

## Nouveaux Cahiers du socialisme

Nouveaux  
Cahiers du  
socialisme

# Pandémie : pour sortir du paradigme de l'âgisme

Martine Lagacé et Philippe Rodrigues-Rouleau

Numéro 25, hiver 2021

Sortie de crise : de la pandémie ou du capitalisme ?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/94846ac>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Collectif d'analyse politique

ISSN

1918-4662 (imprimé)

1918-4670 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lagacé, M. & Rodrigues-Rouleau, P. (2021). Pandémie : pour sortir du paradigme de l'âgisme. *Nouveaux Cahiers du socialisme*, (25), 26–33.

## Pandémie : pour sortir du paradigme de l'âgisme

Martine Lagacé, Philippe Rodrigues-Rouleau

*Respectivement professeure et doctorant au Département de communication de l'Université d'Ottawa*

*Nous sommes l'ensemble de tous les âges que nous avons eus*  
— Anne Lamott<sup>1</sup>

Les grandes crises font ressortir le meilleur comme le pire des êtres humains et des sociétés. La pandémie de la COVID-19 n'y fait pas exception : si elle a donné lieu à de grands élans de solidarité, elle a aussi révélé les problèmes d'exclusion auxquels font face les personnes âgées ; des problèmes ancrés depuis longtemps mais ignorés pour des raisons sociologiques, économiques et politiques. On ne peut qu'espérer, au moment d'écrire ces lignes, que cette mise au jour se transforme en un éclairage permanent et ouvre la voie à un nouveau paradigme de la vieillesse et de la place des aîné·e·s dans nos sociétés.

Au Canada, les personnes vivant en résidence pour aîné·e·s et surtout celles en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)<sup>2</sup> ont le plus souffert de la COVID-19 : plus de 80 % des décès sont survenus dans ces foyers de soins, le Québec et l'Ontario<sup>3</sup> en tête. Par ailleurs, les aîné·e·s ont vécu et continuent de vivre durement

1 Traduction libre. Anne Lamott est écrivaine et militante politique américaine.

2 Les CHSLD accueillent des personnes qui ont besoin de soins continus et d'un soutien personnalisé pour entreprendre des activités quotidiennes.

3 Carole Estabrooks, Sharon Straus, Colleen Flood, Janice Keefe, Pat Armstrong, Gail Donner, Véronique Boscart, Francine Ducharme, James Silvius et Michael Wolfson, *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*, Société royale du Canada, 2020.

les impacts de la crise sanitaire sur leur vie sociale. Guidées par les statistiques sur la mortalité plus élevée de cette catégorie de la population, les autorités gouvernementales ont intimé aux personnes de 70 ans et plus, dès mars 2020, d'éviter les contacts extérieurs, ce qui a exacerbé leur isolement. Enfin, le déclenchement de cette pandémie a aussi été celui d'une prise de parole publique de nombre d'aîné-es qui ont exprimé leur profond mécontentement devant ce qu'ils ont qualifié de « dérive âgiste », le fait de devoir se soumettre à un confinement plus strict que le reste de la population. En somme, cette crise de la COVID-19 constitue un appel à réfléchir, comme collectivité, à notre rapport au vieillissement et à la vieillesse, à nos choix de société qui, au fil du temps, sont peut-être à la source d'un âgisme systémique. C'est l'hypothèse qui sous-tend le présent texte.

Nous proposons ici de définir l'âgisme et d'en montrer la prévalence dans différentes sphères sociales. Cette réflexion nous conduit, dans un deuxième temps, à démontrer que la situation déplorable de plusieurs aîné-es durant la crise sanitaire, particulièrement dans les centres de soins de longue durée, résulte en grande partie d'attitudes âgistes. Enfin, dans un effort de réflexion à long terme, au-delà de la crise, nous recommandons des pistes d'action susceptibles d'entraîner un véritable changement de culture face au vieillissement. Notre objectif en est un de questionnement « collectif », comme citoyennes et citoyens, sur notre rapport au vieillissement, aux aîné-es et sur la façon dont nous envisageons notre propre vieillir. Nous recommandons aussi d'admettre avec franchise que ce rapport est possiblement problématique, à tout le moins ambivalent.

## **Le terrain miné de l'âgisme**

Bien que l'espérance de vie augmente globalement sur l'ensemble de la planète, les attitudes sociétales par rapport au vieillissement semblent demeurer ambiguës, voire négatives, particulièrement dans les sociétés occidentales.

Robert N. Butler<sup>4</sup>, chercheur en gérontologie, a été le premier à définir l'âgisme comme un ensemble de croyances stéréotypées et une discrimination envers les personnes plus âgées. L'âgisme comprend des composantes cognitives et comportementales qui, bien souvent, se nourrissent l'une l'autre. La composante cognitive relève de croyances stéréotypées associées au vieillissement et aux personnes âgées, alors que la composante comportementale englobe les manifestations verbales et non verbales, les gestes et les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes âgées. Bien qu'il soit souvent comparé à d'autres formes de discrimination telles que le racisme et le sexisme, l'âgisme présente la particularité de cibler les membres d'un groupe social dont toutes et tous, à moins de mort prématurée, nous ferons partie. En

4 Robert N. Butler, « Age-ism : another form of bigotry », *The Gerontologist*, vol. 9, n°4, 1969, p. 243.

d'autres termes, l'ainée, qui est peut-être aujourd'hui « l'Autre », sera « Moi » demain. Dans un ouvrage fondamental sur l'âgisme, T.D. Nelson parle d'ailleurs d'une forme de « préjugé contre notre soi à venir »<sup>5</sup>.

Quels sont les stéréotypes que nous entretenons face au vieillissement et comment ces stéréotypes se traduisent-ils en attitudes ? Des décennies de recherche montrent que de manière générale, et particulièrement dans la culture occidentale, nous éprouvons un certain malaise face à l'idée même du vieillissement. Vieillir est associé davantage à des pertes qu'à des gains, c'est-à-dire à un déclin généralisé qui, *de facto*, laisse peu de place à la croissance et au développement. Depuis les années 2000, tant au Québec que dans le reste du Canada, un nombre croissant de campagnes publiques de communication et d'initiatives gouvernementales ont été déployées pour contrer ce malaise et valoriser l'apport des aîné·e·s à la société. Cependant, des études suggèrent que les personnes âgées de 60 ans et plus (catégorie largement utilisée en recherche, ce qui traduit une attitude qui homogénéise le processus du vieillissement) font encore et toujours l'objet de stéréotypes tels que la fragilité, la dépendance, l'incompétence, la rigidité, la lenteur<sup>6</sup>.

De tels stéréotypes sont rarement exprimés ouvertement, mais plutôt de manière subtile, voire inconsciente. Des études effectuées en laboratoire<sup>7</sup> et portant sur des associations de mots démontrent que les termes « vieillissement » et « personnes âgées » sont rapidement et inconsciemment associés aux stéréotypes négatifs, au contraire des termes relatifs à la « jeunesse ». Ces associations négatives sont encore plus systématiques lorsqu'elles concernent les grands aînés : celles et ceux âgés de 85 ans et plus seraient ainsi la cible d'infantilisation, d'indifférence, voire de négligence<sup>8</sup>. La crise de la COVID-19 aura d'ailleurs constitué une voie de garage pour plusieurs personnes en centres de soins de longue durée ; nous y reviendrons dans les paragraphes qui suivent.

Par ailleurs, il importe de rappeler que le terrain était miné bien avant la pandémie, que l'âgisme était déjà présent dans plusieurs sphères sociales : le monde du travail, des médias, des soins de santé, pour ne donner que quelques exemples. Ainsi, les travailleuses et travailleurs âgés canadiens témoignent, dans de nombreuses études, à l'instar d'études internationales, être la cible d'attitudes et de croyances âgistes de la part des employeurs, qui les perçoivent comme moins productifs et moins flexibles

5 Traduction libre. Todd D. Nelson, (dir.), *Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons*, Cambridge, MIT Press, 2002.

6 Michael S. North et Susan T. Fiske, « An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots », *Psychological Bulletin*, vol. 138, n° 5, 2012, p. 982-997.

7 Becca R. Levy et Mahzarin R. Banaji, « Implicit Ageism », dans Todd D. Nelson (dir.), *Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons*, Cambridge, MIT Press, 2002, p. 49-75.

8 Paul Higg et Chris Gilleard, *Rethinking Old Age. Theorizing the Fourth Age*, Londres, Macmillan International Higher Education, 2015.

que les plus jeunes. Dans un contexte de soin, les patientes et patients plus âgés seraient l'objet d'attitudes et de commentaires infantilisans de la part de certains membres du personnel soignant. En outre, le stéréotype selon lequel la solitude et la souffrance font partie intégrante du fait de vieillir justifierait moins de dépistage, d'intervention et de traitements, particulièrement en matière de santé mentale. Enfin, les discours publics, de la part de chercheurs, de décideurs politiques ou des médias sont de puissants véhicules de stéréotypes âgistes. De multiples analyses de contenu de ces discours suggèrent, par exemple, des propos sans nuance par rapport aux personnes âgées : il y a ainsi d'un côté « ceux qui vieillissent bien », et de l'autre, « ceux qui vieillissent mal ». Les âgé-es dont l'autonomie est plus limitée et qui requièrent davantage de soins sont implicitement dépeints comme vulnérables et responsables de l'augmentation des coûts en matière de soins de santé, ce qui pose un sérieux défi aux finances publiques. On oublie, dans ce genre de discours, que ce sont des choix politiques et des décisions économiques qui ont forgé, en grande partie, la « vulnérabilité » de certains âgés. On oublie également que de tels propos font porter sur les épaules des personnes la responsabilité de leur « bien vieillir », sans égard à la responsabilité collective.

En somme, l'ensemble de ces études et constats nous impose de réfléchir sur les causes et facteurs systémiques qu'exprime la notion d'âgisme et qui ont certainement eu et continuent d'avoir une incidence sur la crise sanitaire actuelle.

## **Pandémie de la COVID-19 et âgé-es : réflexions en amont**

« Tous ensemble dans la lutte à la COVID-19 » : l'énoncé est largement repris dans les grands médias, traditionnels comme sociaux, tout autant que dans les discours gouvernementaux dès les premiers mois de la crise. Mais sommes-nous vraiment « ensemble » ? Cette crise n'a-t-elle pas plutôt mis en lumière des inégalités sociales de longue date, des mécanismes d'exclusion, volontaires ou involontaires, qui font que cette lutte « ensemble » n'a pas été et n'est toujours pas envisageable dans l'état actuel des choses ? Ce qui s'est déroulé sous nos yeux dans les centres de soins de longue durée au Canada, et particulièrement au Québec, en est un exemple flagrant. Au-delà de la dangerosité du virus, le manque de ressources humaines et matérielles dans les CHSLD, une situation pourtant connue de longue date, a rendu presque impossible une lutte à armes égales contre le virus. Si cette négligence historique ne saurait se résumer à un seul facteur, nous soutenons néanmoins que l'âgisme a joué un rôle majeur, en amont de la crise sanitaire, dans l'inertie à régler les problèmes des CHSLD.

Des années, voire des décennies avant la pandémie, de nombreuses enquêtes du Bureau du coroner et des rapports d'évaluation de la qualité des CHSLD publics et privés en arrivaient à des conclusions similaires : des « milieux de vie » installés dans des bâtiments vétustes, des problèmes aigus de gestion des soins et des services, un

manque chronique de ressources humaines et matérielles. Ces rapports avaient aussi pointé du doigt de graves lacunes dans la formation des employé·e·s, qui n'ont pas les connaissances nécessaires pour répondre aux besoins de résidentes et résidents de plus en plus âgés et atteints de comorbidités. Malgré le ton alarmiste de ces rapports et l'urgence d'agir, les « milieux de vie » que devraient être les centres de soins de longue durée sont restés, pendant des années, la dernière des priorités en matière de soins de santé. Cette négligence s'est traduite par une détérioration de la qualité des soins physiques, ce qui met en péril la sécurité des résidentes et résidents et leur santé mentale. Elle a aussi aggravé la détresse psychologique du personnel soignant et des préposé·e·s, chaque jour impuissants devant le manque de ressources. Tout ceci a sans contredit contribué à la grande vulnérabilité du réseau des CHSLD et de leurs résidents devant la pandémie.

À cela s'est aussi ajoutée une gestion de crise à courte vue de la COVID-19 qui, encore une fois, a témoigné d'une forme d'indifférence généralisée à l'égard des aîné·e·s, voire de leur invisibilité. Comment expliquer autrement que les gouvernements aient attendu l'arrivée du virus en sol canadien pour intervenir dans les centres de soins de longue durée, alors même que les expériences européennes montraient clairement que les populations de ces centres représentaient les catégories de personnes les plus fragiles par rapport au virus en raison de leur âge et des comorbidités? Comment expliquer, ensuite, que les centres de soins de longue durée n'aient pas été les premiers endroits où effectuer un dépistage systématique auprès des personnes résidentes et soignantes? Ou encore, les premiers endroits où envoyer du matériel de protection et des ressources humaines qualifiées? Bien sûr, il s'est trouvé des CHSLD qui ont échappé au virus en raison d'un historique de saine gestion; or, dans l'ensemble, les aîné·e·s en CHSLD auront été les plus touchés. Le rapport des Forces armées canadiennes<sup>9</sup> a souligné une préparation inadéquate à la pandémie et relevé des effets collatéraux de cette crise : le personnel a été débordé, des résidentes et des résidents ont été sérieusement négligés (un manque d'hygiène entre autres), voire ont souffert ou sont morts de déshydratation, de dénutrition ou de dépression. Ces scènes déplorables, nous le soutenons, n'auraient jamais été tolérées, acceptées ni même imaginées, s'il s'était agi d'un autre groupe social. Mais l'âgisme, dans lequel s'inscrit la négligence systémique, aura ouvert la voie, en partie à tout le moins, à ces dérapages plus que troublants.

Plus largement, la crise sanitaire s'est avérée un révélateur des visions sociétales âgistes qui teintent les enjeux relatifs au vieillissement et aux aîné·e·s. Dès les débuts de la pandémie, les aîné·e·s ont été dépeints, la plupart du temps, comme des

---

9 Forces armées canadiennes, *Rapport de leur mission d'assistance au gouvernement du Québec en CHSLD*, 19 mai 2020, <[https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes\\_de\\_sante/covid-19/Rapport\\_FAC/Observation\\_FAC\\_CHSLD.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf) ? 1590587216>.

personnes « vulnérables » en raison de leur âge, « 70 ans et plus », les médias et les décideurs politiques répétant à l'envi ces termes dans leurs communications. Or, cette représentation n'est pas sans retombées négatives : d'abord, elle renforce le stéréotype associant vieillissement et fragilité. De cette association découle la légitimation de comportements qui infantilisent les aînés et qui réduisent leur pouvoir d'agir, comme l'ont montré les résultats d'études antérieures. Ainsi le positionnement systématique de l'ensemble des aîné·e·s dans la catégorie des personnes « vulnérables » fait-il en sorte que celles-ci et ceux-ci ne sont pas en mesure de prendre part aux efforts de lutte et de résilience collective.

Les exemples d'attitudes âgistes en amont de la crise sont multiples, et cette dernière aura eu l'effet d'une loupe grossissante pour enfin les mettre à l'ordre du jour du débat public. Nous devons saisir l'occasion, amorcer une réflexion collective et repenser nos choix politiques, économiques et sociaux face aux enjeux relatifs au vieillissement et aux aîné·e·s.

### **Au-delà de la gestion selon l'âge, au-delà l'âgisme**

Repenser le vieillissement dans une vision inclusive sous-tend avant tout le fait de reconnaître que l'âgisme est une forme d'exclusion aussi dommageable que ne le sont les exclusions sur la base du genre, de la culture, de la religion ou de l'orientation sexuelle, dont les effets délétères touchent la santé mentale et physique de celles et ceux qui la subissent et limitent leurs possibilités dans une foule de sphères sociales (travail, santé, participation citoyenne, etc.). Cette prise de conscience exige des actions personnelles comme collectives, tout autant que des décisions politiques, économiques et juridiques. Nous les aborderons dans ce qui suit.

#### **• Changer les représentations sociales du vieillissement**

Organiser des campagnes publiques de communication pour sensibiliser aux enjeux de l'âgisme – sa prévalence, son expression comme ses retombées. L'âgisme demeure malheureusement une forme d'exclusion encore peu connue et, *de facto*, peu dénoncée.

Intégrer dans le programme de formation scolaire des jeunes un apprentissage relatif aux enjeux de l'âgisme. Les stéréotypes et préjugés prennent racine dès les premières années de socialisation et la conscientisation des jeunes par des programmes officiels d'éducation constitue une piste d'action prometteuse.

- **Miser sur l’intergénérationnel**

*Créer des espaces, des infrastructures qui permettent de construire des ponts entre les générations.* Outre l’espace familial, notre société offre peu d’occasions où jeunes et âgé·e·s peuvent interagir. Or, de plus en plus d’études<sup>10</sup> démontrent les effets positifs du contact intergénérationnel : lorsque les plus jeunes et les plus âgés de la société peuvent se « rencontrer », les stéréotypes et préjugés s’amenuisent peu à peu. Cela exige de concevoir des infrastructures plus inclusives au regard de l’âge, par exemple, des logements intergénérationnels, des universités amies des aînés, des espaces de création artistique intergénérationnels.

- **Réformer les politiques et accroître les investissements en matière de santé des aîné·e·s**

*Repenser entièrement la structure et le financement des soins de longue durée.* La crise sanitaire a mis en lumière un âgisme systémique qui a conduit à des années de sous-financement des soins de longue durée au Québec, mais aussi à une forme de négligence quant au contrôle de la qualité des soins. Les CHSLD doivent être repensés comme de véritables « milieux de vie », ce qui implique un financement adéquat, un personnel bien rémunéré et formé, ainsi que des mécanismes standardisés et rigoureux de contrôle de la qualité des soins comme de la qualité de vie physique et psychologique des résidentes et résidents. Cela implique également de sortir d’une logique de profit et d’instaurer une vérification systématique des résidences pour aîné·e·s et des centres de soins de longue durée de type privé.

- **Rendre imputables les personnes et les organisations aux pratiques âgistes**

*Instaurer des lois qui condamnent l’âgisme au même titre que le sexisme et le racisme.* Des années de recherche sur l’âgisme<sup>11</sup> et sur ses coûts donnent à penser que nous sommes à un moment décisif de la lutte contre cette forme de discrimination. Les progrès remarquables accomplis en matière de lutte contre le racisme et le sexisme suggèrent la mise en place de lois rendant imputables les personnes comme les organisations qui pratiquent le « laisser-faire » quant à l’âgisme et à ses manifestations sous toutes ses formes, tels l’abus et la négligence.

---

10 Caroline Iweins, Donatienne Desmette, Vincent Yzerbyt et Florence Stinglhamber, « Ageism at work : the impact of intergenerational contact and organizational multi-age perspective », *European Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 22, n° 3, 2013, p. 331-346.

11 Becca R. Levy, Martin Slade, E-Shien Chang, Sneha Kannoht et Shi-Yi Wang, « Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions », *The Gerontologist*, vol. 60, n° 1, 2020, p. 174-181.



L'ensemble de ces mesures constitue un défi colossal, celui d'une profonde transformation de nos schèmes de pensée, personnels et collectifs, quant à la question du vieillissement et, *de facto*, quant à la place et au rôle des aîné·e·s. Cette transformation implique de reconnaître que le vieillissement est partie intégrante du processus de la vie, que ce processus s'accompagne inévitablement de pertes, mais aussi de gains ; que les aîné·e·s, quel que soit leur état de santé physique ou psychologique, doivent être intégrés pleinement « à » la vie sociale et non rester en marge de celle-ci. À défaut de quoi, comme l'a tragiquement montré la crise sanitaire jusqu'ici, la vieillesse demeurera un passage obligé vers l'invisibilité et l'indifférence, voies déterminantes de la négligence.

