicile (qui représente un lieu de sécurité et d'identification à soi où elles se réalisent et s'affirment), l'environnement extérieur est aussi important dans leur quotidien puisqu'il leur fournit des ressources essentielles (aliments, médicaments, autres biens) en plus d'être le berceau de leurs relations sociales.</p>
Structure sociale Facteur valeurs et croyances culturelles	<ul style="list-style-type: none"> • La valeur du don est centrale dans la vie de ces femmes qui sont particulièrement heurtées par la pauvreté et les besoins des autres et qui organisent leurs activités et prévoient leurs dépenses afin d'avoir suffisamment d'argent et de temps pour en donner à autrui. • L'institution de l'Église est remise en question par ces femmes dont les croyances religieuses s'épanouissent en-dehors de l'institution ecclésiastique et se concrétisent dans une réalité pragmatique et quotidienne. • Ces femmes croient dans le pouvoir de leur pensée positive sur le cours des événements de leur vie. De cette façon, elles témoignent de leur confiance dans la vie. Elles mettent de l'avant un optimisme qui leur donne une sensation de contrôle sur la portée que les événements ont sur elles. 	<p>La valeur culturelle prédominante de ces femmes qu'est l'importance de donner aux autres, ainsi que leurs croyances, permettent, de façon concrète, le bon fonctionnement de leur vie quotidienne en leur permettant de s'accomplir, de surmonter les épreuves et de conserver un sentiment de contrôle et d'espoir sur le cours des événements.</p>

Structure sociale Facteur mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Une fois qu'elles se sont adaptées à leur situation de femmes vivant seules, celles-ci considèrent ce mode de vie comme un avantage. Vivre seule donne à ces femmes une liberté qui leur permet d'accomplir plus d'activités satisfaisantes et de se réaliser dans des rôles sociaux différents. • Ces femmes cultivent une vie quotidienne exigeante, remplie d'obligations et de tâches à accomplir mais, qui leur procurent un sentiment d'accomplissement, de vitalité et de plénitude. • Ces femmes témoignent, par leurs attitudes, de leur désir de jouir pleinement de leur vie et de prendre soin d'elles-mêmes. 	<p>Ces femmes ont développé une série de réponses à leur statut de femmes vivant seules qui les protègent des effets négatifs de la solitude et leur permet plutôt de profiter des bons côtés de leur liberté et indépendance.</p>
Structure sociale Facteur relations humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Les relations interpersonnelles de ces femmes ne sont pas toujours pleinement satisfaisantes et suffisantes ni toujours saines. Le lien avec un animal domestique vient nourrir, en partie, des besoins d'affection et de communication non-comblés. • Pour différentes raisons, le réseau social de même que le réseau de soutien de ces femmes se sont modifiés et effrités au cours des années, surtout au niveau des liens familiaux, et reposent de plus en plus sur les personnes de l'entourage immédiat. 	<p>Ces femmes côtoient nombre de personnes dans leur vie de tous les jours mais nourrissent peu de relations interpersonnelles significatives pouvant leur procurer une forme de soutien et cultivent peu de lien avec les membres de leur famille.</p>
Structure sociale Facteur économique	<ul style="list-style-type: none"> • Avec le temps, ces femmes ont appris à «normaliser» leur situation de précarité économique. Elles qui ont toujours vécu dans la précarité économique disent d'abord ne pas manquer d'argent et ne pas en vouloir d'avantage. • Ces femmes parlent de la pauvreté surtout pour parler de celles des autres et ainsi, banaliser la leur. 	<p>Au quotidien, ces femmes vivent une relation complexe avec l'argent dans laquelle s'opposent différents sentiments dichotomiques d'attraction et de rejet. Ce rejet est nourri par les expériences négatives que fait subir l'argent à ces femmes (abus, stress, douleur devant la pauvreté des autres, etc.)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Ces femmes composent avec des «tensions» d'origine financière dans leur vie de tous les jours, et ce, même sans manquer d'argent pour leurs dépenses de base. Les abus financiers et la loterie sont sources de la plus grande part de leur «stress» financier. 	
Structure sociale Facteur du rapport au temps (ethnohistoire)	Aucun	Ces femmes vivent dans le moment présent, le seul sur lequel elles ont une emprise et par rapport auquel elles peuvent être en action. Sans être passéistes, elles ne sont pas tournées vers l'avenir, celui-ci étant incertain et anxiogène.
Expérience humaine Expérience de vieillir	<ul style="list-style-type: none"> • Ces femmes font une distinction entre le fait de vieillir (prendre de l'âge) et leur expérience personnelle du vieillissement (ressentir leur avancée en âge) sur laquelle elles disent avoir un pouvoir d'influence et de contrôle par les attitudes et comportements qu'elles choisissent d'adopter • Ces femmes souhaitent ne pas vivre trop vieilles, soit jusqu'à un âge où elles perdraient plus de capacités. En ce sens, elles parlent ouvertement de la mort comme de quelque chose qui doit arriver en son temps et qui est préférable à la perte d'autonomie totale. 	Au quotidien, tant qu'elles se sentent capables de faire ce qu'elles ont à faire, ces femmes ne se sentent pas vieillir et elles repoussent le vieillissement en «vivant au jour le jour» et en adoptant des attitudes telles que profiter de la vie, avoir du plaisir et ne pas s'inquiéter.
Expérience humaine Expérience santé/maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Pour ces femmes, la santé est un concept qui s'incarne au quotidien dans la possibilité d'être capable de faire ses choses (l'autonomie), d'être bien dans son corps, d'être lucide et d'avoir le contrôle sur sa vie. • Ces femmes ont des croyances reliées à la santé et à la maladie qui se concrétisent de façon pragmatique dans leurs habitudes de vie quotidiennes et dans leur rituel de beauté 	Chez ces femmes, la santé est un concept global, rattaché à des notions d'intégrité et de fonctionnalité plutôt qu'au continuum santé-maladie. La santé est pour elles ce qui permet, dans l'immédiateté du quotidien, d'être autonome, active, lucide, en contrôle sur leur vie et satisfaite de son image corporelle, d'où la notion d'intégrité et de fonctionnalité (autonomie fonctionnelle).

Système de soins

Système de soins génériques et professionnels

- Au quotidien, ces femmes posent des gestes, routiniers et communs auxquels elles attribuent des vertus de promotion de leur santé et de prévention de la maladie. En identifiant, dans leurs comportements et habitudes de tous les jours, des composantes qui en font des comportements de santé, ces femmes ont l'impression de prendre plus de moyens pour protéger leur santé et pour repousser la maladie.
- Lorsque ces femmes vont vers le système professionnel de soins, elles veulent demeurer en contrôle de leur santé. Pour ce faire, elles n'acceptent que les recommandations professionnelles qui sont en harmonie avec leurs croyances et qui sont données par un professionnel de la santé qui démontre une approche sérieuse, rigoureuse et une écoute chaleureuse à leur égard.

Face aux soucis ou aux problèmes de santé que ces femmes rencontrent dans le quotidien de leur expérience de vieillir, elles se considèrent comme étant les «expertes» de leur santé. Ce sentiment de compétence est aussi présent dans leur auto-administration de soins génériques que lorsqu'elles se confrontent au système de soins professionnels

CHAPITRE V

La discussion

Ce dernier chapitre propose une analyse critique de la présente étude selon trois aspects principaux, soit les considérations méthodologiques, les considérations théoriques ainsi que les principaux résultats de l'étude. Finalement, ce chapitre propose des recommandations au niveau de la pratique infirmière et de la recherche.

Les considérations méthodologiques

Dans cette partie du chapitre, il sera discuté de l'application de la méthode ethnonursing qui a structuré le processus de cette étude, des limites et forces de l'étude en lien avec l'échantillonnage, la collecte et l'analyse des données, ainsi que des critères de scientificité de l'étude.

La méthode ethnonursing

L'utilisation de la méthode ethnonursing a permis une vaste exploration du domaine à l'étude et a favorisé la mise en œuvre d'une démarche inductive dans l'étude du phénomène du vieillissement au quotidien de ces femmes. L'approche naturaliste de la méthode ethnonursing a favorisé l'émergence d'un contenu émiqique sur l'expérience de vieillir au quotidien.

Pour s'imprégner de l'univers des informatrices-clé de l'étude, Leininger a proposé l'outil «observation-participation-réflexion» dont les trois phases permettent une collecte d'informations et une interprétation des données précises et systématiques (Leininger & McFarland, 2006). Dans cette étude, la première phase du processus a été minimale compte tenu du contexte de rédaction d'un mémoire de maîtrise. Ayant une expérience professionnelle en tant qu'infirmière en soins à domicile auprès d'une clientèle âgée, l'investigatrice a dû, pour se protéger de l'influence de ses potentielles idées préconçues, être rigoureuse dans son écoute active des informatrices lors des entrevues et faire des retours constants aux retranscriptions des entrevues lors de l'analyse des données.

L'investigatrice a aussi ajouté à ses observations antérieures des femmes âgées, de nouvelles observations en assistant à deux diners organisés par des ressources communautaires pour femmes âgées vivant seules. Lors de ces diners, elle a pu observer ces femmes dans un contexte différent de celui du domicile. Ces nouvelles observations ont permis à l'investigatrice d'enrichir les données recueillies lors des entrevues individuelles concernant, notamment, les relations des informatrices avec les autres femmes âgées, leurs liens avec les bénévoles de ces organismes communautaires et leurs façons d'être (par leur habillement, leurs sujets de conversation, leur participation ou non à des jeux de groupe). Ces épisodes d'observation directe ont permis à l'investigatrice de constater à quel point d'autres périodes d'observation, dans des contextes différents de ceux de la vie quotidienne à domicile, auraient pu générer d'autres données et permis d'enrichir encore davantage les conclusions de cette étude.

La méthode d'analyse des données intégrée à la méthode ethnonursing a été respectée dans ses différentes phases, soit dans les quatre phases qui débutent avec le choix du domaine à l'étude et se terminent avec la formulation des thèmes principaux et recommandations de l'étude. Cette méthode a facilité l'atteinte d'une cohérence méthodologique et théorique entre le but de l'étude, la construction du questionnaire d'entrevue, la collecte des données ainsi que l'analyse des données pour l'identification de codes, de patterns récurrents, de sous-thèmes et de thèmes principaux significatifs.

Limites et forces méthodologiques de l'étude par rapport à l'échantillonnage

L'examen des différentes composantes méthodologiques de cette étude relève des forces et limites. Celles reliées à l'échantillonnage sont particulièrement significatives puisque directement reliées à la possibilité de transférer les résultats de l'étude (Bowen, 2008; Pires, 1997). La première limite au niveau de l'échantillonnage de cette étude est le nombre d'informatrices-clé recrutées. Basée sur la recension de plusieurs études ayant atteint un point de saturation avec ce nombre d'informateurs, Leininger (1997, Leininger &

McFarland, 2006) recommande la participation de 6 à 8 informateurs clé et de 12 à 15 informateurs généraux dans le cadre d'une étude de type mini-ethnographie. Comme prévu, seulement sept informatrices clés et aucun informateur général n'ont participé à cette étude. Compte tenu de ce petit nombre d'informatrices-clé, une certaine homogénéité dans l'échantillon aurait été bénéfique pour la consistance et la transférabilité des résultats. Toutefois, cette homogénéité a été réduite par le recrutement de deux femmes âgées d'origine haïtienne ayant immigré à Montréal dans leur jeune âge adulte. Compte tenu de leurs expériences passées et de leurs influences culturelles, l'expérience de vieillir au quotidien de ces deux femmes est partiellement différente de celles des autres participantes et a pu ainsi réduire la représentativité des résultats par rapport à l'expérience de vieillir au quotidien de femmes âgées montréalaises. Néanmoins, la présence de femmes âgées haïtiennes caractérise en partie le groupe sociétal des femmes âgées montréalaises en comparaison avec le groupe des femmes âgées en milieu rural québécois. En effet, selon Statistique Canada (2001), 83% des Canadiens d'origine haïtienne vivent à Montréal et 68% des Canadiens d'origine haïtienne âgés de plus de 65 ans sont des femmes, d'où la plus forte concentration de femmes âgées haïtiennes à Montréal.

Cette critique de l'échantillonnage ne signifie pas pour autant que toute forme d'hétérogénéité au sein de l'échantillon soit à proscrire. En effet, selon Pires (1997), une diversification interne à l'intérieur de l'échantillon «maximise l'étude extensive du groupe à l'étude». L'important, toujours selon le même auteur, est d'avoir une diversification des informateurs sur des variables significatives par rapport au but de l'étude. Dans cette étude, une diversification interne au niveau de l'âge, du statut civil et du lieu de résidence fut atteinte à l'aide de la technique d'échantillonnage par boule de neige avec l'aide d'informateurs connaissant plusieurs femmes âgées répondant à nos critères d'inclusion. Concrètement, la diversification interne s'illustre au niveau de l'âge des informatrices-clé. Nous avons ainsi recruté une informatrice dans la décade 60-69 ans, trois informatrices dans la décade 70-79 ans, deux informatrices dans

la décade 80-89 ans et une informatrice dans la décade 90-99 ans. Quant au statut social, quatre informatrices sont veuves alors que les trois autres sont divorcées, soit une répartition qui ne crée pas de surreprésentation d'un statut social par rapport à l'autre. Finalement, les informatrices-clés vivent dans cinq quartiers différents de Montréal, donc vivent dans des environnements les exposant à des influences et contextes différents. Cette diversification interne, atteinte par la méthode d'échantillonnage par boule de neige, favorise la généralisation empirique des résultats par saturation (Pires, 1997).

Une autre limite de cette étude liée à l'échantillonnage est la stratégie de recrutement des informatrices via des organismes communautaires donnant des services aux personnes âgées et avec l'aide d'intervenants de ces organismes. Cette stratégie a permis de guider l'investigatrice vers des femmes qui rencontraient les critères d'inclusion de l'étude. Toutefois, elle a aussi comme conséquence d'avoir rejoint des femmes âgées vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique mais ayant, forcément, des liens avec un organisme communautaire. Il est légitime de se demander si ces femmes ont un réseau social et de soutien plus dense et un niveau d'isolement moins important que les autres femmes âgées vivant dans les mêmes conditions socioéconomiques. Il faut toutefois se rappeler que les informatrices-clé, malgré leurs liens avec un ou des organismes communautaires, soulignent la précarité de leur filet de soutien social. Enfin, on peut se demander si, au contraire, ces femmes âgées vont vers les organismes communautaires parce qu'elles ont un filet de soutien social plus appauvri que les femmes âgées ne fréquentant pas ces organismes communautaires.

Limites et forces méthodologiques de l'étude reliées à la collecte et analyse des données

L'étape de la collecte de données a démontré que le choix de la technique d'entrevues semi-dirigées réalisées au domicile des informatrices-clés était judicieux. En effet, l'investigatrice n'a rencontré aucune résistance de la part de

ces femmes à la laisser rentrer chez elles. Au contraire, celles-ci ont même démontré un enthousiasme sincère à la recevoir et ont elles-mêmes prolongé l'entrevue au-delà du temps prévu parce qu'elles voulaient continuer de partager leurs pensées, leur vécu et leurs opinions.

Le fait de rencontrer ces femmes à leur domicile a permis à l'investigatrice de mieux s'imprégner de leur environnement et de mettre en contexte les propos transmis. Le fait d'avoir pu explorer à pied leur quartier en se rendant chez elles lui a aussi permis de comprendre certaines craintes, peurs et difficultés reliées à leur environnement. De plus, l'observation de l'atmosphère du quartier et de ses particularités sur les plans démographique, économique et de l'aménagement urbain a facilité la compréhension du mode de vie de certaines de ces femmes. L'investigatrice a aussi pu mettre en relation le récit actuel des femmes avec leur histoire personnelle, enracinée dans le quartier qu'elles habitent depuis de très nombreuses années. Pour colliger toutes ces observations et réflexions, le journal de terrain s'est révélé un outil de collecte de données essentiel à la mise en contexte des données brutes des entrevues. Les données issues des observations ont permis d'ajouter de la profondeur et du sens aux thèmes principaux résultant de cette étude. De plus, ce journal de terrain a permis de débiter l'interprétation et l'analyse des données dès le début de la collecte des données et a encouragé le processus itératif entre la collecte et l'analyse des données pour favoriser la construction de sens (Leininger, 1997; Pires 1997).

L'analyse systématique des résultats s'est basée sur les quatre étapes proposées par Leininger (1985, 1997; Leininger & McFarland, 2006), soit 1) la collecte et la retranscription des données brutes 2) l'identification de codes et de catégories 3) l'identification de patterns récurrents et 4) la formulation de thèmes principaux et recommandations. L'utilisation du logiciel NVivo a facilité la retranscription des entrevues et l'organisation des données. L'immersion totale dans les données, soit depuis la réalisation des entrevues, la retranscription de

celles-ci, leur lecture et relecture ainsi que leur codification a permis à l'investigatrice d'investir l'univers des informatrices, de s'imprégner du sens qu'elles donnent à leur expérience et de mettre en contexte les données recueillies.

Une limite importante dans l'analyse des données de cette étude a toutefois été l'absence d'une seconde entrevue avec les informatrices-clé, entrevue qui aurait pu permettre la validation des analyses préliminaires. D'ailleurs, Leininger (1997) recommande que les informatrices-clé soient rencontrées à trois ou quatre reprises afin de permettre la validation des interprétations faites de leur propos à différentes étapes du processus d'analyse. Cette seconde entrevue aurait permis de s'assurer d'une fidélité maximale au contenu émiqque de l'expérience de vieillir au quotidien pour ces femmes.

Les critères de scientificité

Bien qu'ayant évoqué, au passage, certains éléments des critères de scientificité, l'examen de chacun d'entre eux sera fait ici de façon plus substantielle et systématique. Tel que mentionné au chapitre trois, les six critères de scientificité proposés par Lincoln et Guba (1985, Leininger, 1991) sont ceux qui ont été retenus pour s'assurer de la qualité scientifique de l'étude. L'opérationnalisation de chacun d'entre eux est maintenant ici discutée.

La crédibilité

L'enregistrement des entrevues et la rédaction de notes d'observation dans le journal de terrain ont permis de maximiser la véracité et l'authenticité des données. De plus, lors des entrevues, l'investigatrice a posé des questions redondantes et croisées sur des thèmes centraux mentionnés par les informatrices (tels la santé, le vieillissement, l'autonomie, etc.) dans le but de valider leur définition personnelle de ceux-ci et de s'assurer que les propos recueillis reflètent l'expérience authentique des participantes. Par souci d'assurer la crédibilité de cette étude, des extraits de verbatims ont été présentés dans le

chapitre des résultats pour appuyer les patterns identifiés et permettre aux lecteurs d'en apprécier la fidélité.

Le caractère conforme des données

Afin de s'assurer que les résultats représentent l'expérience de ces femmes et ne soient pas le fruit d'interprétations distordues de leurs réalités dues à la présence de biais chez l'investigatrice, une revue des entrevues et des analyses fut effectuée par une chercheure experte et directrice de ce mémoire. Selon Polit et Beck (2008), cette méthode permet, entre autres, de mettre en évidence les potentiels biais, de vérifier si la démarche d'analyse est suffisamment profonde, si les données recueillies font un portrait adéquat du phénomène, si des conflits sont apparents dans les interprétations faites des données et si les interprétations et les thèmes qui en découlent s'harmonisent dans une conceptualisation créative du phénomène étudié. De plus, la liste des codes et catégories, inspirée du «*audit trail*» suggéré par Lincoln et Guba (1985) pour augmenter la robustesse en démontrant la conformité des résultats, est disponible en appendice F.

A posteriori, il aurait été intéressant de trianguler les méthodes de collecte de données pour en accroître la conformité (Bowen, 2008; Polit et Beck, 2008). Par exemple, un *focus group* informel composé de femmes correspondant à nos critères d'inclusion, aurait pu être tenu. De même, l'analyse d'un cas contraire (*negative case analysis*) (Bowen, 2008; Polit et Beck, 2008), telle une entrevue avec une femme âgée vivant en couple à domicile dans un contexte de confort économique, aurait aussi pu solidifier le caractère conforme des résultats au contexte précis des femmes.

La mise en contexte des données

La visite de l'investigatrice dans le milieu de vie des informatrices, la collecte de données sociodémographiques sur ces dernières et la tenue du journal

de terrain sont les éléments qui ont permis la mise en contexte (par rapport à l'environnement, l'histoire, les influences du milieu, etc.) des données tout au cours de l'interprétation et de l'analyse de celles-ci. Ces stratégies ont permis l'émergence d'éléments du savoir tacite des informatrices, soit, ce que Altheide et Johnson définissent comme « les vérités qui sont insaisissables puisqu'elles se situent entre les significations et les actions» (2000, p.296, traduction libre). En effet, toujours selon ces mêmes auteurs, les mots sont de pauvres représentations de l'expérience vécue (*life-world*). La prise en compte des éléments contextuels est donc essentielle dans l'étude du phénomène. Finalement, la présentation des participantes sous forme de description qualitative a aussi favorisé la mise en contexte des résultats chez le lecteur, en permettant à ce dernier d'entendre la «voix» et de saisir le «point de vue» des informatrices à travers la lecture des résultats (Altheide et Johnson, 2000).

La récurrence des patterns

La lecture et relecture des entrevues et la mise en relation des entrevues avec les notes du journal de terrain ont permis à l'investigatrice de déterminer les patterns récurrents dans les données recueillies. La fréquence de la redondance d'un pattern à elle seule ne suffit toutefois pas à motiver le choix de ce pattern comme faisant partie des résultats finaux. Ce fut plutôt la force de la signification d'un pattern dans l'expérience de vieillir de ces femmes qui a été le point décisif pour évaluer la pertinence des patterns retenus. La pertinence des patterns est d'ailleurs ce qui permet de s'approcher de la saturation empirique et est donc plus significative que la répétition mathématique d'un pattern dans l'étude d'un phénomène (Bowen, 2008). Toutefois, la force de la signification des patterns fut le plus souvent doublée de sa redondance dans la même entrevue et entre les différentes entrevues.

La saturation empirique

Atteindre la saturation empirique avec les moyens dont disposait l'investigatrice en termes de temps et de ressources et en fonction du petit

nombre d'informatrices-clé rencontrées s'avérait être un objectif difficilement atteignable. Toutefois, sans prétendre avoir atteint une saturation empirique exemplaire, l'investigatrice peut affirmer avoir atteint une saturation importante des données et ce, par l'atteinte de la redondance des codes et des catégories après l'analyse de la septième entrevue qui n'a ajouté qu'un nouveau code et aucune nouvelle catégorie à la liste existante à ce moment. Cette situation correspond en grande partie avec la définition de la saturation empirique de Pires (1997) qui affirme que ce type de saturation, différente de la saturation théorique de Glaser et Strauss (1967), est «*le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique*» (Pires, 1997, p.157).

La transférabilité

Les résultats de cette étude peuvent prétendre avoir un potentiel de transférabilité par généralisation empirico-analytique (Pires, 1997) de l'échantillon à un autre groupe constitué d'individus semblables, soit d'autres femmes âgées montréalaises vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique. À ces caractéristiques de base du groupe auquel les résultats de cette étude pourraient être transférés, il faudrait ajouter d'autres caractéristiques communes aux femmes de notre échantillon, soit le fait de vivre seule depuis au moins cinq ans, d'avoir un faible niveau d'éducation et d'avoir été active sur le marché du travail. Bref, bien que le transfert des résultats de cette étude soit envisageable, la généralisation analytique des résultats à un autre groupe doit être «plastique» au sens de Pires (1997, p.152), c'est-à-dire que la généralisation des résultats doit se faire dans un esprit critique, en y «saisissant les clés susceptibles de faciliter la compréhension de ce qui se passe ailleurs» et où la malléabilité des résultats doit être considérée pour permettre leur transfert à un autre groupe. La transférabilité des résultats n'est pas l'objectif premier d'une étude ethnonursing selon Leininger (Leininger & McFarland, 2006) qui stipule

qu'une telle étude doit essentiellement viser à construire un savoir en profondeur sur un phénomène particulier.

Si la discussion sur les aspects méthodologiques de la présente étude a révélé les particularités de l'application de la méthode ethnonursing et les limites et forces de l'étude, elle a aussi laissé transparaître les assises théoriques sur lesquelles reposent ses composantes méthodologiques. Ce chapitre de la discussion enchainera donc maintenant avec l'examen des aspects théoriques de l'étude.

Les considérations théoriques

D'emblée, il faut mentionner que l'association entre la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels de Leininger (1985; 1991; 1997) et cette étude s'est effectuée naturellement dès que le domaine d'intérêt de l'étude fut déterminé. En fait, cette théorie est, selon Leininger (2002), la seule théorie en sciences infirmières à se centrer sur l'étude explicite des relations entre la culture (d'un point de vue émique et étique) et ses liens avec des aspects de l'expérience humaine tels que le bien-être, la santé, la maladie et la mort. Bref, cette théorie a permis de soutenir le sens de cette étude qui cherchait à explorer une expérience humaine vécue par des individus appartenant à une culture unique. De plus, comme le soulignait Covan (2005), l'étude des aspects culturels et émiques dans la signification de vieillir est ce qui permet de prendre conscience de l'hétérogénéité entre les «groupes» de personnes âgées et de déconstruire les idées reçues sur le vieillissement.

Leininger, en développant cette théorie, a conceptualisé des outils pour en opérationnaliser les concepts centraux. L'un de ces outils, le modèle Sunrise a été au cœur de cette étude puisqu'il offrait un guide pour explorer la culture des informatrices en égard à leur expérience de vieillir au quotidien, et ce, de la recension des écrits, à la construction du questionnaire d'entrevue, jusqu'à l'analyse des résultats. Ainsi, l'organisation et la présentation des résultats autour

du modèle Sunrise de Leininger (1991) a permis de mettre en relief les différentes dimensions de l'expérience de vieillir au quotidien de ces femmes, soit les facteurs significatifs au niveau de leur structure sociale et les éléments particuliers de leur expérience santé/maladie et vieillissement ainsi que de leur relations avec le système de soins.

Une dimension présente dans la théorie des soins transculturels et dans le modèle Sunrise, soit la vision du monde, n'a pas été abordée dans la section des résultats. Bien que Leininger (1997) recommande que toutes les dimensions du modèle soit explorées pour un même domaine à l'étude, et ce, afin d'obtenir une base de données qui soit holistique, valide et exhaustive, elle soutient néanmoins qu'il ne doit pas y avoir une approche rigide du modèle Sunrise en recherche et que toutes les dimensions du modèle n'ont pas à être explorées dans une même étude. Elle suggère également que les chercheurs novices s'intéressent aux dimensions à la base du modèle (soit le système de soins et l'expérience santé/maladie et la structure sociale) et que les chercheurs plus expérimentés avec des approches ethnologiques étudient les dimensions supérieures du modèle (soit la vision du monde).

Ces considérations théoriques, tout comme les considérations empiriques abordées précédemment, font prélude à la discussion des principaux résultats de cette étude qui suit.

Les principaux résultats

L'interprétation des principaux résultats de cette étude seront discutés considérant les thèmes principaux ayant décrit la structure sociale, l'expérience santé/maladie et vieillissement ainsi que le système de soins des informatrices-clé par rapport à leur expérience de vieillir au quotidien. Les résultats de cette étude concluent à des indices de résilience, de pouvoir d'agir et d'autodétermination chez ces femmes tout comme ils relèvent la présence des concepts du sens de la vie et de l'identité dans leur expérience de vieillir.

Toutefois, ces conclusions sont fortuites et un devis de recherche visant l'étude spécifique de ces concepts chez ces femmes, soit de façon qualitative, quantitative ou mixte, pourraient révéler ou confirmer d'autres caractéristiques chez elles et favoriserait la pleine reconnaissance du potentiel de développement de ces femmes.

La structure sociale

Les résultats principaux qui décrivent l'expérience de vieillir au quotidien des femmes interviewées au niveau de la structure sociale dans laquelle elles sont ancrées ont été catégorisés en six facteurs culturels d'influence, soit, l'environnement, le mode de vie, les valeurs culturelles, les relations humaines, la situation économique et l'ethnohistoire.

L'environnement

L'environnement qui est apparu le plus significatif dans les propos recueillis auprès des informatrices est, sans conteste, leur domicile. L'environnement extérieur fut, quant à lui, surtout considéré pour souligner le contraste des sentiments suscités par cet environnement en comparaison avec le domicile, soit des sentiments d'ambiguïté versus des sentiments de bien-être, de valorisation, de pouvoir de contrôle et de décision. Un tel attachement à leur demeure ne provient pourtant pas du fait que ces femmes soient recluses dans le seul environnement de leur demeure. Pourquoi alors leur domicile est-il source de ces sentiments positifs?

Selon Shenk, Kuwahara et Zablostky (2004), l'importance qu'accordent les femmes âgées à leur domicile est intimement liée au fait que les femmes de cette cohorte ont investi énormément de temps et d'émotions dans leur maison puisqu'elles étaient essentiellement des femmes au foyer, rôle encouragé par les valeurs sociales de l'époque où elles vécurent leur âge adulte. Pourtant, dans le cas présent, aucune des informatrices ne fut une femme au foyer et toutes

n'eurent peu ou pas d'enfants bien qu'elles furent, néanmoins, soumises à l'influence de ces mêmes pressions sociales d'idéalisation du rôle de la femme au foyer.

Les travaux de recherche Rubinstein, Kilbride et Nagy (1992) auprès de personnes âgées vivant seules à domicile ont quant à eux révélé que c'est la réduction de l'espace disponible pour l'expression de son pouvoir de décision et de contrôle qui crée une intensification de l'identification du domicile comme lieu privilégié d'actualisation de son pouvoir de choix et de contrôle. En effet, le fait de vivre désormais seules et le fait de ne plus travailler à l'extérieur réduit le «domaine de choix et de contrôle» de ces femmes. Ces conclusions rejoignent les résultats de notre étude. De plus, ces auteurs font aussi un lien avec la culture de ces femmes bien que différemment de Shenk, Kuwahara et Zablostky (2004). Selon eux, c'est sous l'influence de la culture nord-américaine actuelle, glorifiant l'indépendance et l'individualité, que les sentiments d'accomplissement, de valorisation et de cohérence avec sa société sont renforcés par le fait de vivre de façon autonome et indépendante dans son domicile.

À cela, nos résultats ajoutent que les femmes s'identifient à leur domicile, notamment à travers les objets qu'il renferme, plusieurs des informatrices ayant des demeures encombrées d'une multitude d'objets nuisant même à la fonctionnalité et la sécurité des lieux. À ce propos, Swenson (1998) confirme que le domicile devient une manifestation de la réalité intérieure des femmes âgées, soit de leur identité et de leurs relations avec leur entourage (notamment par les photos ou les objets qui ont été donnés par la famille ou ami(es) à ces femmes). Selon Cram et Paton (1993), basé sur les résultats de leur étude réalisée auprès de 30 femmes âgées néerlandaises vivant dans trois types d'habitation différents (maison, résidences pour personne âgées et centre d'hébergement de longue durée), le fait que les femmes âgées ne puissent plus autant recevoir de validation externe de leur identité, renforce le pouvoir de leurs possessions dans l'affirmation de leur identité. Leurs objets signifient pour elles

qui elles ont été, avec qui elles ont vécu et sont la somme de ce qu'elles sont maintenant (Cram & Paton, 1993).

Tel que mentionné, l'environnement extérieur au domicile fait naître chez ces femmes des sentiments dichotomiques. Celles-ci veulent sortir de chez elles pour demeurer actives, remplir leurs obligations (épicerie, banque, etc.) et pour aller à la rencontre des autres. Toutefois, elles ressentent un malaise lorsqu'elles sont hors de chez elles, malaise nourri par la peur des risques et dangers de l'environnement physique et humain extérieur. La peur de tomber, la peur de se faire attaquer, la peur d'être fatiguée en marchant trop loin de chez elles ont notamment été verbalisées. Ainsi, il est donc possible d'avancer que le fait de sortir dans l'environnement extérieur permet à ces femmes de combler, en partie, leur besoin d'être relation avec les autres mais, en même temps, ébranle leur besoin d'autonomie et de compétence en raison des embûches, peurs et menaces mentionnées ci-haut. Le besoin d'être en relation avec les autres, celui de l'autonomie et celui de la compétence sont trois besoins qui ont été étudiés par Deci et Ryan (1985). En effet, ces auteurs ont identifié ces trois besoins comme composantes centrales de l'autodétermination d'un individu. L'autonomie, pour Deci et Ryan (2002) va au-delà de l'autonomie physique et suppose plutôt la capacité de décider pour soi de façon à agir selon sa volonté, son désir et en cohérence avec soi-même.

Les femmes doivent donc rechercher, dans leur relation avec l'environnement extérieur, un arrangement qui leur permet de se rapprocher d'un équilibre entre ces trois besoins. Pour ce faire, par exemple, elles négocient leurs sorties à l'extérieur ou leur contact avec l'extérieur (tel aller sur son balcon et regarder les gens passer sur la rue; sortir le jour seulement, utiliser des moyens pour cacher son argent sous ses vêtements, marcher vite et d'un pas assuré) de façon à réduire les impacts négatifs au niveau de leur besoin d'autonomie et de compétence et de façon à satisfaire leur besoin d'être en relation.

Valeurs et croyances culturelles

Les résultats relatifs à ce facteur de la structure sociale révèlent que le don, valeur prédominante dans le discours de ces femmes, et leurs croyances religieuses, qui s'épanouissent dans la vie concrète de leur quotidien plutôt que dans les idéaux ecclésiastiques, permettent à ces femmes de donner du sens à leur vie, de s'épanouir en s'accomplissant et de faire face aux difficultés de la vie en demandant de l'aide aux Saints qu'elles invoquent. En ce sens, on peut dire que leurs valeurs et croyances culturelles encouragent la satisfaction de leur besoin d'autonomie (par le soutien qu'elles recherchent dans l'aide divine), leur besoin de compétence (dans l'aide qu'elles donnent aux autres) et surtout, donnent un sens à leur vie. Ces résultats sont en harmonie avec ceux de plusieurs études ayant fait le lien entre les aspects spirituels et religieux et le renforcement des méthodes de coping (Fry, 2000; Maton & Wells, 1995), le bien-être (Fry, 2000; Kirby, Coleman & Dale, 2004) et le bien-vieillir (Koenig, George & Titus, 2004) chez les personnes âgées.

Fry (2000), dans l'étude qu'elle a conduite auprès de personnes âgées (n=240) entre 60 et 90 ans, a identifié une corrélation plus positive entre le niveau de paix intérieure («*inner peace*» qui se concrétise par la prière, la méditation, la contemplation) et le bien-être qu'entre le niveau de religiosité (fréquentation de l'église, etc.) et le bien-être chez les sujets vivant à domicile. Dans le même sens, les résultats de la présente étude soulignent que les aspects de religiosité et spiritualité de ces femmes s'affirment en dehors de la pratique religieuse traditionnelle, celles-ci démontrant une forme «d'indépendance» et «d'individualité» de leurs croyances et pratiques religieuses. S'épanouissant en dehors d'un cadre strict et se modulant de façon à répondre aux besoins des femmes, il faut s'attendre à ce que les croyances religieuses de ces femmes soient d'une grande diversité et unicité.

Il faut voir dans les résultats de cette étude que la relation de confiance avec Dieu est plus présente que les aspects de religiosité en soi. Ainsi, selon

Covan (2005), cette relation avec Dieu engendre un puissant sentiment de confiance en soi chez ces femmes puisqu'elle leur permet de convertir les situations d'adversité en occasions de se dépasser en surmontant les difficultés. Cette dernière conclusion rejoint de près la définition de la résilience. La résilience se veut la capacité à rebondir après une perte importante ou une maladie et la capacité à s'adapter avec succès à cette perte (Felter & Hall, 2001; Wagnild & Young, 1990).

Les relations humaines

Le don de soi, comme valeur culturelle prédominante des informatrices-clé, teinte, en plus de leurs valeurs et croyances religieuses, leurs relations humaines dans leur expérience de vieillir au quotidien. En effet, il apparaît, dans nos résultats, que le don, soit le don d'argent et de biens mais aussi, et surtout, le don de soi, de son temps et de son énergie aux autres est au cœur de la vie de ces femmes. Ces femmes n'ont pas hésité à dire que de donner est ce qui leur permet de s'accomplir, de donner du sens à leur vie et de trouver satisfaction malgré la fatigue et les sacrifices que leurs «dons» peuvent leur causer. Dans les écrits, le lien entre la qualité de vie et la capacité de donner un sens à sa vie est documenté, tel dans l'étude de Sarvimäki et Stenbock-Hult (2000) qui a conclu à une modélisation du concept de la qualité de vie chez les aînés où la capacité de trouver un sens à sa vie en est le cœur. De même, les travaux de Vanistendael et Lecomte (2000) ont permis d'élaborer un modèle théorique de la résilience (le modèle Casita) qui repose sur la capacité de donner un sens à sa vie.

Le don est aussi une façon pour ces femmes de transcender leur état. Par exemple, leurs propos ont révélé qu'en donnant aux plus pauvres que soi, elles surmontent leur propre état de pauvreté. De la même façon, en donnant aux plus malades que soi, elles dépassent leurs propres limites de santé. Il leur permet aussi de s'accomplir en se sentant utiles et compétentes, en plus de favoriser leurs liens avec d'autres personnes, cela pouvant renforcer leur capacité d'autodétermination (Messias, Jong & McLouglin, 2005). Wray (2004) ajoute

que le bénévolat et l'implication sociale donnent un sentiment de pouvoir et de contrôle aux femmes âgées parce qu'ils leur permettent de s'engager dans le monde.

En ce sens, l'étude qualitative de Messias, Jong & McLouglin (2005) sur l'expérience de bénévolat chez des femmes (âgées de 21-77ans) vivant dans la pauvreté (n=8) a révélé que le volontarisme favorise le réseautage social, le développement de savoir et d'habiletés, l'affirmation de l'estime de soi et de la confiance en soi, l'ouverture aux autres et le renforcement des communautés. L'étude qualitative de Kinsel (2005) conclut également que les liens sociaux des femmes âgées sont intimement reliés à leur engagement envers les autres et leur don de soi envers les autres. Bien que la réalité de proche-aidante pour un membre de la famille soit commune à plusieurs femmes âgées au Canada, considérant que 90% de l'aide et des soins donnés aux personnes âgées canadiennes sont donnés par des proches-aidants familiaux qui sont le plus souvent des femmes (Keating, 1999), aucune des informatrices de cette étude ne vivait actuellement une situation de proche-aidante familiale. En effet, dans la présente étude, les femmes âgées ont témoigné donner argent, temps, nourriture, vêtements, à des inconnus (tels des itinérants sur la rue), des connaissances, des organismes communautaires mais non à des membres de la famille (bien qu'une de ces femmes ait témoigné avoir eu une expérience de proche-aidante auprès de son défunt conjoint).

Cela reflète une particularité du réseau social de ces femmes, soit la présence effacée ou même l'absence de la famille dans ce réseau jugé, par ailleurs, peu supportant par ces femmes. Le lien entre le bien-être et le soutien social est largement documenté, tout comme l'est le lien entre la pauvreté et le manque de soutien social, ainsi que celui entre le manque de soutien social et une moins bonne santé et des taux de stress plus élevés (Gadalla, 2009). Toutefois, ces femmes, malgré leur constat de la pauvreté de leur soutien social, adoptent une attitude de confiance où elles croient qu'elles réussiront à se

débrouiller toutes seules lorsqu'elles seront dans le besoin où qu'elles pourront demander de l'aide formelle, par exemple, à leur CLSC. La capacité de recourir soi-même à des soins de santé est une manifestation de résilience (Smith, 2009) tout comme l'est l'impression d'avoir les capacités pour surmonter une épreuve (Kinsel, 2005). La résilience est un concept qui a été défini de multiples façons et sous l'influence de différents paradigmes (Felten, 2000). Un certain consensus se dégage tout de même autour de la définition voulant que la résilience soit la capacité à rebondir après une perte importante ou une maladie et à s'adapter avec succès à cette perte (Felten et Hall, 2001; Wagnild & Young, 1990).

Bien que ces femmes soit des aidantes de personnes autres que des membres de la famille, il n'en demeure pas moins qu'elles retirent de la satisfaction du fait de se donner. Selon Laguardia et Patrick (2008), il ne faut pas sous-estimer le potentiel des relations humaines à satisfaire les besoins psychologiques des individus, et ce, grâce aux soins qu'ils reçoivent dans le cadre de ces relations humaines mais tout autant par les soins qu'ils donnent aux autres. Toutefois, ces femmes ont témoigné une certaine frustration devant l'impression de donner beaucoup aux autres et de recevoir peu en retour. En d'autres mots, elles ont décrit souffrir d'un manque de réciprocité dans leurs relations sociales. L'impact de la réciprocité sociale sur le bien-être psychologique est d'ailleurs largement documenté dans les écrits et ce, notamment dans l'étude de Niemen, Martlein, Koskinen et al. (2010) qui ont étudié les liens entre une variété d'indicateurs du capital social et le bien-être psychologique chez des adultes de plus de trente ans (n=8028) et ont conclu que la réciprocité et la confiance sont les éléments du capital social ayant les plus fortes corrélations avec le bien-être psychologique. Selon Mauss (1950), dans son essai sur le don rapporté par Pitaud (2004), les relations de réciprocité dans le don sont essentielles au maintien du lien social.

Bien que les informatrices de cette étude regrettent ne pas recevoir autant qu'elles ne donnent, celles-ci ont également avoué être peu enclines à

approfondir les liens qui les unissent aux autres femmes âgées de leur entourage, soit celles qui pourraient leur donner certaines formes d'aide. Ces résultats rejoignent ceux de Letvak (1997) obtenus suite à une étude phénoménologique auprès de sept femmes âgées vivant seules à domicile en milieu rural. Cette auteure souligne que ces femmes érigeaient des frontières étanches autour de leur vie privée afin de préserver leur intimité et leur solitude de leur vie sociale et relationnelle. Carstensen, Isaacowitz et Charles (1999) rapportent que les femmes âgées vivant seules, en contrôlant et restreignant leurs liens sociaux, diminuent leur niveau d'interaction sociale afin de diminuer le fardeau d'émotions négatives qui peuvent découler des relations sociales. Elles protègent leur identité en choisissant précautionneusement les personnes avec qui elles entretiennent des relations sociales et en érigeant des barrières autour de leur vie privée et intime. Ces auteurs appuient ces conclusions sur la théorie de la sélectivité socioémotionnelle (Carstensen, Isaacowitz et Charles, 1999).

Une des barrières à la solidification des liens sociaux entre les informatrices et les autres femmes âgées qu'elles côtoient régulièrement (voisinage, organismes communautaires, lieux de rencontres divers tels restaurants, magasins) est l'impression d'être jugée par les autres de la même façon qu'elles-mêmes jugent les autres femmes âgées (sur leur apparence, leur corps, leurs maladies, leur situation de vie). Bien que ces attitudes puissent sembler nuisibles à première vue, selon Baltes & Baltes (1990), le processus de comparaisons sociales fait partie intégrante de la résilience chez les personnes âgées. Selon ces auteurs, les comparaisons sociales permettent l'ajustement de sa propre situation dans un nouveau cadre de référence, soit celui bâti sur la situation d'individus similaires à soi. Ce changement de cadre de référence permet d'éviter de ressentir un échec en se comparant à des individus qui vivent des situations «mieux» que la nôtre. Ces comparaisons sociales renforcent l'identité, la confiance en soi et l'ajustement aux transitions de vie.

Le mode de vie

Le mode de vie des informatrices de cette étude présente aussi des particularités en lien avec leur bien-être. En fait, ce mode de vie est notamment caractérisé par le fait qu'elles l'ont adapté pour réussir à se protéger de l'ennui et de la solitude en adoptant un style de vie actif où elles profitent de leur liberté de femmes vivant seules pour avoir un emploi du temps chargé. En effet, elles ont des routines quotidiennes occupées qui comprennent de nombreuses tâches et obligations. Ces femmes ont verbalisé l'importance qu'elles accordent au fait de travailler pour «se sentir en vie» et «se maintenir vivante» en ne succombant pas à la paresse ou à l'apitoiement. Selon Pastalan et Barnes (1999), les routines et les rituels aident à donner un sens à la vie en donnant des réponses aux individus à savoir qui ils sont, qu'est-ce qu'ils font et pourquoi ils le font. Ainsi, tel que discuté précédemment, en plus de l'importance que ces femmes accordent au don de soi, leur investissement dans le travail qu'exige leur routine quotidienne, nourrirait le sens qu'elles donnent à leur existence. De plus, ces routines faciliteraient l'ancrage dans l'environnement et la cohérence entre soi et son environnement (Pastalan & Barnes, 1999). Brunell (2001) souligne aussi que les femmes âgées vivant seules ayant participé à son étude utilisent des moyens pour éviter la solitude tels se garder occupées ainsi que prier, aider les autres et avoir des animaux de compagnie. Il ne faut donc pas voir ces routines comme une simple rigidité mais comme une façon de se préserver de l'angoisse qui pourrait découler de sentiments d'inutilité, d'ennui, de solitude, de non-sens à la vie et d'absence de rôle social.

Effectivement, malgré leur statut de femmes vivant seules, celles-ci ne se plaignent pas de solitude ni d'ennui. Toutes vivaient seules depuis plusieurs années et avaient eu le temps de s'adapter à ce nouveau mode de vie et d'en voir les avantages. Toutes, sauf la plus jeune informatrice, ont, en ce sens, formulé le désir de ne plus avoir de conjoint dans leur vie en expliquant qu'elles désiraient conserver leur liberté et leur indépendance. Tout comme les femmes participant à l'étude de Letvak (1997), les informatrices ont affirmé vouloir être

indépendantes et libres afin de pouvoir prendre les décisions qui leur conviennent et de pouvoir agir à leur façon, et ce, spécialement à l'intérieur de leur domicile. Cheng (2006), dans sa recension systématique des écrits sur les femmes âgées vivant seules, souligne que le désir d'indépendance des femmes âgées est ce qui leur permet de demeurer autonomes et en contrôle de leur vie, soit de s'autodéterminer. Il semble donc que ces gains découlant du fait de vivre seule que sont l'indépendance, la liberté et le pouvoir de choisir prévalent sur les retombées plus négatives de cette situation que peuvent être l'ennui, la solitude et la peur.

Le mode de vie des femmes âgées s'inscrit aussi dans le quotidien et le moment présent. Ces femmes ne sont ni passéistes ni intéressées à imaginer l'avenir. Leur ancrage dans le moment présent et leur désir de profiter de chaque instant fut plutôt sans équivoque dans leurs propos. Des postulats de la théorie de la sélectivité socioémotionnelle (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999) supportent ces résultats en soulignant ce changement dans la relation qu'entretiennent les personnes âgées avec le temps. Selon cette théorie, plus le temps qu'il reste à vivre à une personne est court, plus l'attention de celle-ci se concentre sur ses sentiments et ses émotions. Plus ses décisions se prennent en évaluant l'impact de celles-ci sur ses sentiments et émotions (plutôt que sur les impacts à long terme, par exemple) et plus son attention sera redirigée sur le moment présent (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Le contexte de précarité économique dans lequel vivent les informatrices-clé favorise aussi leur ancrage dans le moment présent.

La précarité économique

La précarité économique est effectivement une autre composante de leur situation sociale. Dans les résultats de cette étude, les difficultés d'ordre économique expérimentées par les informatrices n'étaient pas reliées à leur capacité à se procurer les biens pour répondre à leurs besoins personnels mais provenaient plutôt de tensions externes reliées à l'argent, soit par des situations

d'abus financiers, par un conflit de valeurs internes relié au fait de jouer à la loterie ou par la peur de ne pas avoir suffisamment d'argent pour recevoir les soins funèbres adéquats et pour laisser de l'argent en héritage. Si ces femmes n'ont pas verbalisé de difficultés à remplir leurs obligations économiques au quotidien, c'est d'abord parce qu'elles ont appris à «*coper*» avec la précarité financière dans laquelle elles vivent depuis de nombreuses années. En effet, d'emblée, toutes les femmes rencontrées ont affirmé ne pas manquer d'argent, pouvoir s'offrir de petites gâteries et sorties à l'occasion et ne pas avoir le désir d'avoir plus d'argent. Tel qu'abordé dans la recension des écrits, Szanton (2007), dans son étude corrélationnelle sur le stress, la pauvreté, la fragilité et la mortalité des femmes âgées de plus de 70 ans, fait une distinction entre la notion de situation économique d'une personne et celle de perception de sa situation financière. Selon les résultats de son étude, c'est davantage le stress relié à la perception d'une situation financière précaire qui nuit à la santé et au bien-être des femmes âgées que le seul fait de vivre dans la précarité financière, l'un et l'autre n'allant pas nécessairement de pair.

Questionnées sur leur point de vue quant à leur situation économique, les femmes de notre étude se sont dites plutôt chanceuses de pouvoir combler leurs besoins, d'avoir un appartement coquet et de pouvoir s'offrir de petits plaisirs. Il apparaît que des mesures sociales telles que la pension de vieillesse et les habitations à loyer modique favorisaient la situation économique actuelle de ces femmes en comparaison avec leur situation économique passée. Ces résultats rejoignent les propos des 62 femmes âgées vivant dans la pauvreté interrogées par Barush (1997) qui se décrivent comme «chanceuses» et «bénies». Selon cette auteure, ce recadrage de leur situation par les femmes âgées pauvres est le résultat d'une série de moyens de coping visant à protéger le «soi» des effets négatifs des stigmates de la pauvreté. L'un de ces moyens de coping commun aux femmes de cette étude et de celle de Barush (1997) est de mettre l'accent sur ce qu'elles ont (un logement, des beaux vêtements, une sortie au restaurant par semaine, etc.) plutôt que sur ce qu'elles n'ont pas. Une autre tactique fut de

redéfinir la pauvreté pour s'en exclure, en considérant, par exemple, la pauvreté comme étant le fait de manquer de nourriture. Finalement, la comparaison de soi avec d'autres personnes plus pauvres, tels les itinérants, se retrouve aussi comme moyen d'évitement du stigmatisme de la pauvreté. À ces moyens de coping, les femmes de notre étude ont ajouté celui de mettre en évidence les désavantages de la richesse («les riches n'ont pas de cœur», «avoir de l'argent crée plus de problèmes», «l'argent n'amène pas le bonheur, il y a des riches qui se suicident») pour rééquilibrer les aspects négatifs de la pauvreté. Ces résultats concordent aussi avec la théorie de la culture de la pauvreté de Lewis (1964) qui décrit celle-ci non comme pathogénique mais plutôt comme un ensemble de mécanismes d'adaptation socialement et collectivement construits à partir de la substance de la vie quotidienne des personnes pauvres (Harvey & Reed, 1996).

L'abus se retrouve au cœur des préoccupations économiques de l'expérience de vieillir des femmes de la présente étude et vient mettre en jeu leur bien-être et leur contrôle sur leur vie. En effet, plusieurs femmes ont verbalisé avoir été victimes d'abus financiers, l'une de la part d'un membre de la famille et les autres, par des inconnus (faux représentant des ventes, fausse femme de ménage, extorsion financière par la direction d'une résidence pour personnes âgées, pression exercée par une Église pour augmenter les montants donnés à la dîme). Il peut être surprenant de constater que des femmes âgées ayant visiblement de faibles revenus soient victimes d'abus financiers. Ce type d'abus est pourtant une réalité chez les aînés. Le taux de prévalence des abus financiers chez les aînés par des membres de la famille se situe, selon différentes études, entre 2,5% (Paradis & Racine, 2007), 3,5% (Launman, 2008) et 5,3% (Acierno, Hernandez, Amstadter, Resnick et al., 2010). L'étude d'Acierno, Hernandez, Amstadter, Resnick et al. (2010) a confirmé que l'absence de services sociaux et la dépendance dans les activités quotidiennes sont des facteurs qui augmentent le risque d'être victime d'abus financiers par des membres de la famille. De plus, le fait d'être une femme est aussi un facteur de risque reconnu (Paradis & Racine, 2007). Il faut noter que les principales études

sur les abus financiers chez les aînés traitent de l'abus financiers par des membres de la famille tandis que, dans le contexte de cette présente étude, les abus financiers par des inconnus furent tout autant relevés par les informatrices.

L'expérience santé/maladie et vieillissement

Les résultats sur l'expérience de santé/maladie au sein de l'expérience de vieillir des informatrices-clé révèlent que ces dernières ont une conception très globale de la santé. Elles associent la santé à l'intégrité et la fonctionnalité du corps qui permettent l'indépendance, ainsi qu'au sentiment d'être bien dans son corps et avec l'image qu'elles projettent.

Dans le but de maintenir un bon état de santé et de prévenir la maladie, qu'elles perçoivent d'abord comme une menace à leur autonomie et leur indépendance, ces femmes ont tout un système de croyances qui supporte un ensemble d'habitudes qui leur permettent de protéger leur santé. Dans le cas présent, il fut relevé que l'alimentation et les idées et pensées positives ainsi que le fait d'être active et de faire ses activités quotidiennes (AVQ) et domestiques (AVD) sont les trois aspects les plus importants pour le maintien de la santé et la prévention de la maladie chez ces femmes. Ces résultats concordent avec ceux de Brunell (2001) et de Bellin (2000) qui ont aussi identifié des comportements génériques de santé chez les femmes âgées tels l'alimentation (choisir les bons aliments qui ont des vertus pour la santé), l'activité physique, bien dormir et utiliser des remèdes maison. La pensée positive et l'accomplissement des AVQ et AVD en tant que comportement de santé chez les femmes âgées n'a pas été relevé dans les études citées précédemment.

Cette conceptualisation de la santé amène les femmes participant à cette étude à se dire en bonne santé, y compris chez les participantes atteintes de cancers ou de maladies chroniques. Cela démontre la force de l'importance de l'autonomie et de l'indépendance dans leur vision de la santé ainsi que le pouvoir sur leur santé qu'elles affirment dans leurs pratiques d'auto-soins. Tant

que ces femmes considèrent pouvoir utiliser leur corps pour accomplir les tâches nécessaires ainsi que pour avoir des loisirs (la danse, les sorties au restaurant, le magasinage, etc.), elles se considèrent en bonne santé. L'importance de la «fonctionnalité du corps» dans la conception de la santé est soutenue par les conclusions de l'étude de Wray (2004) qui affirme que le corps, pour les femmes âgées, représente leur outil pour «être dans le monde».

Ces résultats concordent aussi avec ceux de Bryant, Corbett et Kutner (2001) qui ont théorisé un modèle du bien-vieillir à partir de données recueillies, de façon quantitative et qualitative, auprès de 692 personnes âgées. Ce modèle révèle que pour les personnes âgées interviewées, vieillir en étant en bonne santé signifie «être capable de faire et d'aller (*going and doing*)», avoir quelque chose d'intéressant à faire, un équilibre entre les capacités et les difficultés rencontrées, avoir accès à des ressources d'aide au besoin et avoir une attitude positive. Ces résultats appuient l'importance de l'indépendance, de la compétence et de la résilience (avoir une attitude positive) dans le concept de la santé des personnes âgées.

L'étude de Clark (1998), réalisée plus spécifiquement auprès de femmes âgées, ajoute, quant à elle, des dimensions plus spécifiques à la réalité du genre féminin à la conceptualisation de la santé, telles l'actualisation de soi et une vision positive de son image corporelle, rejoignant les propos des femmes de la présente étude. L'étude qualitative de Maddox (1999) réalisée auprès de 25 femmes âgées entre 55 et 104 ans, ajoute aussi d'autres dimensions au concept de la santé, soit être en relation avec un être plus grand que soi, l'acceptation de soi, l'humour, la flexibilité et être orientée vers les autres. De même, l'humour, l'acceptation de soi et le fait de donner aux autres sont des éléments qui sont ressortis comme importants dans l'expérience de vieillir au quotidien des femmes de notre étude et plus spécifiquement, par rapport à leur expérience intime du vieillissement.

En somme, le vieillissement est apparu, dans les résultats de cette étude, comme étant un «phénomène» avec lequel ces femmes composent en adoptant des attitudes telles profiter de la vie, avoir du plaisir (*faire de l'humour*) et vivre au jour le jour. De telles attitudes amènent ces femmes à ne pas s'en faire outremesure avec les difficultés qu'elles rencontrent sur leur parcours et qui sont dues au vieillissement (ex : difficultés dans certains AVQ, douleurs et problèmes de santé, difficultés à se déplacer, etc.) mais plutôt à accepter ces situations, à s'y adapter le mieux possible et à «passer à autre chose». Wray (2004) ajoute que les femmes âgées font preuve de résilience et de pouvoir en mettant l'emphase sur ce qu'elles peuvent faire et ce qu'elles ont plutôt que sur ce qu'elles ont perdu ou n'ont plus. L'humour est un levier efficace pour surmonter de telles difficultés chez ces femmes tout comme le sont le fait de miser sur ses capacités et le fait de prendre soin de son corps et de sa beauté pour ne pas projeter une image de «vieille» aux autres et à soi-même (Hurd, 2000; Paulson & Willig, 2008)

Les femmes de la présente étude se sont dites conscientes des difficultés qui les attendent potentiellement, dans les années à venir, au niveau de leur santé et de leur autonomie. En ce sens, elles disent aussi craindre l'avenir au point où elles préféreraient mourir plus jeunes que de vivre assez vieilles pour avoir à vivre dans une situation de dépendance physique et de pertes cognitives. Elles voient la mort comme une alternative préférable à une dégradation de leur situation actuelle, soit à une perte de leur autonomie et de leur pouvoir d'action et de décision. Ces résultats contredisent, entre autres, ceux de l'étude de Covan (2004) qui avait identifié la préminiscence (soit la projection de soi-même dans le futur) comme une composante importante de l'engagement des femmes dans leur vieillissement. Cette différence est probablement due au fait que les femmes de notre étude ont un réseau de soutien fragilisé et qu'elles considèrent que la seule alternative au fait de vivre seule à domicile, dans une situation de perte d'autonomie, serait l'hébergement en centre de soins de longue durée, ce qu'elles considèrent comme étant la menace ultime à leur intégrité et leur qualité de vie.

Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Clark, Frankel, Morgan & al. (2008) qui ont mesuré et comparé la perception de la prise en charge de la santé chez des personnes âgées vivant dans une situation d'aisance financière (n=12) et de personnes âgées vivant dans la pauvreté (n=23). Les personnes âgées les plus vulnérables du point de vue économique étaient celles qui présentaient le moins d'espoir de vieillir en santé alors que les aînés plus fortunés croyaient et espéraient pouvoir vivre encore longtemps et en santé.

Bref, les femmes de cette étude composent, par divers moyens, avec leur propre vieillissement dans sa réalité quotidienne et actuelle mais ne semblent pas en mesure de trouver en elles les ressources pour envisager être capables de faire face aux difficultés qui les attendent dans l'avancée de leur vieillissement.

L'étude américaine Clark, Frankel, Morgan & al. (2008) faisait le lien entre ces résultats et le système de soins de santé privé des États-Unis qui rend l'accès aux soins de santé difficile pour les aînés peu nantis et n'ayant pas d'assurances privées. La situation étant différente dans le contexte montréalais de cette étude où le système de santé public donne un accès universel aux soins de santé, existent-ils d'autres facteurs dans la relation entre les soins professionnels et les femmes âgées montréalaises vivant seules dans la précarité économique qui peuvent intercéder et nuire à leur bien-être?

Le système de soins

Les résultats qui décrivent le système de soins tel qu'il s'incarne dans l'expérience de vieillir au quotidien de ces femmes démontrent que celles-ci ont des opinions mitigées sur les soins professionnels qu'elles reçoivent.

C'est d'ailleurs la conclusion que formulent Tannenbaum, Mayo et Ducharme (2005) suite aux résultats d'une enquête transversale («*What older women want*») auprès de 5000 femmes canadiennes âgées entre 55 et 95 ans portant, entre autres, sur leur perception de la réponse des soins de santé en regard à leurs propres priorités et besoins de soins. Les auteures concluent que

les femmes considèrent que les «prestataires de soins de santé» combleront une partie de leurs besoins mais en ignorent aussi une partie importante, soit celle qui englobe les préoccupations de santé que les femmes jugent les plus importantes telles l'incontinence urinaire, les pertes de mémoire, les chutes et la perte d'autonomie.

De même, les femmes de la présente étude déplorent davantage l'attitude inadéquate (à leurs yeux) des prestataires de soins plutôt que le manque d'accès aux soins professionnels. Elles leur reprochent un manque d'attitude professionnelle (dans l'habillement, la conduite, la façon de s'exprimer), d'une approche sérieuse et rigoureuse de leur problèmes de santé ainsi que l'absence d'une présence chaleureuse et d'écoute. Ce même besoin pour des soins professionnels donnés dans une relation thérapeutique empreinte de compréhension et de considération pour la santé physique et psychologique apparut dans les résultats de l'étude qualitative de Tannenbaum, Nasmith et Mayo (2003) réalisée auprès de 36 femmes âgées vivant à Montréal.

Les femmes de notre étude ont dit vouloir être prises au sérieux lorsqu'elles réclament des soins pour prévenir ou traiter un problème de santé. Elles ont, entre autres, mentionné ressentir du désintéressement de la part des professionnels de la santé à leur égard parce qu'elles sont «vieilles» et qu'il est plus simple de leur dire que tous leurs problèmes de santé sont reliés à leur âge plutôt que de chercher la réelle cause de leurs maux. Sans le savoir, ces femmes étaient en train de dénoncer des comportements empreints d'âgisme à leur égard.

L'âgisme, néologisme né dans l'ouvrage de Butler (1969) intitulé «*Ageism, an other form of bigotry*», se définit par Boudjemad et Gana (2009) comme « *un mécanisme psychosocial engendré par la perception, consciente ou non, des qualités intrinsèques d'un individu (ou d'un groupe) en lien avec son âge. Le processus qui le sous-tend s'opère de manière implicite et/ou explicite, et s'exprime de manière individuelle ou collective par l'entremise de*

comportements discriminatoires, de stéréotypes et de préjugés pouvant être positifs, mais qui s'avèrent plus généralement négatifs» (p. 372).

Dans le même sens, l'étude de Bernard (1998), qui avait pour but de comprendre la vision qu'ont les infirmières des femmes âgées qu'elles soignent, a révélé que les infirmières projettent leurs peurs et leur répulsion de leur propre vieillissement sur leurs patientes âgées. Sans tout expliquer de l'inadéquation entre les besoins des femmes âgées en matière de soins et les soins dispensés, de tels résultats laissent tout de même entrevoir que des tensions diverses peuvent s'immiscer dans la relation thérapeutique entre les femmes âgées et les prestataires de soins professionnels que sont, entre autres, les infirmières.

Si les femmes âgées de cette étude accordent de l'importance à recevoir des soins professionnels qui répondent à leurs attentes, c'est d'abord parce qu'elles-mêmes investissent beaucoup de temps et d'énergie dans les soins à leur santé pour conserver leur autonomie et prévenir la maladie. En fait, ces femmes se sont décrites comme étant celles qui savaient le mieux comment se soigner et identifier leurs problèmes de santé. Elles ont, en effet, exprimé une confiance importante en leurs propres capacités de juger de leur état de santé et de se soigner. Selon Gaylord (1999) les soins «maison» sont une source de pouvoir pour les femmes âgées. Ces soins génériques, souvent inspirés de recettes traditionnelles ou, de plus en plus, comme le mentionnèrent les femmes de notre étude, d'informations divulguées dans les médias (par exemple, l'effet anti-inflammatoire du curcuma ou les bienfaits du yoga) permettent aux femmes âgées de manifester leur autodétermination et leur indépendance face aux professionnels de la santé qui n'ont souvent pas ou peu de connaissances de ces remèdes traditionnels ou naturels.

Cette confiance en leurs soins génériques amène donc ces femmes à être plus critiques des soins professionnels qu'elles reçoivent lorsque ceux-ci ne sont pas en harmonie avec leurs croyances et interprétations de leurs maux ou avec leurs pratiques d'auto-soins. Seules les prescriptions médicales ou

recommandations infirmières qui sont en harmonie avec le système de soins génériques de ces femmes seront appliquées par celles-ci et deviendront leurs. Ce qui est parfois nommé comme de la non-collaboration aux prescriptions médicales et recommandations infirmières chez les femmes âgées est plutôt le résultat de l'entretien d'un fossé culturel entre le système de soins professionnels et les besoins, croyances et pratiques de soins (Gattuso & Bevan, 2000; Tannenbaum, Mayo & Nasmith, 2003; Cheng, 2006).

Ce constat ramène le concept de la culture à l'avant-plan de l'expérience de vieillir au quotidien des femmes âgées montréalaises vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique, et ce, après que fut relevées les particularités culturelles de celles-ci dans les trois dimensions de l'expérience humaine, soit la structure sociale et ses facteurs d'influence, l'expérience santé/maladie et vieillissement ainsi que le système de soins. Bien que de multiples exemples de résilience et d'autodétermination furent évoqués au passage, il n'en reste pas moins que des soins de santé culturellement cohérents avec l'expérience de ces femmes âgées pourraient contribuer à solidifier ces caractéristiques et à accroître leur bien-être dans une expérience de vieillir au quotidien la plus satisfaisante possible. C'est pourquoi, la prochaine section de ce chapitre de la discussion enchaîne avec les recommandations pour une pratique infirmière basée sur les résultats de cette étude.

Recommandations pour la pratique infirmière

La discussion des résultats de la présente étude démontre, entre autres, la singularité de l'expérience de vieillir des femmes âgées. Une expérience unique appelle une approche et des interventions qui en reconnaissent ses particularités. Cette idée est celle qui sous-tend le rationnel des soins culturellement cohérents tels que pensés par Leininger (1991). Des soins culturellement cohérents réfèrent à des décisions, un savoir et des actions qui sont instruits de façon à correspondre adéquatement et significativement aux valeurs et croyances culturelles ainsi qu'au mode de vie des individus. Ces soins ont comme but

d'améliorer le bien-être et la santé, de prévenir la maladie et la mort (traduction libre, Leininger & McFarland, 2006, p.15).

Ultimement, les résultats précédents sur les différentes dimensions de l'expérience de vieillir au quotidien de ces femmes doivent donc permettre de leur dispenser des soins dans le respect de leurs valeurs, leurs croyances, leur mode et leur situation de vie. Il s'avère que des soins infirmiers culturellement cohérents devraient aussi être un levier pour la reconnaissance et l'épanouissement des forces de ces femmes et une protection contre les écueils qui menacent leur bien-être et leur bien-vieillir. Pour ce faire, il est entre autres suggéré que des soins infirmiers basés sur une perspective d'empowerment adaptée à la culture de ces femmes pourraient favoriser leur bien-être par le renforcement de leurs forces et de leur sentiment de cohérence avec leurs valeurs, croyances et modes de vie.

Selon plusieurs auteurs, l'empowerment doit être perçu comme un tout qui englobe la capacité à faire un choix, la prise de conscience de ses propres forces et compétences et de son contrôle personnel ainsi que des sentiments d'estime de soi, de bien-être, d'efficacité et de confiance en ses propres capacités (Falk-Rafael, 2001; Kabrer, 1999; Shearer, 2007). Wray (2004) suggère que l'empowerment doit être ancré dans la culture de la personne et que les significations accordées à l'autonomie, l'indépendance et au pouvoir de choisir d'un individu soient culturellement cohérentes avec le contexte, le mode de vie, les valeurs et les croyances de celui-ci. Selon Shearer et Reed (2004), c'est le féminisme post-moderne de la fin des années 1960, qui a mis en évidence l'importance de prendre en considération la différenciation des individus (selon le genre, la classe sociale, l'ethnie, etc.) dans l'application du concept de l'empowerment. Ces considérations ouvrirent la voie à une conception culturellement sensible de l'empowerment. En lien avec cette perspective de l'empowerment «culturellement cohérent» et considérant les résultats de cette

étude relevant le fossé culturel à combler entre les soins génériques et professionnels, les recommandations cliniques suivantes sont énoncées.

- **Prodiguer des soins en tenant compte des spécificités propres au genre ainsi qu'à la culture et sous-culture des femmes âgées vivant seules à domicile dans la précarité économique :** Les résultats de la présente étude soulignent que ces femmes ont des croyances, habitudes et pratiques qui sont issues de systèmes culturels qui sont spécifiques à leur genre, soit au fait d'être femme, et à leur situation socioéconomique, soit au fait de vivre dans la pauvreté et de vivre seule à domicile dans une métropole. Ces résultats appuient l'importance de prodiguer des soins qui sont individualisés et non génériques à l'ensemble des personnes âgées afin de répondre aux besoins et aux attentes spécifiques de ces femmes. Des soins culturellement cohérents nécessitent aussi la redéfinition des concepts tels le bien-vieillir, la qualité de vie et même la santé, à l'intérieur du système de valeurs et croyances propres à ces femmes afin d'être en mesure de bien les accompagner vers l'atteinte de ces objectifs tels qu'elles les expérimentent.
- **Explorer avec ces femmes leur conception de la santé, leur perception de leur propre santé et les habitudes de santé et de prévention de la maladie qu'elles mettent de l'avant.** Pour ce faire, les infirmières doivent savoir reconnaître des comportements de santé dans des habitudes, croyances et comportements non traditionnellement reliés à la santé (par exemple, le fait de laver son plancher à tous les jours peut être un comportement visant la prévention de la maladie pour une femme âgée sans être typiquement reconnu comme tel). Elles doivent également élargir leur définition d'un comportement de santé et de la santé pour y inclure les aspects d'ordre spirituel et émotionnel qui sont significatifs pour ces femmes (tel leur rapport avec un être divin, l'importance accordée à la «fonctionnalité du corps ou encore l'importance d'être bien avec son image corporelle, etc.). Les infirmières qui prodiguent des soins à domicile sont dans une situation particulièrement favorable à l'identification de comportements de santé uniques à chaque femme puisque

ceux-ci sont le plus souvent ancrés dans la routine quotidienne et l'environnement du domicile. Elles doivent enligner leurs recommandations cliniques avec les éléments clé de la conception de santé de chaque femme et y intégrer des éléments de leur système d'auto-soins..

- **S'intéresser aux préoccupations prioritaires des femmes en lien avec leur santé, mêmes si celles-ci ne correspondent pas à la situation clinique pour laquelle des services professionnels ont été demandés** (Tannenbau, Nasmtih & Mayo, 2003). Pour ce faire :
 - Questionner les femmes sur leurs préoccupation en matière de santé et démontrer de l'intérêt pour les problèmes de santé soulevés par celles-ci en faisant preuve d'écoute active et de rigueur dans le traitement et l'analyse de leurs problèmes.
 - Avoir une attitude professionnelle à leur égard, les inclure dans la prise de décision ainsi que cultiver avec elles une relation thérapeutique chaleureuse où une place importante est faite à l'écoute de leurs besoins et de leur vécu ce qui favorise le sentiment de contrôle et de bien-être (Robert, 2004; Steward, Meredith, Brown & Galajda, 2000).
 - «*Coacher*» les femmes âgées avant leurs rendez-vous médicaux pour qu'elles soient outillées pour faire face à leur médecin et soient en mesure de lui poser les questions relatives à leurs préoccupations de santé. Si ces femmes sont en mesure d'exprimer leurs besoins et préoccupations, elles retireront plus de satisfaction des soins reçus et seront plus fidèles au plan de traitement choisi conjointement (Roberts, 2004).
- **Explorer avec ces femmes leur connaissance des services disponibles et leurs opinions ou croyances sur ces services (Shearer, 2007).** L'orientation de ces femmes vers des ressources ou services d'aide doit être faite en tenant compte de leur besoin d'indépendance où la reconnaissance de leur autonomie et la valorisation de leur accomplissement de leurs AVD et AVQ est centrale. Le rôle d'empowerment de l'infirmière auprès de ces femmes devrait être de

voir, avec ces dernières, de quelles façons les ressources et services qu'elles connaissent peuvent contribuer à protéger ou accroître leur indépendance et leur autonomie plutôt que de voir de quelles façons ces ressources peuvent combler leurs incapacités.

- **Valoriser le maintien à domicile de ces femmes en reconnaissant que leur chez-soi est le lieu où elles expriment leur pouvoir, leur contrôle et leur identité.** Pour ce faire, il est nécessaire de rendre disponibles les soins et services à domicile requis par la situation de ces femmes. Il faut se rappeler de l'importance de la signification du domicile pour ces femmes et adapter les interventions de façon à ne pas représenter une menace à cette chasse-gardée de leur pouvoir, de leur contrôle et de leur identité.
- **Éviter les comportements teintés d'âgisme** : par l'éducation des infirmières sur les mythes reliés au vieillissement, par un propre examen de conscience de ses peurs et craintes reliées au vieillissement et par l'empathie (Bernard, 1998).
- **Reconnaître le potentiel des femmes âgées** : Pour ce faire, il est impératif que les infirmières sachent et soient convaincues que les aînés, et autant les femmes âgées vivant seules dans la précarité économique, ont un potentiel important de développement, de résilience, d'autodétermination, d'apprentissage et sont en mesure d'adopter des attitudes et comportements positifs pour le maintien de leur santé et de leur bien-être (Viens, Leclerc, Moisan & Lebeau, 2007).
- **Favoriser, chez les femmes âgées, la reconnaissance de leurs forces internes** : Cela peut être fait en leur reflétant leurs capacités de résilience et d'autodétermination et en les invitant à parler de leurs propres forces internes (*positive self-talk*) (Shearer, 2007). Les encourager dans tout ce qui fut identifié comme sources de résilience, de sens à la vie, de sentiments d'accomplissement et de pouvoir (tel leur don de soi dans les relations avec les autres, leur relation avec Dieu, leur entretien et attachement à leur domicile, la signification des objets qui se trouvent dans leur demeure, leurs croyances dans la pensée positive, leur maintien d'une vie quotidienne active, leur autonomie dans les AVQ, AVD, etc.).

- **Respecter les limites exprimées par ces femmes :** Respecter leurs limites en sachant que, la plupart du temps, celles-ci ont une utilité dans la protection de l'identité et du concept de soi.
- **S'assurer de créer une relation de partenariat avec ces femmes en partageant le pouvoir avec elles plutôt qu'en exerçant un pouvoir sur elle.** Pour ce faire, Roberts (2004) suggère d'évaluer en permanence ses propres attitudes à titre d'infirmière pour s'assurer que ses comportements encouragent la participation et le pouvoir de décision. Toujours selon cette même auteure, une relation de partenariat permettrait aux femmes âgées de prendre pleine conscience de leurs forces internes puisqu'elle permet à celles-ci reconnaître de que leur expérience, leurs opinions, leurs droits, leurs forces et leur potentiel sont pris en considération.
- **Être à l'affût des menaces à l'intégrité des femmes âgées,** telles les situations d'abus par des membres de la famille et des personnes de l'extérieur.
- **Rassurer les femmes quant à leur avenir :** explorer leurs craintes et déconstruire les fausses idées. Les rassurer sur les services disponibles à domicile lorsqu'elles en auront besoin et faire valoir leur capacité de s'adapter aux différentes situations.
- **Militer, dans toutes les facettes de son exercice professionnel, pour la mise en valeur du «bien-vieillir» des femmes âgées vivant dans des conditions plus marginales** en étant sensible à l'adaptation culturelle de ces concept pour qu'ils soient cohérents avec la réalité des différentes sous-cultures présentes chez les personnes âgées.

Recommandations pour la recherche

Il faut rappeler que si la présente étude a adopté une méthodologie aussi exploratoire sur la globalité de l'expérience de vieillir au quotidien de ce sous-groupe de femmes âgées, c'est d'abord parce que les connaissances sur l'expérience de vieillir et sur le vécu des femmes âgées vivant seules à domicile dans la précarité économique sont encore parcellaires, notamment en recherche

en sciences infirmières (Covan, 2005). C'est donc dire que ce champ de recherche offre encore une multitude d'opportunités de développement de connaissances.

Par exemple, maintenant que les aspects les plus significatifs de l'expérience de vieillir de ces femmes sont en partie identifiés et que les expériences de santé/maladie ainsi que le soin, au sens des comportements de santé et de prévention de la maladie, sont apparus comme importants dans leur vie quotidienne, il serait intéressant de poursuivre plus en profondeur l'étude du système de croyances et d'habitudes qui soutient les pratiques de soins génériques de ces femmes. Ce champ d'étude serait particulièrement pertinent pour favoriser une pratique infirmière visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie auprès de ces femmes et basée sur des résultats probants.

La théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels offrirait un support théorique et méthodologique de choix pour la réalisation d'une telle étude puisqu'elle s'intéresse au soin culturel. Par ailleurs, poursuivre la recherche en ce sens pourrait documenter l'hypothèse d'un potentiel fossé culturel existant entre ces femmes âgées et l'univers professionnel des soins infirmiers et médicaux. En effet, dans la présente recherche, seul le savoir émique de l'expérience de vieillir au quotidien et ses différentes dimensions ont été étudiés. Toutefois, la théorie de la diversité et de l'universalité des soins culturels soutient l'importance d'étudier à la fois le contenu émique (générique) et le contenu étique (professionnel) d'un phénomène afin de pouvoir déceler les conflits culturels qui sévissent et éloignent les deux partis (Leininger, 2002). Dans le but de suggérer des actions pour réduire l'incohérence culturelle des soins professionnels offerts à ces femmes, l'étude du point de vue étique de l'expérience de vieillir de celles-ci s'imposerait.

L'étude des caractéristiques culturelles dans l'expérience de vieillir d'autres groupes de personnes âgées serait aussi pertinente pour enrichir le

corpus de connaissances sur la diversité de l'expérience du vieillissement. Par exemple, il est fort probable que l'étude de l'expérience de vieillir dans différents milieux (milieu rural, région éloignée, etc.), dans différents groupes sociaux marginalisés (hommes vivant seuls, hommes ou femmes itinérantes, vivant des problèmes de santé mentale, vivant en couple homosexuel, etc.) ou groupes ethniques et religieux particuliers relèverait d'autres perspectives et particularités qui pourraient briser l'image uniforme de l'expérience du vieillissement.

Du côté de la pratique clinique, de la gestion et de l'administration des soins infirmiers publics, de plus en plus de précautions sont portées à l'adaptation des programmes et des services offerts aux personnes âgées dans le but de répondre de façon culturellement sensible à leurs besoins (Cardinal, Langlois, Gagné & Tourigny, 2008). Ainsi, la recherche en sciences infirmières, en continuant d'élucider des pans de la culture de groupes de personnes âgées plus marginaux et moins entendus sur la scène publique, a le pouvoir de favoriser cette diversification des services offerts aux personnes âgées et de promouvoir la santé, le bien-être et le bien-vieillir de chacun.

Les prochaines générations et cohortes de femmes âgées, tout comme l'entièreté des prochaines cohortes de personnes âgées, présenteront inéluctablement une culture, des croyances et des valeurs différentes de celles d'aujourd'hui. La recherche en sciences infirmières sur l'expérience de vieillir des femmes âgées devra donc se renouveler au fil du temps afin de faire connaître, de la façon la plus fidèle et authentique qui soit, les besoins, les modes de vie ainsi que les forces et la valeur indiscutable de celles-ci au sein de nos sociétés.

Références

- Acierno, R., Hernandez, M.A., Amstadter, A.B., Resnick, H.S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D.G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100*(2), 292-7.
- Alex, L., Hammarström, A., Gustarson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2006). Constructions of various feminities among the oldest old women. *Health Care for Women International, 27*(10), 853-872.
- Altheide, D. & Johnson, J. (2000). Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. Dans Denzin, N. & Lincoln, Y. (éd.) *Handbook of qualitative research*. (pp. 485-499) Thousand Oaks, California: Sage.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2004). *Portrait de la population; Centre de santé et de services sociaux Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Saint-Louis du Parc*, Document consulté le 15 août 2008 à l'adresse <http://www.santemontreal.qc.ca/csss/jeannemance/docs/Trousse/Trousse-population.pdf>.
- Arendt, J. (2005). Income and «Outcomes» for elderly: Do the poor have a poorer life? *Social Indicators Research, 70*, 327-347.
- Barush, A. (1997). Self-concepts of low-income older women : not old or poor, but fortunate and blessed. *Journal of Aging and Human Development, 44*(4), 269-282.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beauvoir, S. (1970). *Le vieillissement*. Paris: Seuil.
- Bellin, L. (2000). *An exploration of older women growing older while living alone in a rural community*. Thèse doctorale inédite, Washington: Université de Washington.
- Bernard, M. (1998). Backs to the future? Reflections on women, ageing and nursing. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 633-640.
- Black, H.K. (1999). Life as a gift : Spiritual narratives of elderly african-american women living in poverty. *Journal of Aging Studies, 13*(4), 441-455.

- Boudjemad, V. & Gana, K. (2009). L'âgisme : Adaptation française d'une mesure et test d'un modèle structural des effets de l'empathie, l'orientation à la dominance sociale et le dogmatisme sur l'âgisme. *La revue canadienne du vieillissement*, 28 (4), 371-389.
- Bowen, G.A. (2008). Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qualitative Research*, 8, 137-152.
- Brunell, M. (2001). *Doing it for others; It gives me something to do: an ethnographic study of the older urban women living alone in poverty*. Thèse doctorale inédite, New York : Université de Columbia.
- Bryan, L.L., Corbett, K., & Kutner, J.S. (2001). In their own words: a model of healthy aging. *Social Science and Medicine*, 53(7), 927-941.
- Butler, R. (1969). Age-ism; another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Byles, J., Feldman, S., & Mishra, G. (1999). For richer, for poorer, in sickness and in health: Older widowed women's health, relationships and financial security. *Women & Health*, 29, 15-29.
- Cardinal, L., Langlois, M-C., Gagné, D., & Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz D.M. & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 65-81.
- Charpentier, M. (1995), *Condition féminine et vieillissement*. Montréal : Les éditions du Remue ménage.
- Cheng, C-Y. (2006). Living alone. The choice and health of older women. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(9), 16-23.
- Clark, C.C. (1998). Wellness self-care by healthy older adults. *Image*, 30, 351-355.
- Clark, D., Frankel, R.M., Morgan D., Ricketts, G., Bair MJ, Nyland, K. & Callahan, C.M. (2008). The meaning and significance of self-management among socioeconomically vulnerable older adults. *The Journals of Gerontology Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(5), S312-319.

- Conseil consultatif national sur le troisième âge (2005). *Ainés en marge, Vieillir pauvre au Canada*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Condition féminine Canada. (2000). *Réduire la pauvreté parmi les femmes âgées : le potentiel des politiques en matière de revenu de retraite*. Document consulté le 5 septembre 2008 à l'adresse URL : <http://www.swc-cfc.gc.ca/publish/research/000908-0662659271-f.html>.
- Condon, M. C. (2004). Class, ethnicity, age, physical status, and sexual orientation: Implications for health and healthcare. Dans M. C. Condon (Éds.), *Women's health: An integrated approach to wellness and illness* (pp. 21-40). York: Prentice Hall.
- Conseil des aînés. (2007). *La réalité des aînés québécois*. Québec : Ministère de la Santé et des services sociaux.
- Conseil du statut de la femme. (1999). Comment vont-elles? Dans Gouvernement du Québec (Eds.) *Des nouvelles d'elles. Les femmes âgées du Québec*. (pp. 28-42). [Document d'information] Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Côté, M. (1993). *Albertine, Clotilde, Marguerite, Octavie et les autres : une analyse du devenir-vieille de quelques femmes québécoises*. Thèse doctorale inédite, Montréal: Université de Montréal.
- Covan, E. (2005). Meaning of aging in women's lives. *Journal of Women & Aging*, 17(3), 3-21.
- Cresswell, J.W. (2008). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches (2ed)*. Thousand Oaks : Sage.
- Cram, F., & Paton, H. (1993). Personal possessions and self-identity : The experiences of elderly women in three residential settings. *Australian Journal on Ageing*, 12(1), 19-24.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York : Plenum.

- Delahaye, M.C. (1995). Les soins infirmiers transculturels. *Krankenpflege, 1*, 59-62
- Direction de la Santé publique. (1998). *Le rapport annuel sur la santé des populations; Les inégalités sociales de la santé*. Montréal: Régie régionale de Montréal-Centre.
- Dufort, F., & Guay, J.(2001). *Agir au cœur des communautés, la psychologie communautaire et le changement social*. Québec : Les presses de l'Université Laval.
- Dumas, A., Laberge, S., & Straka, S. (2005). Older women's relation to bodily appearance : the embodiment of social and biological conditions of existence. *Aging and Society, 25*, 883-902.
- Erikson, E.H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Falk-Rafael, A. (2001). Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of empowered caring. *Advances in Nursing Sciences, 24*(1), 1-16.
- Felten, B.S. (2000). Resilience in a multicultural sample of community-dwelling women older than age 85. *Clinical Nursing Research, 9*(2), 102-123.
- Felten, B.S., & Hall, JM.J. (2001). Conceptualizing resilience in women older than 85: overcoming adversity form illness or loss. *Journal of Gerontological Nursing, 27*(11), 46-53.
- Feste, C., & Anderson, R. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling, 26*, 139-144.
- Flick, U., Kardoff, E., & Steinke, I. (2004). *A companion to qualitative research*. London: Sage Publications.
- Fry, P.S. (2000). Religious involvement, spirituality and personal meaning for life : existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and insitution care elders. *Aging & Mental Health, 4*(4), 375-387.
- Gadalla, T. (2009). Sense of mastery, social support and health in elderly canadians. *Journal of Aging and Health Online First*. Document consulté le 10 mars 2010 à l'adresse url: <http://jah.sagepub.com/cgi/rapidpdf/0898264309333318v1.pdf>.

- Gangbè, M., & Ducharme, F. (2006). Le «bien vieillir»: concepts et modèles. *Médecine sciences*, 22(3), 297-300.
- Gattuso, S., & Bevan, C. (2000). Mother, daughter, patient, nurse: women's emotion work in aged care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 892-899.
- Garner, J.D. (1999). Feminism and feminist gerontology. *Journal of Women and Aging*, 11(2/3), 3-12.
- Gaylord, S. (1999). Alternatives therapies and empowerment of older women. *Journal of Women and Aging*, 11(2/3), 29-47.
- Giddings, L., Roy, D., & Predeger, E. (2007). Women's experience of aging with chronic condition. *JAN Original Research*, 3, 557-570.
- Girard, C. pour l'Institut de la statistique du Québec (2007). *Le bilan démographique du Québec*. Québec: Publications du Gouvernement du Québec
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1967), *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago : Aldine.
- Gonyea, J. (1994). The paradox of the advantage elder and the feminization of poverty. *Social Work*, 39(1), 35-45.
- Gueldner, S.H., & Britton, G. (2005). Giving voice to vulnerable persons: Rogerian theory. Dans M. Chesnay, M. (Éd). *Caring for the vulnerable* (pp. 111-118). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Harvey, D.L., & Reed, M. (1996). The culture of poverty, an ideological analysis. *Sociological Perspectives*, 39(4), 465-495.
- Helpard, H., & Meagher-Stewart, D. (1998). The «Kaleidoscope» experience for elderly women living with coronary artery disease. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(3), 11-23.
- Hockey, J., & James, A. (1993). *Growing up and growing old: ageing and dependency in the Life Course*. London: Sage
- Hurd, L. (2000). Older women's body image, an embodied experience: an exploration. *Journal of Women and Aging*, 12(3/4), 77-97.

- Irwin, S. (1999). Later life, inequality and sociological theory. *Ageing and Society, 19*, 691-715.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change, 30*, 435-464.
- Katz, S. (2005). *Cultural aging, life course, lifestyle and senior worlds*. Peterborough: Broadview Press Ltd.
- Keating, N. (1999). *Soins aux personnes âgées au Canada : contexte, contenu et conséquences*. Ottawa: Statistique Canada.
- Kirby, S.E., Coleman, P.G., & Dale, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults. *Journal of Gerontology; Psychological Sciences, 59B(3)*, 123-129.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2^e éd.). Laval: Beauchemin.
- Kinsel, B. (2005). Resilience as adaptation in older women. *Journal of Women and Aging, 17(3)*:23-39.
- Koenig, H.G., George, L.K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of American Geriatrics Society, 52*, 554-562.
- Korenman, S., Goldman, N., & Fu, H. (1997). Misclassification bias in estimates of bereavement effects. *American Journal of Epidemiology, 145*, 995-1001.
- Ladikta, J., & Ladikta, S. (2003). Increased hospitalization risk for recently widowed older women and protective effects of social contacts, *Journal of Women and Aging, 15(2/3)*, 7-28.
- Laforest, J. (1989). *Introduction à la gérontologie*, Lasalle: Hurtubise HMH.
- Laguardia, J., & Ryan, M. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie, 21(2)*, 45-60.

- Laumann, E., Leitsch, S., & Waite, L.J. (2008). Elder mistreatment in the United States: prevalence estimates from a nationally representative study. *The Journals of Gerontology series B Psychology Sciences and Social Sciences*, 63(4), S248–S254.
- Lauzon, J-S. (1980). Aperçu de quelques théories psychosociales du vieillissement. *Santé mentale au Québec*, 5(2), 3-11.
- Leininger, M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. San Diego: Grune & Stratton.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A Theory of nursing*. New York : National League for Nursing Press.
- Leininger, M. (1997). Overview of the theory of culture care with the ethn nursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 8(32), 32-52.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2002). *Transcultural nursing theories: Concepts research and practices* (3è éd.). New York: McGraw Hill.
- Leininger, M., & McFarland, M.R. (2006). *Cultural care diversity and universality, A worldwilde nursing theory* (2è éd.). Sudbury: Jones and Barlett.
- Letvak, S. (1997). Relational experiences of elderly women living alone in rural communities: a phenomenologic inquiry, *The Journal of the New York State Nurses Association*, 28(2), 20-25.
- Lewis, O. (1972). *Les enfants de Sánchez: autobiographie d'une famille mexicaine*. [traduit de l'anglais par Céine Zins]. Paris: Gallimard.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalist inquiry*. Newbury Park: Sage
- Lupien, S.J., & Wan, N. (2004). Successful ageing: from cell to self. *Philosophical Transactions of Royal society B*, 359, 1413-1426.
- Maddox, M. (1999). Older women and the meaning of health. *Journal of Gerontological nursing*, 25(12), 26-33.
- Maton, K., & Wells, E. (1995). Religion as a community resource for well-being: Prevention, healing, and empowerment pathways. *Journal of Social Issues*, 51(2), 177-193.
- Mauss, M. (1950). *Essai sur le don, sociologie et anthropologie*, Paris : PUF.

- McCormick, K., & Bunting, S.M. (2002). Application of feminist theory in nursing research: The case of women and cardiovascular disease. *Health Care for Women International*, 23(8), 820-834.
- McPherson, B. (1990). *Aging as a social process: An introduction to individual and population aging* (2è éd.). Toronto: Butterworths.
- Messias, Hilfinger, K., De Jong, M., & McLoughlin, K. (2005). Being involved and making a difference; empowerment and well-being among women living in poverty. *Journal of Holistic Nursing*, 23(1), 70-88.
- Miles, M.B., & Huberman, A.M. (2005). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Bruxelles: de Boeck.
- Morris, H., Kerr, J., Wood, M., & Haughey, M. (2000). Health promotion and senior women with limited incomes. *Journal of Community Health Nursing*, 17(2), 115-126.
- Morse, J.M. (1991). *Qualitative nursing research; A contemporary dialogue (Revised Edition)*. London: Sage Publications.
- Nieminen, T., Martelin, T., Koskinene, S., Aro, H., Alamen, E., & Hyypä, M. (sous presse). Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health*.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), *Les femmes, le vieillissement et la santé*, Document consulté le 12 octobre 2008 à l'adresse URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs252/fr/index.html>.
- Paradis, M., & Racine, P. (2007). *Mobilisation communautaire pour prévenir les abus financiers à l'égard des aînés dans la région de la Capitale-Nationale*. Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale. Document consulté le 12 mars 2010 à l'adresse url: http://www.collegemerici.qc.ca/collection/rsss03_quebec/mobilisation.pdf.
- Pastalan, L.A., & Barnes, J.E. (1999). Personal rituals: Identity, attachment to place, and community solidarity. Dans S. Benyamin & B. Ruth (Éds.), *Aging, autonomy and architecture : Advances in assisted living* (pp.81-89). Baltimore : The Johns Hopkins University Press.

- Patrick, D.L. (1997). Rethinking prevention for people with disabilities, Part 1: A conceptual model for promoting health. *Journal of Health Promotion, 11*(4), 257-260.
- Paulson, S., & Willig, C. (2008). Older women and everyday talk about the ageing body, *Journal of Health Psychology, 12*(1), 106-120.
- Pires, AP (1997) Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans: J.,Poupart, J-P., Deslauriers, L-H., Groulx, A., Laperrière, & R., Mayer (Éds). *La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp.113-172) Montréal: Gaëtan Morin.
- Pitaud, P. (2004). *Solitude et isolement des personnes âgées; l'environnement solidaire*. Saint-Agne: Éditions Érès.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research; Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Proctor, G. (2001). Listening to older women with dementia : relationships, voices and power. *Disability & Society, 16*(3), 361-376.
- Prus, S., & Gee, E. (2003). Gender differences in the influence of economic, lifestyle, and psychosocial factors on later-life health. *Canadian Journal of Public Health, 94*(3), 306-309.
- Ratcliff, K. (2002). *Women and health: Power, technology, inequality and conflict in a gendered world*. Boston : Allyn & Bacon.
- Ratna, J., & Rifkin, S. (2007). Equity, empowerment and choice: from theory to practice in public health. *Journal of Health Psychology, 12*(3), 517-530.
- Ray, R.E. (1996). A post modern perspective on feminist gerontology. *The Gerontologist, 36*(5), 674-680.
- Roberts, S. (2004). Empowering older women: Strategies to enhance their health and health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 35*(5), 664-670.
- Rodrigue, C. (1993). *Auto-efficacité, définition de la santé et comportements de promotion de la santé de femmes âgées vivant seules*. Mémoire de maîtrise inédite. Montréal : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

- Roper J.M., & Shapira, J (2000). *Ethnography in nursing research*. London : Sage.
- Rowe, J., & Khan, RL. (1998). *Successful aging*. New York : Random House.
- Rowles, G.D. (1993). Evolving images of place in aging and «aging in place». *Generations*, 17, 65-70.
- Rubinstein, R., Kilbride, J.C., & Nagy, S. (1992). *Elders living alone : Frailty and the perception of choice*. New York : Aldin de Gruyter.
- Sadler, E., & Biggs, S. (2006). Exploring the links between spirituality and successful aging. *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 267-280.
- Saillant, F. (1991). Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion. *Recherches féministes*, 4(1), 11-29.
- Santé Canada. (1999). *La santé des femmes âgées*. [Brochure]. Gouvernement du Canada.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1025-1033.
- Schensul, S., Schensul, J., & Lecompte, M. (1999). *Essential ethnographic methods, ethnographer's toolkit*, California: AlMira Press.
- Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging and Mental Health*, 11(5), 477-484.
- Shawler, C., & Logsdon, D. (2008). Living vigilant lives with chronic illness: Stories from older low-income minority women. *Health Care for Women International*, 29(1), 76-84.
- Shearer, C.N.B. (2007). Toward a nursing theory of health empowerment in homebound older women. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(12), 39-45.
- Shearer, C.N.B., & Reed, P.G. (2004). Empowerment : Reformulation of a non-rogerian concept. *Nursing Sciences Quarterly*, 17, 253.
- Shenk, D., Kuwahara, K., & Zablotsky, D. (2004). Older women's attachments to their home and possessions. *Journal of Aging studies* (18), 157-169.
- Sinelândia, M.D. (2004). *Perception d'aidantes familiales du soutien offert par leur entourage durant l'hébergement de leur proche âgé atteint de*

démence. Mémoire de maîtrise inédit. Montréal : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

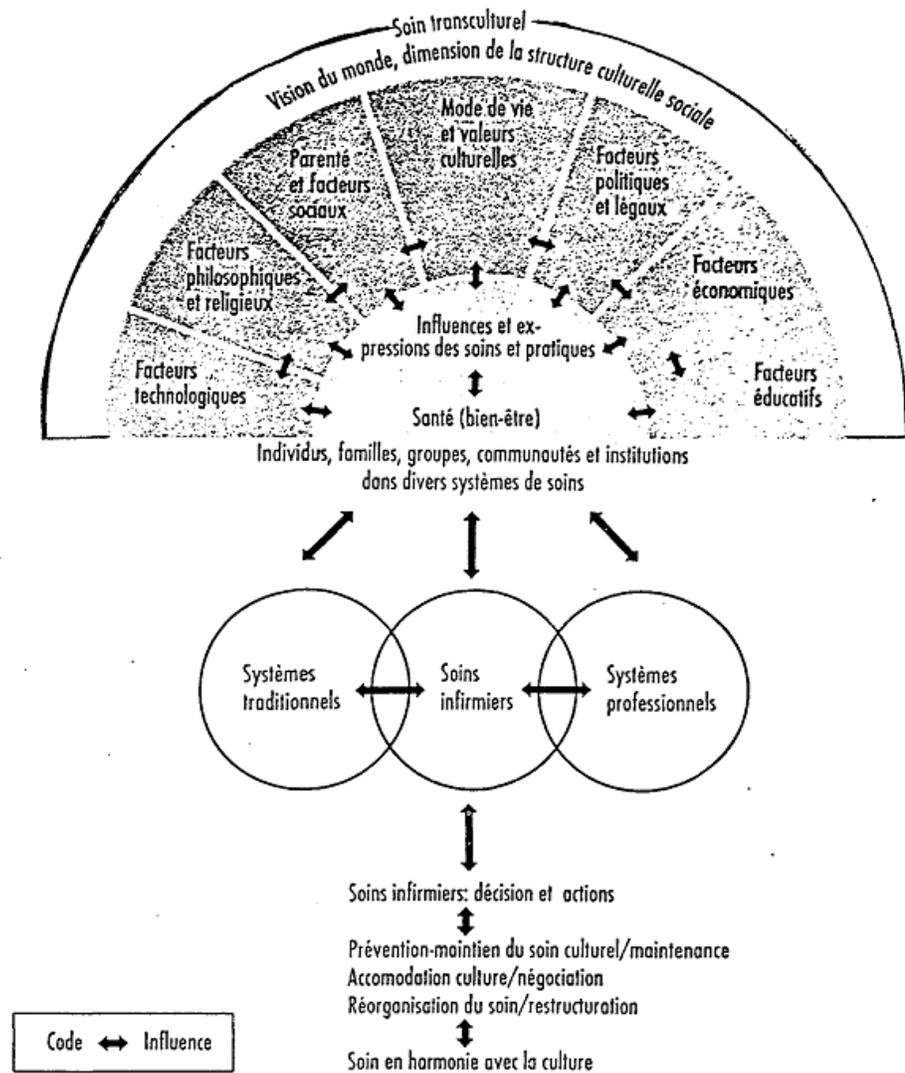
- Smith, P.R. (2009). Resilience : resistance factor for depressive symptoms. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 829-837.
- Smyth, W. (2005). Using Carspecken's critical ethnography in nursing research, *Contemporary Nurse*. July-August, 1-12.
- Spradley, J.P. (1979). *The ethnographic interview*. United States : Holt, Rinehart and Winston.
- Statistiques Canada (2001). *La communauté haïtienne au Canada*. Document consulté le 1 mars 2010 à l'adresse url : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-621-x/89-621-x2007011-fra.html>.
- Statistiques Canada (2005). *Femme au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe* (5^e éd.), Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Steward, M.A., Meredith, L., Brown, J.B., & Galadja, J. (2000). The influence of older patient-physician communication on health and health related outcomes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 16(1), 25-36.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park: Sage.
- Swenson, M.M. (1998). The meaning of home to five elderly women. *Health Care for Women International*, 19, 381-393.
- Szanton, S. (2007). Stress, poverty, frailty and mortality among older women, *Dissertation Abstracts International: Section B : The Sciences and Engineering*. 68 (4-B), 2258-2269.
- Tannenbaum, C., Mayo, N., & Ducharme, F. (2005). Older women's health priorities and perceptions of care delivery: results of the WOW health study. *Canadian Medical Association Journal*, 173, 153-159.
- Tannenbaum, C. B., Nasmtih, L., & Mayo, N. (2003). Understanding older women's health care concerns: A Qualitative Study. *Journal of Women and Aging*, 15(4), 103-116.
- Thomas, J. (1993). *Doing critical ethnography, qualitative research methods series 26*, London: Sage.

- Townson, M. (2005). *La problématique de la pauvreté pour les Canadiennes, Consultation sur l'égalité entre les sexes*, Ottawa: Condition féminine Canada, Document consulté le 2008/11/13 à l'adresse url :www.swc-cfc.ga.ca.
- Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience*. Paris : Bayard.
- Vartanian, T., & McNamra, J. (2002). Older women in poverty : The impact of midlife factors. *Journal of Marriage and Family*, 64, 532-548.
- Viens, C., Leclerc, G., Moisan, S., & Lebeau, A. (2007). Efficacité d'un programme d'éducation des aînés à la santé. *Canadian Journal of Public Health*, 98(4), 301-306.
- Wagnild G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurements*, 17(2):105-13.
- Wagnild, G., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurements*, 1(2), 165-178.
- Wagnild, G., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 252-255.
- Ward, A.R. (1979). *The aging experience: An introduction to social gerontology*. New York: Lippincott.
- Weitz, T., & Estes, C. (2001). Adding aging and gender to the women's health agenda. *Journal of Women and Aging*, 13(2), 3-19.
- Williams, B. R., Baker, P. S., & Allman, R. M. (2005). Nonspousal family loss among community-dwelling older adults. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 10(2), 162-174.
- Williams, R., Baker, P.S., Allman, R.M., & Roseman, J.M. (2006). The feminization of bereavement among community-dwelling older adults. *Journal of Women & Aging*, 18(3), 3-18.
- Wray, S. (2003). Women growing older: agency, ethnicity and culture. *Sociology*, 37(3), 511-527.
- Wray, S. (2004). What constitutes agency and empowerment for women in later life? *The Sociological Review*, Oxford: Blackwell.

Appendice A

Le modèle Sunrise de Leininger (1991)

Figure 1. Modèle Sunrise de Leininger (1991) tel que traduit par Delahay (1995).



Appendice B

Lettre de présentation du projet pour les responsables des ressources
communautaires

Le 10 septembre 2009
M. (XXXX)
Direction générale
(Nom de l'organisme)
Montréal

Objet : Présentation d'un projet d'étude et sollicitation de votre participation

Cher Monsieur (XXX)

Je me permets de m'adresser à vous, en tant que directeur général, pour vous présenter un projet de recherche que je mène en tant qu'étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal.

Pourquoi je m'adresse à votre organisme? Parce que, en plus de mon statut d'étudiante, je suis aussi infirmière en soins à domicile au CLSC ____ et ai eu à quelques reprises, la chance de collaborer avec votre organisme et, ainsi, de prendre connaissance de l'importance de vos services pour la clientèle que vous accompagnez à travers le troisième et quatrième âge. Ainsi, plus j'ai connu votre organisme, plus j'ai pris conscience que la mission de votre organisme rejoint, en quelque sorte, celle qui soutient le projet que je réalise dans le cadre de ma maîtrise, soit celle de briser l'isolement des personnes âgées et de promouvoir leur autonomie et présence dans la communauté.

Cet objectif, je le poursuis effectivement dans mon projet qui s'intitule : ***L'expérience de vieillir au quotidien pour des femmes âgées montréalaises vivant seules à domicile dans un contexte de pauvreté économique.*** En effet, mon but avec ce projet est de nourrir les connaissances sur le vécu des femmes âgées qui vivent dans l'isolement et la pauvreté pour améliorer les pratiques infirmières et de santé communautaire élaborées pour elles ainsi que pour faire entendre leur voix et conscientiser les infirmières aux réalités et besoins spécifiques de ces femmes.

Si je m'adresse à vous dans le cadre de ce projet, c'est que j'aimerais vous rencontrer pour vous présenter mon projet de recherche et pour solliciter votre participation au recrutement de femmes âgées (environ 5 à 8 femmes) qui accepteraient de me rencontrer dans le cadre d'une entrevue de recherche d'environ une heure. Je me proposerais d'aller rencontrer les bénéficiaires de vos activités et services à un moment

que vous jugeriez opportun pour leur présenter sommairement le projet et solliciter l'implication des femmes intéressées à participer à ce dernier.

Ce projet d'étude est supervisé par Dre Francine Ducharme, professeure à l'Université de Montréal et titulaire de la Chaire de recherche Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). Ce projet a aussi été approuvé par un comité scientifique de l'Université de Montréal ainsi que par le comité d'éthique de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. De plus, le projet est appuyé financièrement par une bourse du Ministère de l'éducation, des sports et des loisirs du Québec et une bourse de la fondation Desjardins. Tous ces documents, en plus du protocole de recherche du projet et de la grille d'entrevue proposée, pourront vous être présentés lors d'une future rencontre.

Soyez assuré que je me considérerais très privilégiée de pouvoir vous rencontrer pour vous présenter ce projet qui me tient à cœur et, encore plus, de pouvoir avoir la chance d'entrer en contact avec les femmes qui fréquentent votre organisme. Ainsi, ensemble, nous pourrions tenter de jeter un peu plus de lumière sur les réalités des femmes âgées d'aujourd'hui qui demeurent encore obscures pour une large part du milieu professionnel. S'il semble possible pour vous (ou pour un membre de votre équipe) de m'accorder une rencontre pour discuter brièvement des moyens possibles pour concrétiser le recrutement de femmes âgées à ce projet, je vous serais reconnaissante de m'en faire part par courriel ou téléphone aux coordonnées ci-dessous.

En vous exprimant toute ma reconnaissance pour l'attention portée à cette lettre et à mes demandes. Veuillez recevoir, M. XXX, l'expression de mes sentiments les plus distingués,


 Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université de Montréal
 Infirmière clinicienne – Soutien à domicile

Dr. Francine Ducharme
 Professeure et chercheure
 Chercheure principale
Centre de recherche,
 Institut Universitaire de gériatrie de Montréal

Appendice C

Questionnaire d'entrevue

Questionnaire d'entrevue ethnographique

Questions descriptives

1.1 Générales

*Modes de vie/habitudes
* Facteurs relationnels
* Milieu naturel/contexte

❖ Pour apprendre à vous connaître, avoir une petite idée de ce qu'est votre vie de tous les jours, j'aimerais que vous me décriviez à quoi ressemble une journée «ordinaire» pour vous ; les lieux où vous allez, les personnes que vous voyez, les activités que vous faites, tout ce qui vous passe par la tête, tout ça m'intéresse.

- Puis maintenant, pourriez-vous me décrire une journée qui sort de l'ordinaire pour vous, c'est –à-dire un exemple d'une journée où vous avez des activités ou autres qui ne font pas partie de votre routine quotidienne.

*Question de contraste

Significations, symboles reliés au vieillissement

❖ Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions pour comprendre le sens qu'ont certains mots pour vous; cela me permettra de mieux vous connaître et de bien rapporter ce que vous m'avez dit de précieux pendant notre rencontre. Je serais curieuse de savoir «c'est quoi vieillir» pour vous?

1.2 Spécifiques

*Éléments de l'expérience personnelle du vieillissement dans le contexte de l'informatrice

❖ Qu'est-ce que, dans votre vie quotidienne, vous trouvez le plus agréable ou qui vous apporte le plus dans le fait de vieillir? De même, qu'est-ce que vous y trouvez le plus difficile?

2. Questions structurantes

Facteurs relationnels, sociaux et politiques (en terme services et organisation des communautés)

❖ Autour de vous, dans votre quartier, sur votre rue ou dans le voisinage, pouvez-me dire s'il y a des lieux, des endroits, des services ou des personnes qui vous rendent la vie plus facile, plus agréable?

(si la personne ne saisit pas la question ou n'a pas d'idée précise, suggérer des exemples tels l'épicerie de quartier qui livre, la pharmacie, le centre communautaire, l'hôpital, l'arrêt d'autobus ou station de métro, etc...)

Facteurs Santé
physique et
psychologique/
signification
Habitudes de vie
Caring de soi-même

- ❖ De façon générale, j'aimerais que vous me parliez de l'importance que prend la santé pour vous, à ce moment de votre vie. C'est quoi «être en santé» pour vous?
- ❖ J'aimerais maintenant savoir comment vous prenez soin de vous?

(Si l'informatrice ne saisit pas le sens de la question, lui donner des exemples tels : comment vous chouchouter votre corps, rituels de santé, qu'est-ce qui vous fait du bien etc..)

Facteurs spirituels et
philosophiques

- ❖ J'aimerais maintenant que l'on parle un peu de ce à quoi vous croyez. Quelles croyances ou convictions vous guident ou vous aident dans la vie de tous les jours?

(Si la personne n'a pas saisi le sens de la question ou ne formule pas de réponse, précisez : est-ce que la religion ou la foi est importante pour vous ?)

Modes de vie et
signification du
fait de vivre seule
à domicile

- ❖ De plus en plus de femmes de votre âge vivent seules à la maison. J'aimerais savoir c'est quoi pour vous d'être une femme de votre âge qui vit toute seule chez soi. Est-ce que vous y voyez des avantages? Est-ce qu'il y a des choses qui sont difficiles?

*Facteurs
économiques,
politiques et
légaux
* Signification de
ces concepts
* Perception de
ces concepts
* Modes de vie

Comme nous le savons, il n'est pas toujours facile d'avoir assez de sous à chaque mois pour payer toutes les dépenses que nous avons. De plus, ces derniers temps, on entend beaucoup parler des difficultés économiques à la télévision et dans les journaux.

- ❖ Sans vouloir être indiscrete, je serais intéressée à savoir comment ça se passe pour vous cette situation où l'on manque parfois d'argent?

Question générale de conclusion

J'aimerais conclure en vous demandant quelle est votre vision de votre avenir?

Appendice D

Questionnaire de données sociodémographiques

Questionnaire sociodémographique

Nom fictif : _____ **Code :** _____ **Date :** _____
Age : _____

Statut civil : _____

Famille :

- Veuve Fratrie _____
- Divorcée Enfants _____
- Célibataire Autres personnes significatives _____

Occupation :

A été sur le marché du travail : Oui Non

Si oui : type d'emploi _____

Est bénévole : Oui Non

Si oui, organisme(s) concerné(s) : _____

Services reçus :

- Organismes communautaires fréquentés :

- Services d'aide reçus (CLSC, Centre de jour, Hopital de jour, etc.) : _____

Niveau de scolarité :

Primaire : année terminale _____

Secondaire : année terminale _____

Études post-secondaires, précisez _____

Appendice E

Formulaire de consentement



Formulaire d'information et de consentement
Pour participation à un projet de recherche

Titre du projet

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche dont le titre est :
L'expérience du vieillissement chez des femmes âgées montréalaises vivant
seules à domicile dans un contexte de précarité économique.

Chercheuses responsables du projet de recherche

Chercheuse principale : Francine Ducharme, professeure
titulaire à la Faculté des sciences infirmières de
l'université de Montréal et directrice de maîtrise.

Co-chercheuse : Michèle McGee, infirmière et étudiante à la
maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de
Montréal.

Préambule

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant
d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et
de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de
considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous
invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur
responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de
recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui
n'est pas clair.

Nature et objectif du projet de recherche

Le but de cette recherche est de mieux comprendre ce qu'est vieillir pour des femmes, qui, comme vous, demeurent à Montréal, habitent seules dans leur domicile et vivent avec des revenus modestes. Pour ce faire, nous rencontrerons quelques femmes (environ 5 à 8) comme vous auxquelles nous nous adresserons afin qu'elles nous parlent de leur expérience.

Déroulement du projet de recherche

Dans le cadre de ce projet, nous vous demandons de participer à une entrevue d'environ 60 à 90 minutes. Pendant cette rencontre, on vous posera des questions simples afin que vous nous parliez de vos expériences reliées au fait de vieillir dans votre contexte de vie. Cette entrevue ressemblera à une conversation dans laquelle se retrouveront des questions simples sur votre vie de tous les jours. Cette rencontre se tiendra au moment de votre choix.

La rencontre pourra se dérouler à votre domicile, dans le lieu de votre choix de votre environnement de tous les jours. À la fin de la rencontre, on vous demandera de répondre à un court questionnaire visant à recueillir des informations simples sur vous et ce, toujours dans le but de mieux vous connaître. À titre d'exemple, ces informations portent sur votre âge, le nombre d'enfant que vous avez, etc.

Les entrevues seront enregistrées sur un magnétophone afin de permettre à la chercheuse de vous écouter pleinement et ce, sans avoir à prendre constamment des notes sur ce que vous lui direz.

Collaboration du sujet au projet de recherche

Afin de participer à cette recherche, vous devez accepter de recevoir chez vous ou dans un autre endroit, au moment de votre choix, la chercheuse qui, en discutant avec vous, recueillera de l'information sur vos expériences reliées au fait de vieillir. Vous devez aussi accepter que cette discussion soit enregistrée sur un magnétophone.

Risques associés au projet de recherche

Votre participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque sur le plan médical comme elle n'affecte en aucun point votre accès aux services des organismes communautaires de votre quartier ou de votre CLSC.

Inconvénients associés au projet de recherche

À notre connaissance, votre participation à ce projet de recherche ne contient aucun risque pour vous. Outre le temps que vous consacrerez à l'entrevue avec la chercheuse ainsi que le dérangement que cause la visite de cette personne dans votre domicile, aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation.

Advenant le fait que de discuter de vos expériences reliées au fait de vieillir fasse naître chez vous des émotions difficiles, la chercheuse pourra vous orienter vers des ressources de votre quartier et de votre CLSC où vous pourrez recevoir du soutien et de l'écoute.

Avantages

Aucun avantage direct ne découlera pour vous de votre participation à cette étude mis à part le fait que vous contribuerez à une meilleure compréhension de ce que signifie vieillir pour des femmes comme vous.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche doit se faire sur une base volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. En tout temps, vous demeurez libre de vous retirer du projet et de cesser votre participation, et cela, sans avoir à donner de raisons. Vous ne subirez aucune conséquence de votre retrait à ce projet de recherche tout comme cela n'affectera en rien les services que vous recevez des organismes communautaires de votre quartier ou de votre CLSC.

Arrêt du projet

Vous devez savoir qu'il pourrait arriver que la chercheuse ait à mettre fin à ce projet de recherche de façon imprévue et soudaine pour diverses raisons.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable recueillera et consignera, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements comprendront les informations de votre entrevue enregistrée sur magnétophone, les observations de la chercheuse et les informations que vous aurez fourni dans le court questionnaire prévu à la fin de l'entrevue. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code ou un nom fictif. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Vos renseignements personnels seront conservés pendant 5 ans par le chercheur responsable.

Les résultats pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'Institut de gériatrie de Montréal ou la chercheuse principale, professeure titulaire à l'Université de Montréal. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Compensations

Aucune compensation financière ne découlera de votre participation à cette étude.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'IUGM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez rejoindre le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'IUGM au (514) 340-2000 poste 5250.

Consentement

Signature du sujet de recherche

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du sujet de recherche

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche Date

Identification des personnes-ressources

À tout moment, si vous avez des questions, vous pouvez contacter
Michèle McGee, infirmière et étudiante à la maîtrise à l'Université de
Montréal

Adresse : _____ Téléphone : __ (_____)

**Francine Ducharme, professeure à l'Université de Montréal, Chercheure
au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal**
et directrice de ce projet de maîtrise

Faculté des sciences infirmières

Téléphone : _____

Pavillon Marguerite-d'Youville

Montréal (Québec) H3T 1A8

Appendice F

Certificat d'éthique



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le comité d'éthique de la recherche de l'IUGM a examiné la demande pour le projet intitulé:

L'expérience du vieillissement chez des femmes âgées montréalaises vivant seules à domicile dans un contexte de précarité économique (réf. : 2009-0701A)

présenté par : **Madame Francine Ducharme, Ph.D.**

et juge la recherche acceptable au point de vue éthique.

[Signature]

[Redacted] Présidente

15 juillet 2009

Ce rapport est valide jusqu'au : 15 juillet 2010

Appendice G

Portrait de la répartition des codes et catégories

Portrait de la répartition des codes et catégories

Tableau 3. *Nombre de nouveaux codes bruts identifiés dans chaque entrevue*

Entrevues	Mme C	Mme G	Mme F	Mme B	Mme I	Mme R	Mme P	Nombre total de codes bruts
Nombre de nouveaux codes bruts	86	31	12	23	11	10	2	175

Tableau 4. *Regroupement des codes bruts en codes hiérarchiques*

Codes hiérarchiques	Nombre de codes bruts inclus
Vieillir	19
Profiter de la vie	6
L'argent	20
Santé et maladie	18
Relation avec l'environnement	6
Relations humaines ou affectives	21
Réseau de soutien	8
Religion	5
Valeurs culturelles et croyances	5
Lieu de vie	9
Importance de l'intégrité physique, psychologique et morale	9
Rôles	4
Façon d'être-attitudes	7
Temps	8
Soins reçus (étique)	8
Soins génériques émiques	3
Vivre seule	4
Vision du monde	1
Le quotidien	10

Tableau 5. *Regroupement des codes hiérarchiques en catégories*

Catégories	Codes hiérarchiques inclus
Argent	L'argent – Profiter de la vie
Environnement	Lieu de vie – Relation avec l'environnement
Modes de vie	Rôles- façon d'être/attitudes
Relations humaines	Relations humaines; Réseau de soutien
Santé et maladie	Santé et maladie ; Importance de l'intégrité physique, psychologique et sociale
Système de soins	Soins émiques; Soins professionnels
Temps	Temps; quotidien
Valeurs culturelles et croyances	Valeurs culturelles ; Religion ; Façons d'être
Viellir	Viellir; Profiter de la vie; Vision du monde

