



**UNIL** | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

---

*Year : 2014*

## Véçu et adaptation des couples âgés séparés par l'entrée en institution de l'un des conjoints

Cochand Sophie

Cochand Sophie, 2014, Véçu et adaptation des couples âgés séparés par l'entrée en institution de l'un des conjoints

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB\_28EEDD50F17F3

### **Droits d'auteur**

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

### **Copyright**

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SSP

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

# Vécu et adaptation des couples âgés séparés par l'entrée en institution de l'un des conjoints

THÈSE DE DOCTORAT

présentée à la

Faculté des SSP  
de l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de

Docteur en Psychologie

par

Sophie Cochand

Directrice de thèse :  
Prof. Eliane Christen-Gueissaz

Jury :

Prof. Joëlle Darwiche

Prof. Sylvie Lapierre

Dr. Philippe Vuillemin

LAUSANNE

2015





UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SSP

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

# Vécu et adaptation des couples âgés séparés par l'entrée en institution de l'un des conjoints

THÈSE DE DOCTORAT

présentée à la

Faculté des SSP  
de l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de

Docteur en Psychologie

par

Sophie Cochand

Directrice de thèse :  
Prof. Eliane Christen-Gueissaz

Jury :

Prof. Joëlle Darwiche  
Prof. Sylvie Lapierre  
Dr. Philippe Vuillemin

LAUSANNE

2015



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences  
sociales et politiques

### IMPRIMATUR

Le Conseil de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Eliane CHRISTEN, directrice de thèse, Professeure honoraire de l'Université de Lausanne
- Joëlle DARWICHE, Professeure à l'Université de Lausanne
- Sylvie LAPIERRE, Professeure à Université du Québec à Trois-Rivières
- Philippe VUILLEMIN, médecin généraliste à Lausanne

autorise, sans se prononcer sur les opinions de la candidate, l'impression de la thèse de Madame Sophie COCHAND, intitulée :

**« Vécu et adaptation des couples âgés séparés par l'hébergement en institution de l'un des conjoints. »**

Lausanne, le 2 décembre 2014

**Le Doyen de la Faculté**



Professeur  
Fabien Ohl

## Résumé :

Cette thèse de doctorat porte sur le vécu et l'adaptation des couples âgés séparés par l'entrée de l'un des conjoints en institution. Notre démarche se fonde sur le paradigme compréhensif en sciences humaines. Nous avons rencontré sept couples dont l'un des conjoints vivait dans un Etablissement Médico-Social (EMS) de Suisse Romande, alors que l'autre continuait de vivre dans la communauté. Pour chaque situation, nous avons mené une interview individuelle de chacun des conjoints ainsi qu'une interview de couple. Nous avons effectué une analyse thématique du discours des interviewés. En outre, adoptant une perspective à la fois scientifique et clinique, nous avons étudié la dynamique conjugale des couples. Enfin, nous avons élaboré une typologie des différentes trajectoires de ces couples, en mettant en évidence les liens entre la dynamique de couple antérieure à l'hébergement, le vécu du moment de l'hébergement et le vécu lors des interviews. Nous avons montré le rôle central de l'ambivalence, vis-à-vis de la relation conjugale ou vis-à-vis de l'hébergement, dans les difficultés d'adaptation des couples à leur nouvelle situation de vie.

## Abstract :

This thesis is about the experience and adaptation of older couples separated by the accommodation of one spouse in a specialised institution. Our approach is based on the comprehensive paradigm in human sciences. We have met seven couples, of which one spouse was living in an institution (EMS) in the French speaking part of Switzerland, as the other spouse was still living in the community. In every situations, we have interviewed each spouse individually and both spouses together. We have carried out a thematic analysis of the discourses. Moreover, taking a scientific as well as a clinical perspective, we have studied the spousal dynamics of the couples. Finally, we have elaborated a typology of couples' trajectories, from earlier spousal dynamics to their experience of the transition and their experience in the time of the interviews. We have showed the crucial role of ambivalence, towards the couple relation or towards the accommodation, in couples' difficulties to adapt to their new living situation.

## Remerciements :

Contrairement à l'image que l'on s'en fait, une thèse de doctorat n'est pas qu'un travail solitaire. Si certaines étapes ont exigé de ma part un relatif repli (et de longues journées devant mon ordinateur fidèle), de nombreuses personnes ont été impliquées dans l'élaboration de mon travail. Je souhaite, par les mots qui suivent, leur témoigner de ma gratitude.

Tout d'abord, je remercie chaleureusement la Professeure Eliane Christen-Gueissaz, ma directrice de thèse, pour sa disponibilité et son investissement dans l'encadrement de ce travail, au-delà même de son passage à la retraite. Je lui suis reconnaissante pour les longues journées où elle me faisait profiter de ses commentaires, de ses feed-backs et de ses pistes de réflexion. Ce furent des journées de travail ardu, mais toujours agréables (malgré les réticences de Minouche à m'accepter sur son territoire). Plus que tout, je la remercie pour ses encouragements, sa confiance et pour m'avoir toujours poussée à donner le meilleur de moi-même.

Je remercie aussi les membres de mon jury de thèse – la Professeure Joëlle Darwiche, la Professeure Sylvie Lapierre et le Docteur Philippe Vuillemin – pour leur lecture si attentive de mon travail et pour leurs remarques pertinentes lors de mon colloque de thèse. Celles-ci m'ont aidée à améliorer mon travail. J'espère qu'ils seront satisfaits des modifications effectuées pour cette version finale. En outre, je remercie la Professeure Sylvie Lapierre pour son engagement malgré les plus de 6000 km séparant nos Universités !

Mes remerciements vont également à la Professeure Marie Santiago Delefosse, qui présidera ma soutenance de thèse et à Madame Marianne Von Kaenel du Décanat des Sciences Sociales et Politiques pour son aide précieuse pour les aspects administratifs de la soutenance.

Je suis pleine de reconnaissance envers les sept couples âgés qui ont participé à ma recherche. Sans leur confiance et leur engagement, rien de ce qui va suivre n'aurait été possible. Je les remercie de m'avoir fait part de leur expérience et de m'avoir acceptée comme observatrice impliquée lors des interviews de couple. Je remercie également les directions et le personnel des cinq établissements dans lesquels j'ai mené mes interviews pour leur bon accueil et leur disponibilité.

Ma gratitude va également à mes ancien(ne)s collègues de l'Institut de Psychologie, en particulier à celles qui ont fait partie avec moi, à un moment ou à un autre, de l'équipe de Gérontologie Psychosociale et/ou de l'UNIGER : Christel Rapo, Brigitte Zellner Keller, Antoinette Genton Trachsel, Alexia Bodet Kroug, Céline Albasini, Evelyne Martinet, Nathalie Cornuz, Christine Bruchez, Marie-Claude Kohler et Geneviève Dik. Je garderai toujours un magnifique souvenir de ma collaboration avec chacune d'entre elles (et des congrès!).

Je remercie mes parents, Inge et Alain, ma sœur Flora et mes amis pour leur intérêt constant vis-à-vis de l'avancée de mon travail. S'agissant de mes parents, je leur suis également reconnaissante de m'avoir toujours poussée à investir ma scolarité (moi l'enfant, puis la préadolescente dissipée et un peu rebelle) en vue de pouvoir un jour faire les études qui me plairaient. Ils ont réussi, pour ma plus grande satisfaction aujourd'hui ! Je remercie aussi mon chien Lucky pour ses encouragements muets, sa patience lors de mes longues journées assise à mon bureau et pour nos moments de pause sur les berges de l'Orbe.

Enfin, je suis pleine de gratitude envers Julien pour sa présence et son soutien au quotidien, pour ses encouragements lors de mes moments de doute et pour sa patience lors de mes moments d'angoisse face aux exigences professionnelles et étudiantes. Je lui dédie ma thèse, en nous souhaitant une belle vie de couple – avec progressivement plus de moments de répit, je le promets ! – et avec un peu d'avance de pouvoir vieillir ensemble.

*À Julien*

# SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 11
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTÉRATURE, DEMARCHE ET DESCRIPTION DES SEPT SITUATIONS	p. 15
1. Revue de littérature	
1.1 Crise et conséquences sur la vie de couple	p. 16
1.2 Adaptation des couples après la phase de transition	p. 22
1.3 Rôle des soignants	p. 24
1.4 Conclusions	p. 26
2. Description et critique de la démarche	p. 27
2.1 Cadre théorique et définition de la démarche	
2.2 Vue d'ensemble de notre démarche	p. 28
2.3 Questions de recherche	p. 29
2.4 Critères d'inclusion des couples	p. 30
2.5 Prises de contact avec les EMS et les interviewés	
2.6 Interviews individuelles	
2.7 Interviews de couple	p. 32
2.8 Analyse qualitative des discours	p. 33
2.9 Analyse à deux niveaux	p. 34
2.10 Confrontation avec le terrain : atouts et écueils	
3. Description des sept situations	p. 36
3.1 Couple Aubort	
3.2 Couple Emery	
3.3 Couple Kaufman	p. 37
3.4 Couple Lévy	p. 38
3.5 Couple Perroud	p. 39
3.6 Couple Rochat	p. 40
3.7 Couple Savoy	p. 41
DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE DISCOURS	p. 42
I. LA TRANSITION	
<b>I.1 Prise de décision et démarche d'entrée en EMS</b>	
I.1.1 Auteur de la prise de décision	
I.1.2 Vécu de la prise de décision et des démarches	p. 44
I.1.3 Une ou plusieurs transition(s) ?	p. 48
I.1.4 Espoirs de rentrer déçus	

I.1.5 Précipitation de la transition	p. 49
I.1.6 Stratégies des conjoints	p. 50
I.1.7 Conclusions	p. 54
<b>I.2 L'entrée en EMS</b>	p. 56
I.2.1 Vécu des résidents	p. 57
I.2.2 Vécu des conjoints vivant dans la communauté	p. 58
I.2.3 Conclusions	p. 59
<b>II. VECU DE L'HEBERGEMENT</b>	p. 61
<b>II.1 Vécu de l'environnement (EMS)</b>	
II.1.1 Vécu du cadre physique (établissement et alentours)	
II.1.2 Vécu du rapport à l'EMS	p. 62
II.1.3 Vécu des charges administratives et financières	p. 65
II.1.4 Vécu des activités et de l'emploi du temps	p. 66
II.1.5 Conclusions	p. 67
<b>II.2 Relations avec les soignants</b>	p. 69
II.2.1 Maladresses des soignants	p. 70
II.2.2 Agressivité envers les soignants	p. 71
II.2.3 Phénomènes de coalition	p. 75
II.2.4 Minimisation du négatif	p. 78
II.2.5 Liens positifs	
II.2.6 Conclusions	p. 79
<b>II.3 Relations avec les autres résidents</b>	p. 82
II.3.1 Relations des résidents interviewés avec leurs co-résidents	
II.3.2 Relations des conjoints vivant dans la communauté avec les autres résidents	p. 84
II.3.3 Conclusions	p. 85
<b>II.4 Visites</b>	p. 87
II.4.1 Couple Rochat	p. 88
II.4.2 Couple Emery	p. 90
II.4.3 Couple Aubort	p. 91
II.4.4 Couple Kaufman	p. 94
II.4.5 Couple Lévy	p. 95
II.4.6 Couple Savoy	p. 96
II.4.7 Couple Perroud	p. 98
II.4.8 Conclusions	p. 99
<b>III. DYNAMIQUE CONJUGALE</b>	p. 104
<b>III.1 Attachement</b>	
III.1.1 Couple Aubort	p. 105
III.1.2 Couple Emery	p. 108
III.1.3 Couple Kaufman	p. 111
III.1.4 Couple Lévy	p. 113

III.1.5 Couple Perroud	p. 115
III.1.6 Couple Rochat	p. 117
III.1.7 Couple Savoy	p. 120
III.1.8 Conclusions	p. 121
<b>III.2 Conflits conjugaux</b>	p. 123
III.2.1 Couple Aubort	p. 124
III.2.2 Couple Rochat	p. 128
III.2.3 Couple Lévy	p. 132
III.2.4 Couple Kaufman	p. 135
III.2.5 Couple Savoy	p. 136
III.2.6 Couple Emery	p. 137
III.2.7 Couple Perroud	p. 139
III.2.8 Conclusions	p. 140
<b>III.3 Intimité</b>	p. 143
III.3.1 Couple Emery	
III.3.2 Couple Aubort	p. 145
III.3.3 Couple Lévy	p. 147
III.3.4 Couple Perroud	p. 148
III.3.5 Couple Savoy	p. 149
III.3.6 Couple Kaufman	p. 150
III.3.7 Couple Rochat	
III.3.8 Conclusions	p. 151
<b>III.4 Analyse des interactions</b>	p. 154
III.4.1 Couple Aubort	p. 155
III.4.2 Couple Emery	p. 158
III.4.3 Couple Kaufman	p. 162
III.4.4 Couple Lévy	p. 166
III.4.5 Couple Perroud	p. 170
III.4.6 Couple Rochat	p. 173
III.4.7 Couple Savoy	p. 177
III.4.8 Conclusions	p. 180
<b>TROISIEME PARTIE : CONCLUSIONS</b>	p. 183
1. Synthèse des résultats	
2. Un vécu surtout négatif	p. 186
3. Influences réciproques entre dynamique de couple et vécu de la transition	p. 187
4. Déséquilibres entre les conjoints	p. 190
5. Suggestions au personnel des EMS	p. 192
6. Apports et limites de notre recherche	p. 196
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	p. 199
<b>ANNEXES</b>	p. 210

## INTRODUCTION

### *Présentation de notre problématique :*

Cette thèse de doctorat porte sur le vécu et l'adaptation des couples âgés dont l'un des conjoints est hébergé en établissement médico-social (EMS), alors que l'autre continue de vivre dans la communauté de manière plus ou moins indépendante<sup>1</sup>. Notre intérêt particulier pour le domaine de la gérontologie psychosociale, développé lors de nos études de psychologie et lors de notre assistantat à l'Université de Lausanne, est à l'origine du choix de cette thématique. En effet, cette discipline s'intéresse au vécu du vieillissement par les personnes âgées, en interaction avec le contexte social. Le vieillissement peut être source de nombreux questionnements existentiels pour ces personnes, en raison de changements potentiellement déstabilisants. La gérontologie psychosociale prend en considération la complexité de ce vécu et développe un regard critique sur notre manière habituelle de concevoir la vieillesse et les personnes âgées, autrement dit sur nos représentations sociales à ce propos.

Par ailleurs, nous vouons un intérêt particulier à la relation de couple. En effet, nos propres relations de couple et leurs aléas ont joué un rôle crucial dans notre bien-être. Nous avons d'ailleurs déjà consacré notre mémoire de Master<sup>2</sup> au couple, en nous intéressant aux dysfonctions sexuelles et à leurs traitements psychothérapeutiques. Aujourd'hui, face à l'adversité, nous puisons d'importantes ressources dans la qualité de notre relation de couple. Pour ces raisons, nous avons voulu nous questionner sur ce qu'il advient des couples âgés lorsque les conjoints se retrouvent séparés par l'hébergement de l'un d'entre eux. Dans nos propres représentations, lorsque nous commençons ce travail, cette séparation se faisait forcément contre le gré des conjoints, que nous imaginions désireux de poursuivre leur vie ensemble sous le même toit. Or notre recherche nous a appris que toutes les situations ne sont pas aussi tranchées. Nous y reviendrons à plusieurs reprises dans notre analyse de discours.

Il reste que la situation des couples âgés concernés par notre problématique est particulière, car les conjoints se retrouvent séparés après une vie commune qui s'échelonnait, dans la plupart des cas, sur plusieurs décennies. Nous nous attendions donc, et notre analyse nous a partiellement donné raison, à ce que cet événement puisse engendrer une crise existentielle chez les deux conjoints, ainsi qu'une crise importante de leur relation de couple. Une crise se définit comme une rupture de l'équilibre établi, engendrant à la fois des pertes et des opportunités de changement. Ainsi, pour les couples âgés séparés par l'hébergement de l'un des conjoints, un équilibre généralement stable, construit sur l'habitude de la vie ensemble, se retrouve rompu par cet événement de vie. Le désir, potentiellement présent chez ces couples, de continuer de vivre ensemble se heurte aux limites imposées par la dégradation de l'état de santé et les risques pour la sécurité qu'elle implique. Ces risques constituent une préoccupation importante pour les proches et les soignants, voire pour le couple lui-même. Mentionnons aussi l'épuisement fréquent du conjoint en meilleure santé, lorsqu'il a joué pendant des mois ou des années un rôle d'aidant naturel auprès de son conjoint malade. Toutes les personnes impliquées se voient alors contraintes de s'adapter à la nouvelle situation, pour trouver un nouvel équilibre. Ce processus est au cœur de la crise et de l'adaptation nécessaire qui en découle.

Par conséquent, le but de notre recherche était d'étudier le processus de crise engendré par la séparation des conjoints ainsi que la manière dont ceux-ci s'y adaptent. Mieux, nous avons interrogé

---

<sup>1</sup> Il arrive en effet que le conjoint vivant à domicile bénéficie de l'aide de ses proches ou de professionnels de l'aide à domicile (Centre Médico-Social).

<sup>2</sup> En 2005, à l'Université de Lausanne.

le sens qu'ils donnaient à leur expérience ainsi que la dynamique relationnelle de leur couple. Ainsi, nous avons visé une connaissance approfondie de cette problématique encore peu étudiée, ce qui nous a permis de suggérer des pistes pour un meilleur accompagnement des couples âgés.

Relevons encore que nous avons choisi de nous intéresser avant tout au couple conjugal et moins au couple parental. Il était en effet essentiel de bien délimiter la problématique étudiée. Par ailleurs, l'étude du couple parental se justifie moins dans notre recherche que dans des recherches portant sur des couples plus jeunes, élevant encore leurs enfants. En effet, les enfants des couples que nous avons rencontrés étaient d'âge mûr, voire même âgés eux aussi. Beaucoup de temps s'était écoulé depuis qu'ils avaient quitté le nid et ils avaient généralement fondé une famille à leur tour. Les relations des couples âgés étudiés avec leurs enfants avaient donc une importance plus relative.

#### *Description des établissements médico-sociaux :*

L'établissement médico-social joue un rôle important dans notre problématique de recherche. Il est donc important de décrire le système des EMS des cantons de Vaud et de Genève, en Suisse Romande, cantons qui disposent respectivement de 150 et de 51 EMS. Dans le Canton de Vaud<sup>3</sup>, un établissement médico-social se définit comme un lieu de vie médicalisé, offrant des prestations sociales, hôtelières, de soins et d'animation. Il peut s'agir d'une institution autonome ou de la division d'un hôpital destinée à l'hébergement de personnes dont le besoin de soins est chronique. La définition de ces établissements telle qu'elle est proposée par l'Etat de Genève<sup>4</sup> est sensiblement la même.

Il existe trois grandes catégories d'EMS, ou de divisions d'EMS :

- 1) Les établissements dédiés à la gériatrie somatique. Ils prennent en charge des personnes âgées atteintes principalement de troubles physiques. C'est dans cette catégorie d'EMS que nous avons recruté les interviewés, choix que nous justifierons plus loin (cf. *infra*, 2, Démarche).
- 2) Les établissements dédiés à la psychogériatrie. Ils prennent en charge des personnes âgées souffrant principalement de troubles psychiques.
- 3) Les établissements dédiés à la psychiatrie. Ils prennent en charge des personnes jeunes ou âgées atteintes de troubles psychiques.

S'agissant du canton de Vaud, il faut signaler l'existence d'un dispositif de surveillance de la qualité et de la sécurité des prestations délivrées par les EMS (et par les autres institutions sanitaires). L'un des procédés par lesquels cette surveillance est effectuée consiste en les inspections de la CIVESS, ou Coordination Interservices de Visites en Etablissements Sanitaires et Sociaux. D'après l'Association Vaudoise d'Etablissements Médico-Sociaux (AVDEMS), « les EMS vaudois sont probablement les seuls au monde à être supervisés de manière aussi détaillée par une police sanitaire »<sup>5</sup>. Ceci montre l'effort fourni par l'Etat pour atteindre un haut standard de qualité.

#### *Structure de notre thèse :*

Notre thèse débute par une revue de la littérature scientifique sur notre problématique (première partie, chapitre 1). Nous nous sommes référée à des études dont la démarche et les questions de

---

<sup>3</sup> Informations recueillies sur le site officiel de l'Etat de Vaud : <http://www.vd.ch/themes/social/ems>

<sup>4</sup> Informations recueillies sur le site officiel de l'Etat de Genève : <http://www.ge.ch/ems/>

<sup>5</sup> <http://www.avdems.ch/fr/actualites/detail/article/surveillance-des-ems.html>

recherche étaient proches des nôtres. Il nous est apparu que cette littérature scientifique est aujourd'hui encore peu abondante ; d'ailleurs, les auteurs auxquels nous nous référons déplorent un manque de recherches, ce qui donne une impression d'invisibilité de notre problématique. En effet, les couples séparés par l'entrée en EMS de l'un des conjoints sont encore peu nombreux. Ils n'ont alors jusqu'ici suscité que peu d'attention de la part des chercheurs. Mentionnons aussi la tendance de beaucoup de chercheurs, décrite dans notre revue de littérature, de ne s'intéresser aux résidents qu'en tant que personnes isolées, sans prendre en compte qu'ils peuvent avoir une relation de couple avec quelqu'un vivant à l'extérieur de l'établissement.

Le manque de littérature s'explique aussi par les représentations sociales sur les relations de couple à l'âge avancé. En effet, la croyance est répandue que les relations de couple perdent de leur importance lorsque nous devenons âgés. Relevons aussi l'important tabou vis-à-vis de la sexualité des personnes âgées, qui est régulièrement considérée comme anormale, voire déviante. Dans les représentations sociales, la personne âgée normale est asexuée.

En nous appuyant sur d'autres auteurs, nous défendons l'idée qu'il y a actuellement un important besoin de nouvelles recherches sur les couples âgés séparés par l'hébergement de l'un des conjoints car, avec l'accroissement de l'espérance de vie, le nombre de couples concernés par cette problématique pourrait devenir important. Il est donc pertinent de chercher à mieux comprendre comment les couples âgés vivent cette transition et comment ils peuvent s'y adapter, de même que de formuler des propositions pour que les professionnels des EMS et dans la communauté puissent leur venir en aide.

En outre, nous avons constaté que la plupart des auteurs ne se sont intéressés qu'à un seul des conjoints, soit au conjoint en meilleure santé vivant dans la communauté. Ce procédé peut se comprendre par des aspects d'ordre pratique : le conjoint vivant dans la communauté<sup>6</sup> est généralement plus facile à interviewer que le conjoint hébergé, car il dispose généralement de meilleurs moyens cognitifs et parce que cette démarche se passe d'une négociation avec l'établissement pour organiser les interviews. Par ailleurs, ces chercheurs ont parfois voulu prendre le contrepied des soignants qui, d'après eux, tendent à considérer les résidents comme des personnes isolées, en oubliant leurs relations significatives avec leurs proches, dont le conjoint. En ce qui nous concerne, nous avons décidé d'inclure les deux conjoints dans notre dispositif de recherche, afin de pouvoir véritablement étudier les processus se déroulant dans le couple.

Un chapitre expliquant notre démarche en détails (première partie, chapitre 2) suit notre revue de littérature. Relevons déjà que nous fondons cette démarche sur le paradigme compréhensif, qui correspond le mieux à une recherche en gérontologie psychosociale. En effet, il était essentiel pour nous de nous intéresser au sens que les personnes interviewées donnent à leur situation, de même qu'à l'influence jouée par les différents contextes (établissement, etc.) sur la production des discours. Tout au long de notre recherche, nous avons intégré dans notre analyse les rôles joués par ces contextes, y compris ce qui se jouait dans la relation avec nous en tant qu'intervieweuse.

Notre échantillon comprend sept couples, proposés par les EMS à partir de nos critères de sélection, définis plus loin. Nous avons procédé à des interviews individuelles de chacun des conjoints puis, dans un deuxième temps, à l'interview du couple. Ce procédé nous a permis de mettre en relation les différents discours recueillis. Si certaines questions étaient définies avant les interviews, dans le but d'introduire et parfois de recadrer l'échange sur notre problématique de recherche, nous laissons de manière générale une importante liberté aux interviewés pour qu'ils puissent aborder leurs

---

<sup>6</sup> Relevons cependant que l'EMS est lui aussi une communauté. Nous utilisons malgré tout cette terminologie pour distinguer les deux conjoints, par soucis de cohérence avec la littérature scientifique consultée.

préoccupations du moment. En d'autres termes, nous n'avons en aucun cas utilisé nos canevas d'entretiens de manière rigide. Ensuite, nous avons procédé à l'analyse des discours recueillis.

Nous poursuivons par un petit chapitre décrivant chacun des sept couples (première partie, chapitre 3). Ces portraits permettent au lecteur d'approcher d'emblée la diversité et la complexité des situations.

Puis vient la partie la plus importante de notre travail, c'est-à-dire notre analyse de discours (deuxième partie) :

- Le premier chapitre (I) traite du vécu de la transition. Nous avons suscité les discours rétrospectifs des interviewés sur la décision de l'hébergement et les démarches effectuées (I.1), ainsi que sur la manière dont s'est passée l'entrée en EMS du conjoint malade (I.2).
- Le deuxième chapitre (II) porte sur le vécu de l'hébergement. Nous avons questionné la manière dont l'établissement est perçu par les interviewés (II.1), la manière dont ils vivent les relations avec les soignants (II.2), la manière dont ils vivent les relations avec les autres résidents (II.3), ainsi que leur vécu du moment des visites (II.4).
- Le troisième chapitre (III) porte sur la dynamique de couple. Nous avons étudié l'attachement dans le couple (III.1), les conflits conjugaux (III.2), l'intimité (III.3) et enfin les interactions telles qu'elles se sont déroulées lors des interviews de couple (III.4). Notons que dans cette partie de notre travail, nous accorderons une place importante à une approche clinique.

Enfin, dans nos conclusions (troisième partie), nous commencerons par faire une synthèse de nos résultats d'analyse. Puis, nous ferons état du vécu de des interviewés en lien avec la littérature. Nous nous pencherons ensuite sur la manière dont la transition – c'est-à-dire le passage entre la vie ensemble au domicile et la vie séparés – a influencé les dynamiques relationnelles de ces couples, et réciproquement sur la manière dont la dynamique relationnelle antérieure à l'hébergement a influencé le vécu de la transition. Suivra une discussion sur les déséquilibres souvent observés dans les couples, entre le résident et le conjoint vivant dans la communauté. Ensuite, nous effectuerons quelques suggestions au personnel des EMS pour un meilleur accompagnement des couples âgés dont l'un des conjoints est hébergé. Pour terminer, nous discuterons des apports et des limites de notre recherche.

# PREMIÈRE PARTIE : REVUE DE LITTÉRATURE, DÉMARCHE ET DESCRIPTION DES SEPT SITUATIONS

## 1. Revue de littérature

La littérature scientifique concernant la manière dont les couples âgés vivent l'hébergement de l'un des conjoints est actuellement encore peu abondante (Lavoie, Lapierre & Benoit, 2008 ; Sandberg, Lundh & Nolan, 2000). Deux décennies plus tôt, Ade-Ridder et Kaplan (1993) parlaient même d'un véritable vide dans la littérature, et cette situation semble avoir peu changé. Nous n'avons en effet trouvé que 27 références traitant directement de notre problématique de recherche. En guise d'explication, Gladstone (1992) remarque une tendance des chercheurs à considérer les résidents âgés comme des individus isolés, alors même que 5 à 7% des résidents ont un conjoint (vivant dans l'institution ou dans la communauté).

Quant à nous, nous observons que les recherches existantes portent pour la plupart sur les conjointes de résidents. En effet, les femmes se marient généralement avec des hommes plus âgés qu'elles. Plus jeunes, elles sont souvent en meilleure santé que leur mari, qui a plus de probabilités de se retrouver hébergé (Ade-Ridder & Kaplan, 1993). Par ailleurs, il nous semble qu'il s'agisse souvent d'un choix des auteurs de se centrer sur le vécu de la conjointe plutôt que sur celui du résident, peut-être en raison des troubles cognitifs souvent présents chez ce dernier qui rendent plus difficile sa participation à une recherche.

Relevons ici que les conjoints forment, parmi l'ensemble des proches de résidents, un groupe à part. Ils sont en général les derniers à confier les soins à des tiers, notamment à des professionnels. Malgré le fait qu'ils vieillissent et que leur santé soit souvent fragile, ils persistent dans leur rôle d'aidant à domicile aussi longtemps que possible. En raison de leur fragilité, ils ont été identifiés comme les « patients cachés » de l'établissement (Fengler & Goodrich, 1979). Les époux aidants ont une moins bonne santé physique et psychologique, ont des scores plus bas sur les échelles de bien-être et d'activités sociales, si on les compare avec l'ensemble des personnes du même âge. Par ailleurs, les épouses sont les plus déprimées et vivent plus souvent leur rôle d'aidante comme un fardeau (Dawson & Rosenthal, 1996).

Davantage de recherches sur les couples âgés séparés par l'hébergement de l'un des conjoints sont nécessaires car, en raison de l'accroissement de l'espérance de vie, le nombre de ces couples est en constante augmentation (Gladstone, 1992 ; Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Mackenzie & McLean, 1992). En effet, avec les progrès sur le plan de la médecine, de l'hygiène et avec l'amélioration du niveau de vie, l'espérance de vie augmente, et ce malgré la fragilisation qui apparaît à un âge avancé. Par conséquent, en ce qui concerne les couples, la probabilité que les époux âgés soient séparés en raison de différences dans leur état de santé augmente (Kaplan, 1996).

Nous nous demandons pourquoi le vécu des couples par rapport à l'hébergement de l'un de ses membres suscite aussi peu d'intérêt auprès des chercheurs. L'une des explications réside peut-être dans le nombre relativement faible de résidents ayant un conjoint vivant dans la communauté. En effet, le fait de vivre à deux semble prémunir les personnes âgées malades contre l'hébergement (Gladstone, 1992 ; Johnson, 1985), car les conjoints, même s'ils sont tous deux fragiles, peuvent s'entraider afin de vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Une autre raison pouvant expliquer ce manque de recherches est le fait que, dans l'esprit de bien des gens, les relations de couple à un âge avancé ne seraient pas aussi importantes que chez les plus jeunes. Pour Braithwaite (2002), en termes de représentations sociales, nous sommes tentés de considérer les relations de couple dans le grand âge comme émotionnellement mortes. Cependant, les recherches auxquelles nous nous référons ont des résultats qui vont à l'encontre de cette idée reçue. Elles illustrent au

contraire le fait que les relations de couple, voire la sexualité, ont autant d'importance chez les personnes âgées que chez les plus jeunes.

Ainsi, parmi d'autres, la recherche de Kemp (2007) témoigne de l'importance des relations de couple à un âge avancé. En effet, les conjoints vieillissants deviendraient de plus en plus dépendants l'un de l'autre. Ils se soutiendraient mutuellement quand surviennent les problèmes de santé, ce qui aurait notamment pour conséquence, comme nous l'avons mentionné, de retarder l'hébergement. Par ailleurs, Johnson (1985) décrit les relations de couple à l'âge avancé comme devenant souvent des relations « totales », car il ne reste parfois que peu de substituts en raison des pertes vécues par les conjoints (voir aussi Ade-Ridder & Kaplan, 1993). Ainsi, progressivement, le couple tendrait à répondre à l'ensemble des besoins des conjoints, y compris à ceux qui dépassent le champ de la relation amoureuse (Rosenkoetter, 1996).

En effet, au cours du vieillissement, la diversité et le nombre de contacts sociaux diminuent, et il en va de même pour les activités qui sont source de plaisir. La compagnie de l'époux/se et la communication dans le couple deviennent d'importantes sources de satisfaction, pour autant que la relation soit peu conflictuelle. Il arrive aussi que des couples qui étaient conflictuels au début de leur vie commune se retrouvent plus unis face aux problèmes de santé survenant avec l'âge. Réunir les énergies, utiliser les ressources et prendre soin l'un de l'autre deviennent ainsi des priorités. Ces relations deviennent parfois si intenses et interdépendantes, qu'avec le temps les partenaires peuvent ne plus tolérer aucune séparation (Ade-Ridder & Kaplan, 1993).

En outre, les couples âgés témoigneraient d'une plus grande proximité émotionnelle, de plus d'intimité, de plus de stabilité et de moins de conflits que les couples plus jeunes (Sandberg, Miller et Harper, 2002). Ils seraient caractérisés par plus de réciprocité, d'interdépendance et d'altruisme. Les expériences partagées durant les nombreuses années vécues ensemble conduisent à un engagement important entre les conjoints et renforce leurs liens (Ade-Ridder & Kaplan, 1993). Cependant, pour Braithwaite (2002), leur communication serait plus restreinte que celle des plus jeunes. L'auteure ajoute que les personnes âgées sont généralement plus résignées vis-à-vis de la relation, et qu'elles ont plus souvent des valeurs de pardon, de tolérance et de discrétion. Elles percevraient aussi plus souvent leur mariage comme une relation publique, insérée dans des liens sociaux plus larges, et accorderaient plus d'importance à leurs obligations sociales.

La lecture de ces recherches nous convainc de l'importance des relations de couple à un âge avancé. Par ailleurs, la plupart des articles auxquels nous nous référons témoignent du fait que les conjoints qui vivaient une relation de couple satisfaisante font de leur mieux pour préserver la continuité de cette relation après l'hébergement. Ces articles témoignent donc, même si c'est d'une manière plus implicite, du fait que les relations de couple ne perdent pas leur importance avec l'âge.

### 1.1 Crise et conséquences sur la vie de couple

Si les crises que chacun d'entre nous rencontre dans sa vie représentent à la fois un danger et une opportunité, nous avons souvent tendance à rechercher la sécurité. Nous cherchons donc à éviter les crises, car les opportunités de changement qu'elles comprennent nous paraissent généralement peu attractives en regard de ce qui est perdu (Camdessus, Bonjean & Spector, 1989). Cependant, certains événements, tels qu'une maladie, un accident, ou encore l'hébergement en EMS, ne peuvent être évités et provoquent une rupture. La crise éclate.

Ainsi, la littérature scientifique consultée montre que l'hébergement de l'un des conjoints provoque le plus souvent une crise au sein du couple âgé. La plupart des articles auxquels nous nous référons décrivent l'impact de cette crise, c'est-à-dire ses conséquences sur les conjoints et sur la relation

(Martin, Baldwin & Bean, 2008 ; Stadnyk, 2006 ; Ross, Rosenthal & Dawson, 1997a,b,c ; Gladstone, 1995a ; Rosenkoetter, 1996 ; Kramer, 2000 ; Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Lundh, Sandberg & Nolan, 2000). Or, dans la majorité des cas, les participants à ces recherches sont plutôt satisfaits de leur relation et souhaitent toujours s'investir dans leur vie de couple (nous faisons l'hypothèse que les couples plus conflictuels ne sont peut-être que rarement motivés à participer à des recherches sur le couple). Les couples étudiés dans ces recherches souffriraient donc généralement de la séparation due à l'hébergement, alors qu'ils partageaient un quotidien qui représentait une source de satisfaction (Stadnyk, 2006). Nous voyons que dans la majorité des articles utilisés, il est peu question de l'ambivalence dans ces relations de couple.

Le caractère pénible de la séparation serait renforcé par le fait que le couple a souvent, comme nous l'avons vu précédemment, une importance capitale dans la vie des personnes âgées (Rosenkoetter, 1996). En effet, la plupart des relations de couple à un âge avancé ont duré plusieurs décennies (Wright, 2000) et ont débuté à une époque où le mariage était encore une valeur centrale dans la société occidentale (Evans, 2004). Par ailleurs, les conjoints âgés seraient nombreux à trouver un sens à leur vie en prenant soin l'un de l'autre et ils en retireraient beaucoup de satisfaction, malgré le poids des responsabilités et la fatigue liés au rôle d'aidant (Rosenkoetter, 1996 ; Camdessus, Bonjean & Spector, 1989). En mettant fin à cette situation, l'hébergement de l'un des conjoints menacerait profondément l'équilibre des couple (Rosenkoetter, 1996 ; Martin, Baldwin & Bean, 2008).

#### *Situation particulière des épouses (et époux) de résidents :*

Parmi l'ensemble des proches de résidents, les épouses (ainsi que les époux, même s'ils sont moins mentionnés dans la littérature) vivent une situation particulière. La transition leur est souvent extrêmement difficile à vivre, en raison du lien intense et exclusif qui les relie au conjoint malade (Lavoie, Benoît & Lapierre, 2010 ; Ross, Rosenthal & Dawson, 1993). Mackenzie et McLean (1992) décrivent d'ailleurs le placement du conjoint malade comme une expérience véritablement traumatique. Quant à Lavoie, Lapierre et Benoit (2008), elles décrivent la phase décisionnelle des épouses comme particulièrement longue et complexe, comparativement à celle des autres membres de la famille. Ainsi, à mesure que la santé de son mari se dégrade, l'épouse doit assumer de plus en plus de responsabilités, alors que ses ressources physiques, psychiques et émotionnelles s'amenuisent. En effet, dans leur rôle d'aidante à domicile, les épouses ont tendance à vouloir tenir le coup le plus longtemps possible. Le stress élevé qui en résulte est hautement néfaste pour leur santé. Elles prennent soin de leur mari jusqu'à ce que soit atteint un point de rupture, lorsque les soins deviennent trop lourds ou qu'elles-mêmes ne sont plus en mesure de les prodiguer (Kaplan & Ade-Ridder, 1991).

Pourquoi les épouses de résidents constituent-elles le groupe le plus à risque ? Tout d'abord parce qu'elles sont généralement plus âgées et fragiles que les descendants (Brennan, Downes & Nadler, 1996). Par ailleurs, elles ont des stratégies adaptatives différentes de celles des autres proches, en particulier de celles des enfants adultes (Lavoie, Benoît & Lapierre, 2010). En effet, pour Morgan et Zimmerman (1990), lorsqu'une personne âgée devient malade, ses enfants prennent généralement une certaine distance avec elle, alors que son conjoint, si elle en a un, se retrouve progressivement empêtré dans la relation. Les époux et épouses sont par conséquent les derniers à se tourner vers une aide formelle, en raison de leur forte intimité avec le malade (Hennings, Froggatt & Payne, 2013 ; Ade-Ridder & Kaplan, 1993). En outre, les femmes aidantes témoigneraient d'un fardeau plus lourd que celui des hommes. Pour Ade-Ridder et Kaplan (1993), cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles espéraient en avoir fini avec leur carrière d'aidantes informelles une fois que leurs enfants sont devenus grands et autonomes.

Pour Kaplan & Ade-Ridder (1991), le placement du conjoint en maison de retraite serait avant tout lié à des facteurs subjectifs plutôt qu'à des difficultés objectives. Ainsi, il s'agirait surtout de la perception subjective par le conjoint aidant du fardeau relatif à l'aide à domicile. Ce facteur apparaît comme plus important que la sévérité de la démence, par exemple. Il reste que la décision de faire héberger son conjoint en maison de retraite est souvent prise avec regret, et lorsqu'aucune autre option n'est désormais possible (Braithwaite, 2002).

Les nombreux changements survenant dans la vie d'un couple suite à l'hébergement de l'un des conjoints sont interdépendants les uns des autres, et chacun d'entre eux peut devenir une source de stress pour le système conjugal déjà fragilisé par l'âge (Rosenkoetter, 1996). Ainsi, le couple perd progressivement son identité en tant que « couple qui fonctionne » (Martin, Baldwin & Bean, 2008), c'est-à-dire son autonomie : désormais, de plus en plus de personnes extérieures sont impliquées dans les décisions qui le concernent.

#### *Crise et temporalité :*

Si la crise vécue par le couple atteint son point culminant au moment de l'hébergement du conjoint malade, elle débiterait déjà avant, c'est-à-dire à partir du moment où la décision de l'hébergement est prise (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Kramer, 2000 ; Keefe & Fancey, 2000). A ce moment, les conjoints seraient généralement conscients que cette décision est sans retour, à moins bien sûr qu'ils souffrent d'une pathologie démentielle. Ainsi, les processus psychologiques les préparant à la séparation (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000) se mettraient déjà en marche.

De même, ces processus psychologiques se prolongeraient bien après le moment de l'hébergement, généralement sur une durée de plusieurs mois (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Beaulieu & Karpinski, 1981), car les conjoints doivent faire le deuil de leur vie à deux. En outre, pour Kaplan & Ade-Ridder (1991), le stress associé à la transition n'est pas forcément réduit une fois que celle-ci a eu lieu. Il est même possible que le stress augmente en raison des habitudes de vies qui se trouvent transformées. Enfin, malgré la prise en charge des soins par le personnel soignant, le fardeau subjectif des épouses demeure (Lavoie, Lapierre & Benoit, 2008 ; Mullin, Simpson & Froggatt, 2013), car elles se sentent généralement toujours autant responsables du bien-être de leur mari. Par conséquent, si le placement de ce dernier leur prodigue un certain soulagement, cela ne signifie pas la fin des souffrances de la conjointe vivant à domicile, mais plutôt un changement dans le fardeau éprouvé (Mackenzie & McLean, 1992).

#### *Conséquences de la transition sur le couple :*

Ces considérations générales étant établies, voyons maintenant de manière plus précise quelles sont les conséquences de l'hébergement de l'un des conjoints sur la vie du couple (nous verrons dans un deuxième temps quelles sont les conséquences sur le vécu des conjoints pris séparément). Pour Gladstone (1995a), les conséquences sur le couple âgé sont de plusieurs ordres et témoignent du bouleversement vécu. La plupart d'entre elles sont vécues comme négatives, surtout dans le cas des couples satisfaits d'une relation qu'ils souhaitent continuer d'investir.

Les bouleversements dans les rôles que les conjoints jouent l'un vis-à-vis de l'autre font partie des conséquences négatives les plus importantes. En effet, pour Rosenkoetter (1996), la perte des rôles, quels qu'ils soient, peut avoir un impact profond sur les sentiments, les attitudes et les comportements de chacun des membres du couple. Par exemple, si le rôle joué par l'un des conjoints était de soigner l'autre, il ne lui est désormais plus possible de le jouer de la même manière ; le conjoint en meilleure santé n'a plus le premier rôle dans les soins donnés à son conjoint malade une

fois que celui-ci est hébergé (Braithwaite, 2002). Or, chez bien des épouses (Ade-Ridder & Kaplan, 1993), le fait d'aider leur conjoint dépendant à domicile peut être devenu un rôle important et même une part de leur identité. Dans un tel cas, le placement ne fait pas que les priver de la présence de leur mari à la maison, mais les prive également d'un mode de vie auquel elles s'étaient accoutumées.

Autre conséquence importante de l'hébergement sur la relation de couple, les conjoints se retrouvent tout à coup séparés physiquement car il ne leur est plus possible de partager le même lieu de vie (Førsund, Skovdahl, Kiik & Ytrehus, 2014 ; Gladstone, 1995a,b ; Martin, Baldwin & Bean, 2008 ; Szasz, 1983). Souvent, chacun des conjoints vit difficilement le détachement physique et émotionnel qui en résulte, d'autant plus s'ils ont une histoire conjugale longue de plusieurs décennies (Lavoie, Lapierre & Benoit, 2008). Quant aux visites, aussi fréquentes soient-elles, elles ne parviendraient généralement pas à combler le vide laissé par l'hébergement (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997a). En outre, en raison du contexte particulier de l'établissement, les possibilités de passer du temps en couple sont plutôt limitées, de même que celles de partager des moments intimes (Rosenkoetter, 1996 ; McCartney, Izeman, Rogers & Cohen, 1987 ; Parker, 2006 ; Kemp, 2008). Enfin, la séparation des lieux de vie peut avoir un effet limitant sur la communication et sur la résolution de conflits au sein du couple (Rosenkoetter, 1996).

Cependant, si les pertes et compromis sont inévitables, il est erroné de croire que la transition ne peut avoir que des effets négatifs sur la relation de couple. Le fait que le conjoint vivant dans la communauté n'ait plus à assumer autant de tâches et de responsabilités peut le soulager et rendre par conséquent plus agréables les moments passés en couple (Kramer, 2000 ; Evans, 2004). Quant aux couples très conflictuels, ils peuvent être soulagés par l'hébergement lorsqu'il leur permet de se séparer d'une manière qui soit acceptable socialement (Gladstone, 1995a ; Talpin & Joubert, 2008). En outre, une recherche de Gladstone (1995a) a montré que les sentiments des conjoints vis-à-vis de l'hébergement sont parfois positifs, notamment lorsque chacun d'entre eux se sent toujours en mesure de s'impliquer dans la relation conjugale d'une manière ou d'une autre (en prodiguant du soutien, etc.), et lorsque les soins prodigués au conjoint malade sont perçus comme bénéfiques.

Paradoxalement, il peut même arriver que l'hébergement rapproche les conjoints (Gladstone, 1995b ; Keefe & Fancey, 2000 ; Wright, 1998). Cette situation se présenterait lorsque le conjoint vivant dans la communauté ressent encore plus de compassion vis-à-vis du conjoint malade, ou s'il est plus détendu du fait de la diminution de ses responsabilités. Par ailleurs, du côté du résident, le fait de nouer de nouveaux contacts dans le cadre de l'établissement peut lui permettre d'avoir plus de choses à raconter à son conjoint. Ainsi, le couple bénéficierait d'un apport extérieur et par conséquent de nouvelles opportunités de partage.

#### *Conséquences de la transition sur le conjoint vivant dans la communauté :*

Certaines conséquences de l'hébergement concernent spécifiquement le conjoint en meilleure santé, qui continue de vivre dans la communauté. Pour Stadnyk (2006) et Kramer (2000), l'hébergement de leur époux ou épouse malade constituerait l'une des transitions les plus difficiles de leur vie. Leurs sentiments vis-à-vis de cette transition seraient souvent complexes : si la plupart se sentent soulagés de n'avoir plus autant de responsabilités envers leur conjoint malade, ils ont fréquemment l'impression de l'avoir trahi et éprouvent des sentiments de culpabilité (Mullin, Simpson & Payne, 2013 ; Hennings, Froggatt & Payne, 2013 ; Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Lavoie, Lapierre & Benoit, 2008 ; Wright, 2000). Ils peuvent également ressentir de la honte et de la tristesse, car ils ont l'impression d'avoir échoué dans leur rôle d'aidant (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997b ; Gladstone, 1995a) et d'avoir renoncé de manière inacceptable aux promesses faites à leur conjoint lors de leur mariage (Sidell, 2000 ; Zezzo-Derupt, 2006). En effet, prendre soin de son conjoint lorsqu'il est malade est considéré comme un devoir dans notre société (Wright, 2000). Enfin, les conjoints restant

dans la communauté éprouvent fréquemment un sentiment d'impuissance, car il leur est dans la plupart des cas impossible de choisir eux-mêmes l'établissement où vivra leur conjoint (Lundh, Sandberg & Nolan, 2000).

Pour la plupart des conjoints vivant dans la communauté, le mariage était fondé sur une relation intime et irremplaçable. La séparation involontaire due à la transition engendre chez eux des sentiments de tristesse et de solitude, de même qu'une hausse de la prévalence de la dépression (Rosenthal & Dawson, 1991). Le domicile conjugal, autrefois partagé, devient l'endroit où la perte est la plus apparente. Y vivre peut être douloureux, en raison des souvenirs qui habitent ce lieu. Ainsi, il arrive que le conjoint ne parvienne plus à dormir dans la chambre à coucher (Tilse, 1997). Par ailleurs, le sentiment d'appartenance à un couple chez le conjoint d'un résident peut être menacé par le déclin de la santé de ce dernier et/ou par le fait qu'il soit hébergé (Kaplan, Ade-Ridder, Hennon, Brubaker, 1995).

Quant au caractère peu fréquent de la situation des conjoints vivant seuls dans la communauté, il les rend susceptibles de se retrouver isolés socialement. En effet, ils ne bénéficient pas du soutien social prodigué aux veufs et veuves et la plupart de leurs proches ont de la peine à comprendre leur souffrance (Sidell, 2000 ; Rosenthal & Dawson, 1991). Par ailleurs, le risque d'isolement est d'autant plus important s'ils consacrent la majorité de leur temps aux visites, au détriment d'autres contacts sociaux (Martin, Baldwin & Bean, 2008). Quant à Hennings, Froggatt et Payne (2013), elles insistent sur le côté flou de leur identité en société et sur l'ambiguïté de leurs rôles.

Plusieurs auteurs ont comparé la situation des conjoints vivant dans la communauté à celle des veufs et veuves. En effet, il s'agit dans les deux cas d'une perte involontaire du conjoint, ce qui rend ces transitions de vie similaires, même si cette perte ne se fait pas sur le même plan. En raison de cette ambiguïté entre similarités et différences, Rollins et al. (1985) ont employé l'expression « veuvage marié » (« married widowhood ») pour parler de la situation des conjoints de résidents. La différence entre ces deux transitions est que les responsabilités liées au fait d'être marié persistent pour les « veufs mariés » (Hennings, Froggatt & Payne, 2013 ; Ade-Ridder & Kaplan, 1993), alors qu'elles disparaissent dans le cas des veufs. Ainsi, alors que les veufs sont libres de se construire une nouvelle vie, les « veufs mariés » se sentent retenus par leurs obligations vis-à-vis du conjoint malade (Rosenthal & Dawson, 1991). Par ailleurs, si la perte due au décès est définitive, elle peut sembler interminable lorsque le conjoint est malade et vit dans un établissement spécialisé. Par conséquent, certains conjoints vivant dans la communauté estiment que la mort du conjoint malade leur aurait été plus facile à vivre (Kaplan & Ade-Ridder, 1991 ; Zizzo-Derupt, 2006).

Lavoie, Lapierre et Benoit (2008) rappellent que, pour qu'un travail de deuil soit possible, il faut que la personne puisse désinvestir la relation qu'elle a perdue et réinvestir son énergie émotionnelle dans de nouvelles personnes ou activités. Par conséquent, la difficulté principale des épouses de résidents est liée au fait qu'elles ne puissent (ou ne s'autorisent pas à) désinvestir leur relation de couple tant que leur époux est toujours vivant. Leur travail de deuil reste donc mal accompli. Zizzo-Derupt (2006) parle de deuil blanc, en raison de l'engagement qui doit rester intact envers le conjoint malade, même si le conjoint en meilleure santé à l'impression d'avoir perdu sa relation de couple.

#### *Conséquences de la transition sur le conjoint hébergé :*

La littérature scientifique s'est beaucoup moins intéressée aux conséquences de la transition sur le conjoint hébergé que sur le conjoint vivant dans la communauté. Rosenkoetter (1996) a néanmoins étudié cet aspect. Pour cette auteure, le conjoint hébergé souffrirait souvent de la perte des groupes sociaux dans lesquels il était intégré. Il peut aussi se sentir trahi ou rejeté par son époux/se qui a décidé, ou du moins n'a pas empêché, son hébergement. Par ailleurs, le résident peut devenir jaloux

et avoir le sentiment d'être rejeté si son conjoint noue de nouvelles relations significatives dans la communauté, même lorsque ces dernières demeurent purement amicales. Enfin, le nouveau résident réaliserait souvent que le home est sa dernière demeure avant la mort et aurait par conséquent tendance à s'accrocher à ses proches, augmentant ainsi l'anxiété et la culpabilité de ces derniers.

#### *Impact du cadre institutionnel sur la crise :*

A propos du cadre institutionnel des établissements pour personnes âgées dépendantes, plusieurs auteurs estiment qu'il amplifie souvent les conséquences négatives exposées plus haut. En effet, la plupart de ces établissements ne seraient pas conçus pour accueillir des résidents ayant un conjoint. Les chambres seraient presque toujours exigües et partagées avec d'autres résidents. De fait, les couples n'auraient que peu de tranquillité et d'intimité, et devraient souvent composer avec les allées et venues des professionnels (Rosenkoetter, 1996 ; McCartney, Izeman, Rogers & Cohen, 1987 ; Parker, 2006 ; Kemp, 2008). En outre, à l'intérieur de l'établissement, les interactions entre les résident(e)s et leur conjoint sont publiques. Elles peuvent donc devenir un sujet de curiosité pour les autres résidents, les visiteurs et les soignants, ce qui provoque inévitablement des changements dans l'intimité du couple (Kaplan, 1996). Par conséquent, il serait généralement difficile pour les couples de passer du temps ensemble sans être dérangés et d'avoir des relations sexuelles, s'ils le souhaitent (Gladstone, 1995a,b).

D'autres limitations imposées par le cadre de l'établissement concernent le temps que les conjoints peuvent passer ensemble. Les routines standardisées que ce cadre impose (Schmidt, 1987) peuvent être incompatibles avec les désirs des conjoints. Les couples se verraient donc contraints d'adapter leur manière de vivre à ce nouveau cadre (Rosenkoetter, 1996), ce qui ne se ferait pas sans mal. En outre, les activités organisées par les établissements pour les résidents ne seraient en général pas ouvertes aux conjoints vivant dans la communauté (Stadnyk, 2006), ce qui restreindrait encore pour les couples les opportunités de passer du temps ensemble.

Une dernière source de difficultés liées au cadre institutionnel viendrait du fait que l'hébergement n'est généralement pas préparé en commun par les soignants et les membres du couple (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000). Les contacts avant l'hébergement seraient rares, de même que les opportunités de discuter des changements et de leurs implications pour chacun des conjoints.

#### *Impact des attitudes des soignants sur la crise :*

Les attitudes des soignants ont aussi un impact sur la manière dont les conjoints vivent la période de crise induite par l'hébergement. Malheureusement, l'épanouissement des relations de couple entre les résidents et leur conjoint ne figurerait en règle générale pas parmi les priorités du personnel (Parker, 2006 ; Wasow & Loeb, 1979 ; White, 1982). Au contraire, celui-ci se préoccuperait avant tout de l'efficacité de la prise en charge et de satisfaire les demandes des descendants des résidents (Kaplan, 1996 ; Wasow & Loeb, 1979). Par ailleurs, très accaparés par leurs tâches professionnelles, les soignants manqueraient généralement de disponibilité pour être à l'écoute des besoins des résidents et de leur conjoint. Ils n'ont guère le temps d'accompagner les couples dans cette transition (Dionne & Dupras, 2007).

En outre, de manière générale, les soignants auraient de la peine à considérer les résidents en couple comme des personnes ayant des besoins spécifiques qui les différencient des autres résidents (Gladstone, 1995a ; Kemp 2007). De même, ils ne reconnaîtraient pas souvent l'« expertise » des conjoints vivant dans la communauté dans les soins à leur conjoint malade, expertise qui s'est

développée alors qu'ils s'en sont occupés à domicile pendant parfois de nombreuses années. Ainsi, les soignants auraient tendance à décourager les conjoints vivant dans la communauté à participer aux soins (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000), ce qui pose problème, car la plupart d'entre eux souhaitent qu'il y ait une continuité dans leur rôle d'aidant (Ade-Ridder & Kaplan, 1993).

Ces situations problématiques dans les rapports du couple avec les soignants de l'établissement peuvent même être à l'origine de conflits. En particulier, les conflits de rôles opposant les conjoints vivant dans la communauté aux soignants seraient fréquents. Si les premiers peuvent avoir l'impression que leur rôle d'aidant est menacé (Rosenkoetter, 1996 ; Schmidt, 1987), les seconds percevraient leurs tentatives de s'impliquer dans les soins comme quelque chose qui interfère avec le bon fonctionnement des routines de l'établissement. Ainsi, les soignants et le conjoint vivant dans la communauté apparaissent comme deux types d'experts (Vézina & Pelletier, 2004), susceptibles d'entrer en confrontation concernant la prise en charge du conjoint malade.

Après cette analyse de la crise induite par l'hébergement et ses différentes conséquences, voyons comment les couples s'adaptent à cette situation difficile.

## 1.2 Adaptation des couples après la phase de transition

Plusieurs chercheurs ont voulu comprendre comment les couples âgés s'adaptent à leur nouvelle situation une fois que l'un des conjoints est hébergé dans un établissement spécialisé. Ils montrent que la plupart d'entre eux tentent de préserver la continuité de leur relation malgré les bouleversements induits par l'hébergement (Førsund, Skovdahl, Kiik & Ytrehus, 2014). Gladstone (1995b) explique les raisons de ce phénomène en se référant à la théorie de la continuité d'Atchley (1971 ; 1989). Celle-ci décrit l'importance pour les personnes âgées de maintenir un sentiment de continuité du soi malgré les changements et les pertes qui caractérisent l'avancée en âge. Pour ce faire, les aînés s'engageraient dans des rôles relationnels qui leur sont familiers (continuité externe), tout en recherchant dans leurs expériences un sens qui soit consistant avec la manière dont ils se perçoivent eux-mêmes (continuité interne). De cette manière, ils garderaient un sentiment de prédictibilité dans leur vie ainsi qu'une image consistante d'eux-mêmes. Aussi, lorsqu'ils se retrouvent confrontés à des défis majeurs, tels que leur propre hébergement ou celui de leur conjoint, les aînés chercheraient activement à restaurer la continuité en adaptant leurs attentes en fonction de la nouvelle situation.

Si la théorie exposée brièvement ci-dessus décrit la recherche de continuité chez les personnes âgées d'une manière très générale, certains auteurs ont mis en évidence de tels processus dans des aspects concrets de la vie des couples concernés par notre problématique de thèse. La recherche de continuité s'observe par exemple dans le fait que la plupart des conjoints vivant dans la communauté poursuivent leur implication, dans la mesure où les soignants le leur permettent, dans les soins apportés au conjoint hébergé. De cette manière, la nouvelle situation induite par l'hébergement est rendue aussi familière que possible (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997b,c ; Vézina & Pelletier, 2004 ; Stephens, Kinney & Ogrocki, 1991 ; Rolland, 2007) et les conjoints vivant dans la communauté continuent de se sentir responsables, au moins en partie, du bien-être de leur conjoint hébergé (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997a,b ; Gladstone, 1995b ; Keefe & Fancey, 2000).

Quant aux visites, elles demeurent fréquentes (plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement) malgré le temps qui passe (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997b). Pour Tilse (1997), le but et le sens des visites, pour les couples, sont de maintenir la continuité du soi et de la vie quotidienne. Les visites permettent de montrer son engagement envers son conjoint, d'exprimer son attachement, de supporter la perte et le chagrin, de combattre la solitude (Førsund, Skovdahl, Kiik & Ytrehus, 2014),

de normaliser une situation inhabituelle pour un couple non désuni (Tilse, 1997) et enfin de surveiller la prise en charge dont bénéficie le conjoint hébergé (Mullin, Simpson & Froggatt, 2013).

Beaucoup de conjoints de résidents justifient l'importance de leur implication dans les soins et la fréquence des visites en faisant référence à leur vœu de mariage de s'aimer pour le meilleur et pour le pire. Ceci les conduit à s'impliquer de manière importante quelle que soit la situation, même lorsque leur conjoint est gravement malade et ne les reconnaît plus (Stadnyk, 2006 ; Gladstone, 1995b ; Vézina & Pelletier, 2004).

L'implication continue des conjoints vivant dans la communauté dans les soins ne serait pas la seule manière pour les couples de préserver la continuité de leur relation. Les deux conjoints essaient également de préserver autant que possible le caractère unique et spécial de leur relation. Pour ce faire, ils se prodiguent mutuellement du soutien émotionnel et partagent des activités similaires à celles d'autrefois (dîner ensemble, par exemple). Ainsi, ils garderaient une relation aussi normale que possible, ainsi qu'un sentiment de continuité dans l'image qu'ils ont d'eux-mêmes en tant que couple (Gladstone, 1995b ; Sandberg, Lundh & Nolan, 2000).

Par ailleurs, les conjoints vivant dans la communauté cherchent à préserver le caractère unique de leur relation de couple par de « petites attentions » vis-à-vis de leur conjoint hébergé. Il s'agit de petits gestes que les soignants ne peuvent pas prodiguer à leur place, comme par exemple le fait d'apporter au résident son vin préféré, ou de lui tenir la main, etc. Ces attentions permettent aux conjoints des résidents de montrer par quelque chose de tangible que la relation continue et qu'ils ont encore un rôle important à jouer dans leur bien-être (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Keefe & Fancey, 2000).

En outre, plusieurs auteurs ont montré que les relations de couples tendent à rester ce qu'elles étaient par le passé, malgré l'hébergement de l'un des conjoints, témoignant ainsi de la continuité du style relationnel. Ainsi, les relations conjugales heureuses tendraient à le rester, de même que les relations conjugales malheureuses (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997b ; Gladstone, 1995b). Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'hébergement permet aux couples les moins satisfaits de se séparer d'une manière socialement acceptable (Gladstone, 1995b). En revanche, les couples satisfaits souhaitent généralement préserver la continuité de leur relation malgré les changements soudains provoqués par la transition (Vézina & Pelletier, 2004).

D'autres auteurs encore ont mis en évidence la continuité au niveau des sentiments que les conjoints éprouvent l'un vis-à-vis de l'autre, malgré l'hébergement. Ainsi, la plupart des conjoints vivant dans la communauté éprouvent toujours autant d'amour et d'affection à l'égard de leur conjoint hébergé (Gladstone, 1995b ; Vézina & Pelletier, 2004 ; Evans, 2004). D'ailleurs, le fait de prodiguer de l'amour et de l'affection aux résidents fait partie, à leurs yeux, des « tâches » les plus importantes qu'ils effectuent lors des visites (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997a,b,c ; Gladstone, 1995b ; Gladstone, Dupuis & Wexler, 2006). Les marques d'affection leur procurent un plaisir partagé d'être ensemble et favorisent la continuité de la relation. Ainsi, pour chacun des conjoints, le fait que la relation soit toujours vivante est une importante source de soutien et de gratification (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997b), de même qu'elle a un impact très bénéfique sur leur santé (Rocio Goldfarb, Trudel, Boyer & Préville, 2007 ; Sandberg, Miller & Harper, 2002 ; Evans, 2004 ; Gladstone, Dupuis & Wexler, 2006).

Certains chercheurs se sont intéressés aux rôles des activités effectuées en commun par les membres du couple, et à leurs incidences sur la continuité de la relation. D'après leurs conclusions, le fait de partager des activités organisées par l'établissement (telles que le jardinage pour Martin, Baldwin & Bean, 2008) les aide à préserver leur identité de couple, en leur donnant l'occasion d'avoir un projet ensemble sur le moyen terme. Mais malheureusement, comme nous l'avons vu précédemment, les opportunités pour les conjoints de partager de telles activités seraient rares. Quant aux activités qui

ne sont pas organisées par l'établissement mais choisies spontanément par les conjoints (se promener, par exemple), elles sont également importantes pour préserver la continuité de la relation. Elles restent souvent semblables à celles d'avant l'hébergement, tout en étant adaptées au cadre de l'institution et à la santé du conjoint malade. Toutefois, même si elles subissent des modifications, le plus important serait que ces activités permettent aux conjoints un retour au familial (Stadnyk, 2006).

Les couples souhaitant toujours s'investir dans leur relation agiraient donc de diverses manières pour en préserver la continuité. Cependant, ils se trouveraient inévitablement devant la nécessité de faire certains compromis. Ils devraient notamment renoncer à la possibilité de vivre ensemble sous le même toit (il arrive que des conjoints vivant dans la communauté rejoignent quelque temps plus tard leur conjoint hébergé, mais c'est une situation rare). De plus, la plupart des conjoints vivant dans la communauté n'hésitent pas à faire d'importants sacrifices pour rester aussi présents que possible pour le conjoint hébergé. Leur implication serait parfois si importante qu'ils ne parviendraient pas à réinvestir leur propre vie en dehors de l'aide au conjoint hébergé (Lundh, Sandberg & Nolan, 2000 ; Ross, Rosenthal & Dawson, 1997c). Par conséquent (Martin, Baldwin & Bean, 2008), ils souffriraient fréquemment d'une perte de leur réseau social après l'hébergement de leur conjoint, car ils seraient très occupés par les visites et par les soins. Afin de compenser cette perte d'intégration dans la communauté, ils créeraient de nouveaux liens amicaux à l'intérieur de l'établissement. Cela leur permettrait de garder une vie sociale tout en étant le plus possible présents auprès de leur conjoint hébergé.

Combien de temps dure, au sein des couples, le processus d'adaptation à l'hébergement de l'un des conjoints ? Pour Rosenthal et Dawson (1991), il faut s'attendre à une durée moyenne de 18 mois jusqu'à l'acceptation par les conjoints de leur nouvelle situation de vie. De manière générale, d'après la littérature, les couples seraient en mesure de s'adapter à cette transition de vie, même si ce processus n'est pas facile. A cette fin, l'attitude des soignants est un élément crucial, car elle peut favoriser l'adaptation du couple, ou au contraire la rendre problématique.

### 1.3 Rôle des soignants

Pour bien des auteurs, les attitudes des soignants seraient déterminantes dans le vécu des couples de l'hébergement de l'un des conjoints, car elles peuvent faciliter ou au contraire rendre périlleuse l'adaptation de ceux-ci à la transition, ainsi que leurs possibilités de retrouver un équilibre satisfaisant. Forts de ce constat, la majorité d'entre eux proposent un nombre considérable d'améliorations qui pourraient être faites pour accompagner les résidents et leur conjoint. De manière cohérente avec ce qui précède, les auteurs encouragent les soignants à aider les couples à préserver la continuité de leur relation conjugale. Nous verrons dans les paragraphes suivants de quelle manière ils peuvent le faire, avant l'hébergement et une fois que ce dernier a eu lieu.

Lorsque l'hébergement est envisagé par le couple, il serait utile que les soignants de l'établissement offrent, lorsque leur emploi du temps le permet, un peu de leur disponibilité pour aider les deux conjoints à s'y préparer. C'est du moins le souhait formulé par Sandberg, Lundh et Nolan (2000) ainsi que par Rosenkoetter (1996) et Gladstone (1995a). En effet, le fait que la transition soit peu préparée, comme c'est souvent le cas, la rendrait plus difficile à vivre. Ces auteurs suggèrent aux soignants d'offrir aux couples des opportunités de discussion au sujet des difficultés qu'ils pourront rencontrer (solitude, perte d'intimité, répartition des rôles, etc.), afin que les changements soient rendus aussi prévisibles que possible. Toutefois, cette optique apparaît comme idéaliste, en raison de l'emploi du temps déjà extrêmement chargé des soignants de ces établissements.

Notons qu'en Suisse, certains EMS prévoient une visite de l'infirmière-cheffe au domicile du ou de la futur(e) résident(e). Mais le but de cette visite semble être prioritairement de vérifier que la personne pourra s'adapter à la vie dans l'établissement.

Une fois que l'hébergement a eu lieu, les soignants pourraient veiller à favoriser la continuité de la relation de couple (Mullin, Simpson & Froggatt, 2013), par exemple en permettant aux conjoints vivant dans la communauté de jouer un rôle dans les soins apportés à leur conjoint hébergé (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Martin, Baldwin & Bean, 2008 ; Gladstone, 1995a ; Wright, 2000). Autrement dit, l'adaptation du couple serait hautement facilitée dans les cas où les conjoints de résidents sont considérés par les soignants comme des partenaires de soins bénéficiant d'une véritable expertise dans ce domaine (Lavoie, Lapierre & Benoit, 2008 ; Ross, Rosenthal & Dawson, 1997b,c ; Gladstone, 1995a ; Vézina & Pelletier, 2004 ; Ade-Ridder & Kaplan, 1993 ; Morgan & Zimmerman, 1990 ; Zezzo-Derupt, 2006). Comme nous l'avons vu plus haut, le fait que les conjoints vivant dans la communauté s'impliquent dans les soins peut avoir un impact très positif sur la continuité et la qualité de leur relation de couple, ainsi que sur le bien-être des conjoints hébergés. Par ailleurs, leur permettre de participer aux soins est une manière tacite de reconnaître qu'ils ont encore un rôle à jouer et qu'ils peuvent apporter quelque chose de spécial à leur époux ou épouse (Schmidt, 1987), ce à quoi ils sont sensibles. De plus, Ade-Ridder et Kaplan (1993) suggèrent aux soignants d'entrer en négociation avec les conjoints de résidents, afin de définir avec eux les rôles qu'ils continueront de jouer vis-à-vis de ceux-ci, sans que cela nuise à l'organisation de l'établissement. En effet, tous les couples n'ont pas les mêmes besoins à ce sujet et il est nécessaire de s'intéresser à la situation de chacun (Tilse, 1997 ; Kaplan, Ade-Ridder, Hennon, Brubaker, 1995).

En outre, il est important que les couples se sentent considérés comme tels par l'établissement, ce qui signifie que les liens unissant les conjoints devraient être reconnus et valorisés (Schmidt, 1987 ; Stadnyk, 2006). Par exemple (Wright, 1998), il est souvent bénéfique de renforcer positivement les marques d'affection entre conjoints. Par ailleurs, les soignants peuvent favoriser la continuité des relations conjugales en offrant un environnement chaleureux et accueillant pour les couples (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Davies, Zeiss, Shea & Tinklenberg, 1998 ; Ross, Rosenthal & Dawson, 1997a).

Reconnaître les couples, c'est aussi prendre en compte leurs besoins spécifiques, notamment au niveau de l'intimité. Certaines règles doivent donc être respectées, comme le fait d'attendre l'autorisation avant d'entrer dans une chambre (Kaplan, 1996). De plus, concrètement, les conjoints peuvent avoir besoin d'une chambre privée, d'un lit double, d'opportunités de manger en tête à tête, etc. (Gladstone, 1992). Il est en effet important de respecter la frontière entre le couple et l'extérieur (Kaplan & Ade-Ridder, 1991). Quant aux contraintes liées aux routines et au temps mis à disposition pour les visites, elles devraient être réduites pour que les couples qui le souhaitent puissent régulièrement passer du temps ensemble (McCartney, Izeman, Rogers & Cohen, 1987 ; Rosenkoetter, 1996 ; Parker, 2006). Par ailleurs, concernant leur vie sexuelle, il est essentiel que les soignants respectent son caractère privé et intime, en s'abstenant de toute intrusion et de toute remarque désobligeante (Dionne & Dupras, 2007). De manière générale, favoriser l'intimité des résidents et de leur conjoint peut les aider à mieux supporter les différentes pertes et à préserver ou retrouver leur estime d'eux-mêmes. En effet, selon le témoignage d'un résident souffrant d'une démence, c'est uniquement grâce aux moments intimes qu'il partage avec son épouse que la vie vaut encore la peine d'être vécue (Parker, 2006).

Enfin, pour certains auteurs (Hennings, Froggatt & Payne, 2013 ; Førsund, Skovdahl, Kiik & Ytrehus, 2014 ; Ross, Rosenthal & Dawson, 1997c ; Gladstone, 1995a ; Keefe & Fancey, 2000 ; Rosenthal & Dawson, 1991), les conjoints vivant dans la communauté doivent être considérés par les soignants comme des clients à part entière – en plus d'être considérés comme des partenaires de soins, ce qui témoigne d'une forte ambiguïté de leur statut. En effet, ils représentent, comme nous l'avons

mentionné plus haut, un groupe particulièrement à risque parmi les proches de résidents (Lavoie, Benoît & Lapierre, 2010 ; Kaplan & Ade-Ridder, 1991). Ainsi, ils bénéficieraient d'un soutien des soignants vis-à-vis de leur chagrin et de leur sentiment de solitude (Kramer, 2000). Un tel suivi permettrait également aux soignants d'être attentifs aux situations délicates où le conjoint vivant dans la communauté se focalise de manière exagérée sur le bien-être de son conjoint malade et désinvestit le reste de sa vie, et de l'aider à rétablir un équilibre (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997a). Quant aux groupes de soutien pour les conjoints vivant dans la communauté, ils peuvent leur permettre d'échanger et de voir leur vécu reconnu et validé, de même que d'apprendre à négocier la répartition des rôles avec les soignants de l'établissement (Mullin, Simpson & Froggatt, 2013 ; Brennan, Downes & Nadler, 1996 ; Mackenzie & McLean, 1992).

#### 1.4 Conclusions

Les auteurs s'accordent sur le fait que l'on manque actuellement de connaissances sur la manière dont les couples âgés vivent l'hébergement de l'un des conjoints et qu'il est essentiel de faire de nouvelles recherches dans ce domaine (Kemp, 2008 ; Parker, 2006 ; Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Ross, Rosenthal & Dawson, 1997c ; Gladstone, 1992, 1995a, 1995b ; Gladstone, Dupuis & Wexler, 2006 ; Kramer, 2000). En effet, malgré le fait que les articles mentionnés soient d'une grande richesse, il reste des zones d'ombre à explorer. Par exemple, s'il existe des recherches sur les sentiments du conjoint qui demeure seul dans la communauté pour son conjoint hébergé, on ne saurait encore que peu de choses sur les facteurs qui les sous-tendent (Gladstone, 1995a). Quant à Parker (2006), elle déplore le fait qu'il y ait si peu de recherches sur la sexualité des couples dont l'un des partenaires est hébergé. Enfin, Stadnyk (2006) reproche à la majorité des recherches de ne porter que sur des couples satisfaits de leur relation et désirant continuer de s'investir. Nous avons tenu compte de ces critiques dans le cadre de notre propre recherche, afin d'éclaircir ces zones d'ombre.

D'autres auteurs ne mentionnent pas de manques d'information sur des sujets précis, mais insistent plutôt sur l'importance d'aller sur le terrain pour faire de nouvelles recherches, qui devraient idéalement déboucher sur des applications pratiques (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Kramer, 2000). Notre intérêt va aussi dans ce sens. Nous allons donc, par notre propre recherche, approfondir les connaissances sur le vécu des couples âgés de l'hébergement de l'un de ses membres et formuler des suggestions en termes d'accompagnement. En explorant ce sujet dans un nouveau contexte (les EMS de Suisse Romande) et avec une démarche inédite, notre analyse de discours complète et enrichit les connaissances et pistes déjà disponibles dans la littérature.

Nous avons observé une tendance des chercheurs à se focaliser avant tout sur les conjoints en meilleure santé, qui vivent à domicile, en négligeant le vécu du conjoint hébergé : sur les 27 articles explorés, quatre seulement portent autant sur le vécu du conjoint hébergé que sur celui du conjoint vivant dans la communauté. Par conséquent, la plupart des recherches prétendant comprendre la dynamique conjugale suite à l'hébergement s'intéressent, en réalité, à cette dynamique telle qu'elle est perçue par l'époux ou l'épouse du résident. En ce qui nous concerne, nous avons interviewé non seulement les conjoints vivant dans la communauté, mais également les conjoints hébergés, individuellement et en couple, ce qui nous a permis d'atteindre une vision plus complexe de leur vécu et de la dynamique du couple.

Finalement, comme nous l'avons mentionné, la plupart des articles mettent en évidence une recherche de continuité dans la relation de couple chez les conjoints. Notre analyse en tient compte, mais nous avons également été attentive aux discontinuités dans l'histoire conjugale.

## 2. Description et critique de la démarche

### 2.1 Cadre théorique et définition de la méthode

Notre recherche s'inscrivant dans le contexte de la gérontologie psychosociale<sup>7</sup>, nous avons utilisé la démarche méthodologique qui lui est généralement associée. Il s'agit d'un modèle épistémologique, conceptuel et méthodologique qui se fonde sur les « postulats et applications de la recherche qualitative, de l'approche systémique et du constructivisme » (Christen, 2003, p. 23). Ce modèle est idéal pour les recherches en gérontologie psychosociale, puisque le but de ces dernières est d'appréhender les problématiques rencontrées par les personnes âgées dans toute leur complexité.

Décrivons de manière approfondie les trois « ingrédients » de notre démarche, tels qu'ils sont mentionnés ci-dessus. Premièrement, le fait d'utiliser une approche qualitative nous a permis de saisir au mieux le sens que nos interlocuteurs donnent à leur expérience, ce qui exige de nous une attitude d'autoréflexivité par rapport à notre propre implication dans cette construction de sens. Rappelons que les méthodes qualitatives sont issues d'un important débat en sciences humaines qui a eu lieu à la fin du XIXe siècle. Ce débat opposait les partisans de l'application des méthodes utilisées en sciences de la nature aux sciences humaines et les partisans, dont Dilthey, de l'utilisation de méthodes différentes en sciences humaines, permettant une meilleure compréhension du sens que les individus donnent à leurs actions et à leur vécu. C'est de ce débat qu'est issu le clivage historique entre les méthodes quantitatives et les méthodes qualitatives qui est encore présent, même s'il s'est bien atténué : de nos jours, il est fréquent que des recherches allient ces deux types de méthodes. En employant une méthodologie qualitative, nous avons visé une compréhension du vécu de nos interlocuteurs. Nous nous sommes intéressée avant tout aux significations qu'ils donnent à leur situation en faisant une analyse approfondie de leur discours, telle que la définit Lévy (1974), c'est-à-dire en tenant compte du contexte d'énonciation des différents discours. Enfin, nous sommes partie avec un objectif de découverte et non de recherche de preuves pour expliquer un phénomène.

Deuxièmement, l'approche systémique nous a aidée à appréhender les situations vécues par nos interlocuteurs en tenant compte de leur complexité. En effet, selon cette approche, les phénomènes ne peuvent exister en dehors d'un système de relations entretenues avec l'environnement (Mucchielli, 2006b). Faire le choix de nous inspirer du courant systémique (même si nous nous sommes également référée à des auteurs ayant une approche psychodynamique dans la partie sur la dynamique conjugale) nous semble être une évidence pour étudier le couple. En effet, le couple est un système, constitué de chacun des conjoints, mais aussi de toutes les interactions, entre les conjoints d'une part et avec leur environnement d'autre part. Par conséquent, nous pouvons affirmer que le couple ne se limite pas à la « somme » de ses membres, mais qu'il la « dépasse », de la même manière qu'une mélodie est plus qu'une adjonction de notes de musique. On parle alors de « propriétés émergentes du système » (Salem, 2001), propriétés que les éléments pris séparément ne possèdent pas.

Un autre intérêt de l'approche systémique pour notre recherche est sa conception de la crise. En effet, nous avons étudié les conséquences de la crise provoquée par l'hébergement de l'un des conjoints. L'hébergement est un événement extérieur qui vient rompre l'équilibre du système formé par le couple et le changement peut être plus ou moins soudain. Comme dans toute crise, il y a un avant et un après, dans le sens où plus rien ne sera comme avant. Dans le cas de notre sujet de recherche, les conjoints ne peuvent désormais plus vivre sous le même toit et c'est l'ensemble du système qui s'en retrouve ébranlé. Par ailleurs, tout système qui traverse une crise est forcé de

---

<sup>7</sup> Champ d'étude pluridisciplinaire en sciences humaines, s'intéressant au vécu du vieillissement, en interaction avec le contexte social dans lequel les personnes évoluent.

rechercher un nouvel équilibre pour s'adapter (Salem, 2001). Pour ces couples, l'une des possibilités d'adaptation pourrait se traduire par le fait que les conjoints parviennent, après une période plus ou moins « longue », à retrouver des sources de satisfaction dans leur vie ainsi que des gratifications dans leur relation de couple, et ce malgré les limitations imposées par l'hébergement. Une autre possibilité d'adaptation serait qu'il évolue vers une séparation, en faveur d'une meilleure qualité de vie pour des conjoints conflictuels.

Troisièmement, notre démarche s'est inspirée du constructivisme. Cette position épistémologique s'appuie sur certains principes, notamment sur le fait que la connaissance n'est pas un donné mais qu'elle résulte toujours d'une construction (Mucchielli, 2006a). On peut dire en effet de toute problématique scientifique qu'elle ne préexiste pas à l'observation, mais qu'elle est issue d'une construction à laquelle participe le chercheur. Par ailleurs, la compréhension d'un problème n'est jamais statique, mais elle se construit et évolue avec l'avancement de la recherche (Christen, 2003).

## 2.2 Vue d'ensemble de notre démarche

Notre première tâche était de constituer une revue de littérature scientifique sur notre thématique de recherche. Ainsi, nous sommes partie à la recherche d'articles portant sur les couples âgés séparés par l'hébergement de l'un des conjoints. Devant le manque de littérature, nous avons élargi notre champ d'investigation pour nous intéresser aussi aux articles sur les problématiques suivantes :

- 1) Les couples âgés confrontés à la maladie de l'un des conjoints : démence de type Alzheimer, dépression, etc.
- 2) Le deuil du conjoint âgé
- 3) Les relations entre les résident(e)s et leur proches, de manière générale : non seulement les époux et épouses, mais aussi les descendants
- 4) La sexualité des personnes âgées
- 5) La sexualité dans les lieux d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

A partir de cette première revue de littérature, nous avons élaboré nos questions de recherche et nos premiers canevas d'entretien. Nous avons testé ces derniers en interviewant trois couples (chacun des conjoints individuellement, puis en couple). La manière dont ces neuf interviews se sont déroulées, ainsi que les feedbacks des six interviewés, nous ont permis de modifier nos canevas, pour aboutir à leur version définitive.

Ensuite, nous avons conduit des interviews semi-directives avec sept résidents et résidentes d'EMS (Cantons de Vaud et de Genève) ainsi qu'avec leur conjoint vivant dans la communauté. Nous avons prévu à cet effet quatre thèmes incontournables à aborder avec chacun des interlocuteurs, ainsi que quelques questions prédéterminées (cf. *infra*, 2.6, Interviews individuelles). Pour chaque couple, ces interviews individuelles des conjoints ont été suivies par une interview de couple, à partir d'un matériel projectif (cf. *infra*, 2.7, Interviews de couple). Ces deux types d'entretiens nous ont permis de diversifier, de confronter et finalement d'enrichir nos résultats. Nous avons donc disposé, pour notre analyse, de vingt et une interviews ainsi que de nos notes personnelles : en effet, nous avons pris soin de noter nos impressions directement après chaque interview, dans un souci d'autoréflexivité.

Toutes nos interviews ont été enregistrées en audio à l'aide d'un magnétophone, ceci dans le but de nous faciliter le recueil des données et de rendre notre travail plus rigoureux. De même, grâce à ces enregistrements, nos interactions avec les interviewés ont été plus libres : en effet, n'étant pas préoccupée par une prise de notes fastidieuse, nous avons pu être pleinement attentive aux propos des interviewés et plus à même de les inciter à approfondir leur discours par des relances adaptées.

Les interviews individuelles des résidents, ainsi que les interviews de couple, se sont déroulées dans la chambre du (de la) résident(e) ou, dans les deux cas où celle-ci était partagée, dans une salle mise à disposition par l'établissement. Quant aux interviews individuelles des conjoints vivant dans la communauté, elles ont généralement eu lieu dans une salle mise à disposition par l'établissement, sauf dans le cas d'une conjointe qui a souhaité qu'elle ait lieu à son domicile.

Suite à ces entretiens, nous avons effectué une analyse approfondie des discours des interviewés, ce qui nous a permis d'explorer la manière dont ils vivent la séparation des lieux de vie liée à l'hébergement de l'un des conjoints et ce qu'il est advenu de leur relation de couple. Lors de l'étude de la dynamique conjugale, nous avons inclus un regard clinique.

Pendant l'ensemble de ce processus de recherche, nous avons continué de nous documenter, en cherchant d'une part des articles sur notre thème de recherche et sur les cinq problématiques voisines définies ci-dessus et d'autre part des sources sur les thèmes de notre analyse (conflits de couple, attachement, etc.). Ainsi, nous avons non seulement beaucoup enrichi notre revue de littérature, mais aussi pu mettre en perspective notre analyse avec la littérature scientifique.

### 2.3 Questions de recherche

A partir de notre première exploration de la littérature (il y a cinq ans, en vue de rédiger notre projet de thèse), nous avons établi les constats suivants :

- L'hébergement en établissement spécialisé de l'un des conjoints constitue une situation de crise dans la vie du couple âgé.
- En tant que situation de crise, cet hébergement est générateur de changements. Il a par conséquent un impact sur la relation de couple, ainsi que sur le vécu de chacun des conjoints.
- En tant que situation de crise, l'hébergement de l'un des conjoints force les membres du couple à s'adapter et à trouver un nouvel équilibre.
- Les couples pour lesquels la relation conjugale demeure importante après l'hébergement tentent de trouver des manières de s'adapter garantissant la continuité de leur relation et préservant leur identité de couple.
- Quant aux autres couples (plus rares), ils perçoivent l'hébergement comme une opportunité de se séparer d'une manière qui soit socialement acceptable.

A partir de ces constats, nous avons formulé les questions de recherche suivantes :

- Quels sont les impacts de l'hébergement de l'un des conjoints sur la relation de couple ?
- Comment les conjoints vivent-ils le moment de l'hébergement de l'un d'entre eux et les changements qui en découlent ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par les conjoints pour vivre leur relation de couple une fois que l'un d'entre eux a été hébergé ?
- Quels sont les influences du contexte et de l'entourage des couples dans la manière dont les conjoints vivent la transition ?
- Comment les conjoints s'adaptent-ils à la crise provoquée par l'hébergement de l'un d'entre eux ?
- Comment font-ils, s'ils le souhaitent, pour préserver la continuité de leur relation et leur identité de couple ?

Ces questions de recherche ont présidé à l'élaboration des canevas d'entretiens. Ceux-ci ont été pensés de manière à ce que les interviewés puissent y apporter des réponses détaillées et approfondies.

## 2.4 Critères d'inclusion des couples

Nous avons recherché des couples satisfaisant aux critères suivants :

- L'un des conjoints est hébergé dans un EMS alors que l'autre vit dans la communauté (au domicile conjugal, dans un nouveau domicile, chez un membre de la famille, etc.).
- Aucun des conjoints ne souffre d'une pathologie démentielle (une telle situation entraverait leurs capacités à répondre aux interviews).
- Les conjoints ont vécu ensemble au minimum dix ans avant l'hébergement de l'un d'entre eux (nous avons fixé ce critère pour nous assurer de n'interviewer que des couples au long cours).
- Les conjoints acceptent de répondre aux interviews individuelles et de couple, ainsi que d'être enregistrés.

## 2.5 Prise de contact avec les EMS et avec les interviewés

Pour rencontrer des couples susceptibles d'être interviewés, nous sommes entrée en contact, par courrier, avec des directions d'EMS des cantons de Vaud et de Genève possédant un service de gériatrie<sup>8</sup>. Dans ces lettres, nous leur avons expliqué le but de notre recherche et notre démarche. Puis, environ trois semaines après ces envois, nous les avons recontactés par téléphone pour leur demander s'ils avaient parmi leurs résidents et résidentes des personnes répondant à nos critères et potentiellement intéressés (ainsi que leur conjoint) à participer. Lorsque tel était le cas, il a été proposé au résident et à son conjoint, généralement par un membre de l'équipe soignante, de participer à notre recherche. En cas d'intérêt de leur part, les soignants nous transmettaient les coordonnées du conjoint vivant à domicile afin de planifier les rencontres.

Lors de la première rencontre avec les membres des couples, nous leur avons décrit de manière complète l'objectif et la thématique des interviews. Nous les avons assurés de la protection de leur anonymat. Nous les avons informés du fait que les interviews seraient enregistrées et leur avons fait signer un formulaire de consentement. Par ailleurs, nous avons répondu de manière détaillée à leurs questions, afin d'être sûre que ceux qui choisissaient de participer aux interviews en avaient bien compris les enjeux.

## 2.6 Interviews individuelles

La première étape pour les sept couples rencontrés était de participer aux interviews individuelles. Nous souhaitions en effet obtenir de la part de chacun des conjoints un récit détaillé et approfondi de la manière dont il avait vécu la transition<sup>9</sup>, sans oublier qu'il s'agit d'une reconstruction, l'hébergement ayant eu lieu des mois voire des années auparavant. Ainsi, nous avons obtenu un double regard sur chacune des sept situations. Ce choix méthodologique a été justifié par le fait que la transition a pu être vécue de manière complètement différente selon que l'interviewé était un

---

<sup>8</sup> Ceci afin d'avoir accès à des résidents ne souffrant pas de démence et/ou de troubles cognitifs majeurs (relevant plus de la psychogériatrie).

<sup>9</sup> C'est-à-dire son propre hébergement ou celui de son conjoint.

résident fraîchement arrivé dans un nouvel environnement peuplé d'inconnus ou un conjoint se retrouvant tout à coup seul au domicile conjugal. Ainsi, il s'agissait pour nous de bien connaître les vécus singuliers d'une même transition, ce que nous avons expliqué aux futurs interviewés lors de la prise de contact, afin d'éviter qu'ils vivent cette procédure comme une façon de confronter leurs versions, dans une recherche de « vérité ».

Le but de ces interviews individuelles était d'inciter les conjoints à nous renseigner sur l'impact de l'hébergement sur leur vie de couple ainsi que sur leur manière personnelle de s'adapter à cette transition. Pour atteindre cet objectif, nous avons choisi de mener des entretiens focalisés, c'est-à-dire centrés sur des thèmes particuliers définis au préalable (Blanchet, 1990). Nous avons donc canalisé les propos des interviewés en fonction du canevas d'entretien. Ces entretiens favorisent à la fois la production d'un discours aussi libre que possible chez l'interviewé et la recherche de réponses aux questions que se pose l'interviewer.

Afin d'encourager nos interlocuteurs à produire un discours approfondi, nous avons adopté une attitude d'écoute active. Ainsi, nous nous sommes montrée non seulement disponible pour écouter leurs propos, mais nous nous sommes servie également de relances (Blanchet & Gotman, 1992), invitant notre interlocuteur à nous en dire d'avantage. En canalisant le discours des interviewés sur des thèmes choisis au préalable et par nos relances, nous avons joué notre rôle de garante du cadre de l'entretien. En effet, si l'interviewé est le maître du contenu de l'entretien, l'interviewer a la responsabilité de son cadre (Blanchet & Gotman, 1992).

Décrivons à présent les quatre thèmes choisis, ainsi que les différentes questions qui les composent (pour le canevas détaillé, cf. *infra*, Annexe 1) :

*Premier thème* : nous avons exploré l'histoire du couple, en questionnant les interviewés sur les points suivants :

- Informations générales (leur rencontre, la durée de leur relation, les valeurs sur lesquelles ils ont fondé leur relation, etc.).
- Les moments de crise les plus importants de leur vie de couple (quelles étaient ces crises, comment ils les ont traversées, etc.).

*Deuxième thème* : nous avons abordé la question des impacts de l'hébergement sur la relation de couple en questionnant nos interlocuteurs sur :

- La manière dont l'hébergement s'est déroulé (comment la décision a été prise, quelles émotions ont accompagné l'hébergement, etc.).
- Les effets de l'hébergement sur la relation de couple (comment ils ont vécu le fait d'être éloignés, qu'est-ce qui a changé dans leur relation, qu'est-ce qui est resté intact, quels ont été les bénéfices, les difficultés, les manques, les changements les plus difficiles à supporter, etc.).
- Les attitudes des autres (proches, soignants, résidents) vis-à-vis de leur relation de couple.
- Les opportunités pour les partenaires de se retrouver (la fréquence des visites, la distance entre l'EMS et le domicile du partenaire vivant dans la communauté, etc.).

*Troisième thème* : nous avons incité les interviewés à nous parler de leur adaptation à l'hébergement et de leur recherche d'un nouvel équilibre en abordant les points suivants :

- Les moments passés ensemble (quand et comment ils se retrouvent, les activités partagées, etc.).

- La manière dont ils s'adaptent à l'hébergement (comment ils font face aux difficultés rencontrées, ce qu'ils font l'un pour l'autre pour s'entraider et vivre au mieux le changement, etc.).
- La manière dont leur vécu de l'hébergement a ou non évolué (dans quelle mesure leurs sentiments vis-à-vis de l'hébergement ont changé, dans quelle mesure ils ont l'impression d'avoir « digéré » cet événement, etc.).
- Le réseau social (qui sont les personnes significatives dans l'entourage du couple, dans quelle mesure les conjoints se sentent entourés ou isolés depuis l'hébergement, etc.).

*Quatrième thème* : nous avons exploré leurs différentes attentes, au moment des interviews, à l'égard de leur vie de couple :

- L'importance de la relation (dans quelle mesure leur relation est importante à leurs yeux, dans quelle mesure et pour quelles raisons ils ont le sentiment de former un couple avec leur conjoint, que font-ils pour que leur relation de couple soit la plus satisfaisante possible, etc.).
- Les attentes concernant la relation de couple (qu'attendent-ils de leur relation de couple, comment pensent-ils/souhaitent-ils que leur relation va évoluer, comment voient-ils leur relation dans les mois/les années à venir, etc.).

## 2.7 Interviews de couple

Une fois les conjoints interviewés séparément, nous les avons réunis pour une interview de couple<sup>10</sup> à partir d'un matériel projectif (pour le canevas détaillé, cf. *infra*, Annexe 2). Une telle démarche a pour intérêt de susciter chez les interviewés un autre type de discours que celui, souvent normé et stéréotypé, qui résulte d'un questionnement direct sur leurs opinions et représentations. En outre, cette médiation permet d'éviter que les interviewés vivent cette interview comme une vérification des propos tenus individuellement par chacun des conjoints. Utiliser un matériel projectif nous a permis de contourner les résistances et de favoriser les associations, les productions imaginaires et la réflexion des interviewés (Christen, 1992) – avec toutefois un bémol, puisque le fait que les membres du couple soient co-présents peut conduire à une inhibition mutuelle.

Nous avons utilisé, comme matériel projectif, trois courts extraits de film (une à deux minutes) en lien avec notre problématique de recherche. Le premier d'entre eux montre un couple âgé, à son domicile, en train de prendre la grave décision de l'hébergement de l'épouse (extrait DÉCISION). Le second montre un couple âgé parlant avec sérénité du projet de vivre ensemble en EMS (extrait ENSEMBLE). Le troisième montre une épouse rendant visite à son mari hébergé (extrait VISITE). Après chaque extrait, nous avons invité les conjoints à nous faire part de leurs réactions. Si nous avons prévu certaines questions<sup>11</sup>, l'ensemble de ces interviews a pris avant tout la forme d'une discussion entre les couples et nous-même. Ainsi, en les faisant réagir à des extraits vidéo, nous en avons appris d'avantage sur la manière dont ils vivaient leur situation.

Enfin, ces interviews de couple nous ont permis d'analyser la manière dont les conjoints interagissent, autrement dit leur dynamique de couple. Nous avons pu appréhender la manière dont ils collaborent pour poursuivre un objectif commun (commenter des extraits de film), sans oublier que nous faisons nous aussi partie de l'interaction. Ces interviews un peu particulières nous ont donc renseignées sur la manière dont les couples interviewés fonctionnent dans l'ici et maintenant, dans le contexte particulier de l'interview et dans le métasystème formé avec nous-même.

<sup>10</sup> Ces interviews de couple ont généralement eu lieu une semaine après les interviews individuelles des conjoints.

<sup>11</sup> Par exemple : que pensez-vous de ce couple et de leur situation ? qu'est-ce que ça vous fait de voir cet extrait ?

## 2.8 Analyse qualitative de discours

Une fois les interviews individuelles et de couple enregistrées, nous les avons retranscrites afin que leur utilisation pour l'analyse des discours soit plus aisée. Nous l'avons fait de la manière la plus fidèle possible, c'est-à-dire en transcrivant nos propos et ceux des interviewés au plus proche de la manière dont ils ont été formulés. Nous avons signalé les silences et leur durée, tenté de qualifier le ton et la force de la voix, et retranscrit telles quelles les fautes de français ou les répétitions, pour ne citer que ces exemples. Intégrées dans le discours de nos interlocuteurs, ces informations nous ont été très utiles pour l'analyse. Elles nous ont permis d'appréhender non seulement les propos tenus, mais également la manière dont ils étaient formulés. C'est un aspect crucial des analyses qualitatives, car les informations paraverbales peuvent renseigner sur les émotions éprouvées par nos interlocuteurs, sur le contenu implicite de leurs messages et servir ainsi à l'interprétation (Dépelteau, 2000 ; Silverman, 2006).

Voyons à présent en quoi consiste une analyse de discours telle que nous l'avons effectuée pour notre recherche. Pour ce faire, nous nous inspirons d'un article d'André Lévy (1974). Cet auteur décrit d'abord l'analyse de discours comme une activité banale que nous effectuons tous au quotidien. En effet, nous cherchons continuellement à appréhender le sens des différents messages qui nous parviennent, sens qui n'est la plupart du temps pas accessible immédiatement et de manière univoque, d'où la nécessité d'une analyse.

Une analyse de discours, quelle qu'elle soit, est toujours en elle-même une production de discours et le chercheur toujours un locuteur et un acteur (Lévy, 1974). En effet, il participe forcément en tant que sujet à la création du sens des discours sur lesquels porte son étude : il lui est impossible de s'extraire de la création du sens, puisqu'il est obligé, par exemple, d'effectuer différents choix pour mener à bien sa recherche. Il s'agit notamment du choix du corpus de textes à analyser, du choix de la manière dont il pose le problème, du choix des questions ou hypothèses de recherche, du choix de la méthode qu'il va employer, du choix des thèmes à analyser, etc. Le chercheur prend donc certaines décisions alors qu'il aurait pu en prendre d'autres et ces choix influencent inévitablement son analyse de discours. Les choix font par conséquent déjà partie de l'analyse.

Cependant, ces choix ne sont que rarement faits une fois pour toutes (Lévy, 1974) : ils sont susceptibles d'évoluer à mesure que se développe l'expertise du chercheur à propos de son sujet d'étude. Ainsi, l'élaboration de son discours s'effectue durant tout le processus d'analyse des données, au travers de chacune des étapes qui le jalonnent et en fonction des décisions prises lors de ces étapes.

Pour Lévy (1974), l'analyse de discours ne devrait pas se limiter à un classement des propos recueillis en différentes catégories, comme c'est parfois le cas dans les recherches qualitatives. En effet, les discours ne sont pas décomposables en items d'informations séparés, accessibles à notre entendement sans effort d'interprétation. Une telle démarche supposerait d'ailleurs implicitement qu'il n'y ait qu'une seule façon de comprendre les messages, d'en repérer les informations pertinentes et les regrouper pour l'analyse. Par ailleurs, si l'analyse de discours consiste bien en un passage du singulier au général, le chercheur doit néanmoins procéder autrement que par cette méthode de « mise en ordre » (Lévy, 1974, p. 46). Il importe au contraire qu'il parvienne à se décentrer par rapport aux différents discours et qu'il s'efforce de ne s'identifier à aucun de ses interlocuteurs. Il serait alors en mesure de les étudier avec plus de recul.

La tâche du chercheur serait en outre de réorganiser à plusieurs reprises et à des moments différents les signifiants contenus dans les discours, en les combinant de manières diverses. Par ce biais, il pourrait confronter les différentes interprétations qu'il fait des textes qu'il analyse. D'après Lévy (1974), cela produirait « des effets surprenants, [faisant] apparaître des unités qui prennent sens et

qui n'en avaient pas à la première lecture » (p. 53). En effet, au fur et à mesure du processus d'analyse, le chercheur peut effectuer de nouvelles associations pour aller au-delà de l'énoncé du discours, pour se donner la chance d'en appréhender le sens implicite.

Enfin, lors d'une analyse de discours, le but n'est pas d'atteindre une compréhension « exhaustive » des discours des interviewés. D'ailleurs, pour Lévy (1974), il serait vain de poursuivre un tel objectif, car le savoir au sujet d'une problématique contient forcément toujours des lacunes. Ainsi, la seule exhaustivité serait « celle de l'épuisement des capacités interprétatives et libre-associatives » du chercheur (p. 54). L'« efficace » (p. 58) d'une recherche ne se mesurerait donc non pas à une soi-disant exhaustivité de ses résultats, mais bien plutôt à sa capacité de susciter de nouvelles questions et à ouvrir des « champs de parole » (p. 58). C'est là l'objectif que nous avons poursuivi lors de notre propre recherche.

## 2.9 Analyse à deux niveaux

En plus de l'effort de décentration décrit plus haut, notre choix méthodologique d'interviewer non seulement les conjoints de manière individuelle mais également en couple nous a permis d'effectuer une analyse à deux niveaux :

- 1) Nous avons effectué une analyse thématique, c'est-à-dire que nous avons mis en rapport les propos des interviewés selon différents thèmes apparaissant de manière saillante dans les interviews. D'avance, nous avons déjà prévu d'aborder certains thèmes, figurant dans nos canevas d'entretiens. D'autres thèmes par contre ont émergé lors de notre analyse des propos recueillis, notamment les thèmes de l'attachement et des conflits conjugaux.
- 2) Nous avons analysé la manière dont les conjoints interagissent. Les éléments que nous avons mis en évidence nous ont permis de mieux comprendre la dynamique des couples de même que leur vécu de la transition. Tout au long de cette analyse, nous avons gardé à l'esprit que ces interactions avaient lieu en présence et avec nous-même.

La pleine inclusion dans notre analyse des contextes d'énonciation nous a permis de mettre en relief les propos des interviewés sur leur vécu.

## 2.10 Confrontation avec le terrain : atouts et écueils

Lors de sa confrontation avec le terrain, notre démarche présentait trois atouts majeurs:

- Le choix d'une méthodologie qualitative, nous ayant permis de faire une analyse approfondie des discours et d'approcher le sens que les interviewés donnent à leurs expériences.
- Le fait d'avoir testé nos canevas d'entretien avec trois premiers couples dans le but de les améliorer.
- Le fait d'avoir effectué des interviews de couple, nous ayant permis d'analyser les interactions et de les mettre en perspective avec l'expression du vécu.

Par contre, nous avons rencontré les écueils suivants, montrant que la réalité résiste souvent au projet d'une recherche :

- En raison de nos critères de sélection des couples, il nous a pris du temps de constituer notre échantillon. Notons par ailleurs qu'il n'y a eu aucun abandon parmi les sept couples ayant accepté de participer.

- Les soignants des EMS nous ont parfois mis en contact avec des résidents ayant de moins bons moyens cognitifs que nous l'avions souhaité. Plusieurs explications sont possibles :
  - 1) Les soignants ne se rendaient peut-être pas compte des moyens cognitifs nécessaires pour participer aux interviews.
  - 2) Les soignants cherchaient peut-être à nous rendre service au vu du peu de couples « disponibles ».
  - 3) Les soignants nous ont proposé d'interviewer certains couples dans le but de permettre au conjoint malade d'avoir une visite.

Ce deuxième écueil nous a questionnée sur les limites de l'utilisation d'un matériel verbal pour notre recherche. En effet, les résidents qui avaient des difficultés à s'exprimer verbalement sur leur vécu étaient relativement désavantagés par l'emploi de cette méthode. Cependant, malgré cette difficulté, les interviews des deux résidents qui avaient les moyens cognitifs les plus limités (d'après notre appréciation) ont également contribué à notre analyse, et ce d'autant plus que nous avons utilisé les informations paraverbales, telles que le ton ou la force de la voix.

### 3. Description des sept situations

#### 3.1 Couple Aubort<sup>12</sup>

Monsieur Aubort est un homme de 80 ans, grand et corpulent, aux cheveux blancs et aux grands yeux clairs, qui vit en EMS depuis 10 ans. Il souffre de séquelles cognitives liées à un passé marqué par l'alcoolisme (oublis, troubles de l'orientation et du raisonnement, selon son épouse). Il a d'ailleurs dû faire un séjour en hôpital psychiatrique juste avant de venir en EMS. Il est aujourd'hui totalement abstiné. Il semble ne pas avoir conscience de ses troubles et ne comprend pas pourquoi il est en EMS. Il est le père de trois enfants d'un mariage précédent, qui a pris fin avec la mort de sa première épouse. Son mariage avec l'actuelle Madame Aubort remonte aux années 80. Mécanicien-électricien de formation, il a occupé un poste à responsabilités dans une grande entreprise. Il a particulièrement mal vécu le passage à la retraite. Il séjourne dans un EMS d'environ 40 lits situé en milieu rural. C'est un Monsieur très expressif, qui parle d'une voix forte et sur un ton enthousiaste. Il est très attaché à la religion ; c'est sa principale ressource pour supporter le fait de vivre en EMS.

Madame Aubort est une dame de 72 ans, de corpulence moyenne, aux abondants cheveux bouclés, à l'air doux mais triste. Elle est en effet très déprimée en raison de sa situation d'épouse vivant seule à domicile. Pour cette raison, elle a d'ailleurs fait de sa propre volonté un séjour en hôpital psychiatrique. Veuve jeune, elle a élevé seule ses trois enfants et a rencontré Monsieur Aubort une fois qu'ils avaient quitté la maison. Elle décrit leurs premières années comme merveilleuses : ils avaient beaucoup de points communs et partageaient voyages et sorties. Leur niveau de vie était élevé. Mais lorsque l'état de santé psychique de son mari s'est dégradé, elle a été forcée de faire le deuil de ses rêves d'une retraite à deux. Elle éprouve une forte rancœur envers lui. Paysanne, elle possède une maison et un domaine, loin de l'EMS. Elle se déplace en voiture pour rendre visite à son époux. C'est une dame très attachante et nous avons été attristée par sa situation car elle en souffre beaucoup, malgré les dix années qui se sont écoulées depuis que son mari est hébergé. Confiante envers la situation d'entretien, elle nous parle avec beaucoup de sincérité de ce qu'elle vit et nous avons une bonne alliance<sup>13</sup>.

Lors de l'interview du couple, Monsieur tente de se rapprocher de son épouse par des gestes et des mots affectueux. Cependant, il persiste dans le déni de ses problèmes de santé et revient constamment au fait qu'il ne comprend pas pourquoi il doit vivre en EMS. Madame, quant à elle, est froide vis-à-vis de son mari, ce qui transparaît notamment dans le ton qu'elle emploie pour lui parler et dans ses mimiques. La communication entre eux se révèle difficile et le fait de se retrouver en couple pour une interview portant précisément sur le couple n'y change rien. Nous avons un sentiment d'impuissance, car nous voudrions les aider à mieux communiquer, mais nos tentatives restent sans effet.

#### 3.2 Couple Emery

Madame Emery est une dame de 83 ans, les cheveux gris clairs très courts, très souriante, qui vit en EMS depuis 8 mois. Elle a un passé médical particulièrement lourd et a séjourné plusieurs fois à l'hôpital avant de venir en EMS. Dernièrement, elle a souffert d'une attaque cérébrale et doit désormais se déplacer en chaise roulante. Elle souffre par ailleurs de quelques troubles cognitifs

---

<sup>12</sup> Les noms des sept couples sont des noms d'emprunt, afin de garantir leur anonymat.

<sup>13</sup> L'alliance se définit comme une qualité de collaboration, de mutualité et de négociation entre les partenaires d'une interaction (Despland, de Roten, Martinez, Plancherel & Solai, 2000). A noter que nos commentaires sur l'alliance avec nos interviewés se fondent sur la manière dont nous avons vécu ces interactions en tant qu'intervieweuse.

(pertes de mémoire, difficulté à mettre des mots sur ses pensées). Malgré les dures épreuves traversées par le couple, liées à son état de santé, sa vie conjugale semble avoir été heureuse. Mariés dans les années 50, son mari et elle ont tenu un garage et ont eu deux fils. Elle vit dans un EMS d'environ 40 lits, situé en milieu urbain. Elle affiche une certaine méfiance par rapport à la situation d'entretien, malgré son sourire persistant. Nous sommes quant à nous mal à l'aise, car nous avons l'impression de ne pas parvenir à créer un climat de confiance avec elle. Elle semble beaucoup souffrir du fait d'être séparée de son mari, comme en témoignent ses pleurs dans l'interview individuelle, tout en ayant un discours qui signifie qu'elle ne peut pas se plaindre. Nous avons l'impression que son attitude est non-congruente à deux niveaux : expression émotionnelle – discours ; attitude méfiante – sourire.

Monsieur Emery est un homme âgé de 87 ans, de petite taille, à l'air triste. Il ne formule pas de plainte particulière concernant sa santé, mais il nous semble présenter quelques troubles psychiques (humeur dépressive, idées de persécution). Sa vie conjugale, par ailleurs heureuse, a été assombrie par les problèmes de santé de son épouse. Il souffre notamment du fait que celle-ci ait dû passer de longues périodes à l'hôpital et d'avoir été séparé d'elle à ces occasions. C'est un monsieur plutôt isolé, qui a peu de liens avec ses deux fils. Il vit toujours dans l'appartement du couple, situé en milieu urbain, à deux kilomètres de l'EMS. Il se déplace en voiture pour rendre visite à son épouse. Lors de notre premier contact par téléphone, afin de planifier les entretiens, Monsieur nous paraît méfiant. Mais les premières réticences, s'ils y en avaient, s'envolent vite au moment de l'interview individuelle : Monsieur parle très librement de son vécu et exprime ses émotions. Il est profondément marqué par les épreuves qu'ils ont traversées ensemble. Nous sommes captée par son récit dramatique, qui entre un peu en résonance, toutes proportions gardées, avec notre propre histoire médicale.

L'interview de couple est caractérisée par un important déséquilibre. En raison de ses troubles cognitifs, Madame a des difficultés à s'exprimer. Son mari tente parfois de l'aider à répondre, notamment en lui expliquant les extraits vidéo. A d'autres moments, il insiste sur les capacités cognitives qu'elle a perdues, en nous prenant à témoin. Ce faisant, il la met en échec, sans doute sans le vouloir. Par ailleurs, il se montre beaucoup plus nuancé que dans l'interview individuelle concernant la part qu'il a prise dans la décision de l'hébergement, peut-être pour ne pas blesser son épouse. Plus fusionnelle que lui, celle-ci voudrait qu'il vive en EMS avec elle. Il insiste quant à lui sur l'importance d'avoir chacun son espace à soi et sur sa volonté de conserver son autonomie. Selon Monsieur, le traitement médical administré à son épouse n'est pas adapté ; à un moment de l'interview, Madame a insisté pour que nous entrions en négociation avec les médecins à propos de ce traitement. Nous nous sommes sentie un peu prise au piège. Monsieur fait de nombreuses digressions à propos de son impression que tout le monde est contre eux et Madame va dans son sens. En raison de ces nombreuses digressions, nous avons beaucoup de peine à maintenir le cadre de l'interview de couple.

### 3.3 Couple Kaufman

Madame Kaufman est une dame de 83 ans, corpulente, avec des cheveux gris clair courts, qui vit en EMS depuis 2 ans et 8 mois. Sa mobilité est très réduite, en raison de problèmes au niveau du dos et des jambes (son diagnostic précis nous est inconnu). Elle reste alitée alors que nous l'interviewons. Elle a l'air un peu perdue et présente quelques troubles cognitifs (« lenteur », oublis de mots). Avant d'être hébergée en EMS, elle a été hospitalisée en milieu gériatrique pour quelques mois. D'origine suisse-allemande, elle travaillait comme vendeuse dans un magasin d'alimentation. Après son mariage dans les années 50, elle a quitté son emploi et émigré dans le canton de Genève pour suivre son mari. Elle est devenue mère au foyer d'une fille. Elle vit dans un EMS d'environ 80 lits, situé en milieu urbain. Nos premiers contacts sont un peu difficiles, car elle affiche une certaine

méfiance, mais elle prend confiance au fil de l'entretien. Elle se préoccupe beaucoup de l'état de santé de son mari et souhaite qu'il la rejoigne dans l'EMS.

Monsieur Kaufman est un homme de 88 ans, grand et élancé. Bien qu'il vive encore de manière autonome, sa santé est fragile. Il a été hospitalisé pendant plusieurs semaines en hôpital gériatrique à cause d'un virus. Il se plaint en outre de problèmes à un œil. En raison d'une fatigue qui le handicape de plus en plus, il prévoit de rejoindre dans quelques mois sa femme en EMS. Il est lui aussi originaire de Suisse allemande, mais il est très vite parti travailler en tant que contremaître dans une fonderie du canton de Genève, tout en revenant fréquemment chez ses parents. C'est ainsi qu'il a rencontré son épouse. Il vit toujours dans leur appartement qui est situé à trois kilomètres de l'EMS, en milieu urbain. Pour lui rendre visite, il fait les trajets en bus. C'est un Monsieur qui recherche le contact avec les générations plus jeunes, notamment avec le personnel de l'EMS. Il a de l'humour et cherche à faire rire les gens, peut-être surtout les femmes jeunes (l'animatrice de l'EMS et nous-même). Pourtant, au fur et à mesure que nous parlons avec lui, nous découvrons une autre face de sa personnalité : il est en fait très amer face à sa vie et se préoccupe beaucoup des questions d'argent. Il semble trouver sa relation avec sa femme pauvre et peu satisfaisante ; il a une attitude paternaliste et dénigrante envers elle.

L'interview de couple est caractérisée par un important déséquilibre. Monsieur parle bien plus que Madame et a tendance à prendre toute la place. Il cherche à faire alliance avec nous par des plaisanteries, parfois au détriment de son épouse, ce qui nous met dans une position inconfortable. Nous ressentons ce comportement comme séducteur. D'une attitude dénigrante avec sa femme, il part du principe qu'elle ne comprend rien et ne peut pas répondre à nos questions. Il la met en échec d'emblée, sans lui laisser de la place pour participer. Elle se défend en lui envoyant quelques « piques ». Quant à nous, nous essayons autant que possible de rétablir l'équilibre, en sollicitant Madame et en ne relançant pas Monsieur, mais le déséquilibre est tenace. Il reste que Madame perçoit de manière positive nos encouragements envers elle.

### 3.4 Couple Lévy

Monsieur Lévy est un homme de 77 ans, grand et corpulent, avec de longs cheveux gris réunis en une queue de cheval négligée. Il vit en EMS depuis bientôt 3 mois. Il souffre des suites de plusieurs AVC, répartis sur la dernière décennie, qui lui ont fait perdre une part importante de sa mobilité. Il se déplace en chaise roulante. Avant d'être hébergé en EMS, il a fait plusieurs séjours en hôpital, notamment à cause de son diabète, ainsi qu'un court séjour en EMS lorsque son épouse a dû être opérée. Il a travaillé en tant qu'artisan forgeron et n'a bénéficié que d'un revenu modeste pour faire vivre sa famille. Marié dans les années 60, il décrit sa vie conjugale comme ayant été heureuse, jusqu'au moment où sa femme l'a « abandonné » en le plaçant en EMS. Le couple a quatre enfants. Monsieur est hébergé dans un EMS d'environ 40 lits, situé en milieu rural. Il est déprimé et replié sur lui-même. Lors de l'entretien, il nous exprime sans détour sa colère à l'égard de son épouse. Il n'est par ailleurs pas très loquace et répond de manière minimale à nos questions.

Madame Lévy est une dame de 69 ans, de petite taille, aux cheveux courts, vive et dynamique. Souffrant de complications liées à une opération des intestins, elle n'est plus en mesure de jouer son rôle d'aidante à domicile auprès de son mari, comme elle l'a fait pendant les 13 dernières années. D'origine suisse-allemande, elle a été mère au foyer et s'est occupée de la ferme où elle vivait avec sa famille. Une fois les quatre enfants partis, elle a travaillé comme téléphoniste. Elle déclare avoir eu une vie conjugale et familiale heureuse. Elle vit actuellement dans l'appartement du couple, situé en milieu urbain, à environ 5km de l'EMS. Pour rendre visite à son époux, elle se déplace grâce à l'aide de deux personnes de sa connaissance qui la conduisent en voiture. C'est une dame très sympathique et accueillante (l'entretien individuel, à sa demande, a lieu chez elle) qui prend plaisir à

raconter son histoire. Elle a les larmes aux yeux lorsqu'elle évoque la solitude occasionnée par l'hébergement de son mari. Elle souffre également des mouvements d'humeur de ce dernier, qui lui reproche à chaque visite de ne pas être assez souvent là.

En couple, Madame profite clairement de la situation d'entretien pour dire ce qu'elle a sur le cœur par rapport aux reproches que lui adresse son mari. Elle est profondément touchée, ce qui se manifeste par des pleurs, et souffre de ne pas être comprise par lui. Quant à Monsieur, il est toujours aussi peu loquace. Toutefois, sa colère et son sentiment d'être abandonné transparaissent dans certains de ses propos et plus généralement dans son attitude fermée. Pourtant, il est possible que l'entretien de couple ait permis de crever un abcès. En effet, Madame a pu nous dire qu'elle s'est battue il y a environ dix ans pour garder son mari à domicile, alors que les soignants y étaient défavorables. A cette époque, Monsieur était en convalescence après un grave AVC et ne s'était rendu compte de rien. Peut-être que cette prise de conscience pourra apaiser la colère de Monsieur et ses jugements à l'égard de son épouse. Dans l'interview de couple, l'alliance entre Madame et nous est aussi bonne que lors de son interview individuelle. Entre Monsieur et nous, l'alliance s'est améliorée par rapport à son interview individuelle.

### 3.5 Couple Perroud

Monsieur Perroud est un homme âgé de 89 ans, grand, chauve, d'aspect fragile, qui vit en EMS depuis 6 mois. Il souffre de la maladie de Parkinson et tremble beaucoup. Il est sous morphine depuis deux jours, ce qui le rend très fatigué. La prise de contact est difficile, car Monsieur Perroud nous paraît fragile et perdu : nous avons peur de le déranger et de le fatiguer. Avant d'être hébergé en EMS, il a vécu six mois en appartement protégé avec son épouse et a fait plusieurs séjours à l'hôpital. Le couple s'est marié à la fin des années 50. Sa profession d'architecte l'a conduit à beaucoup voyager, en Afrique notamment, accompagné de son épouse et de leurs trois enfants. Il décrit sa vie conjugale comme ayant été particulièrement heureuse. L'EMS dans lequel il se trouve se situe en milieu urbain et comprend environ 70 lits. Malgré les lourds traitements qu'il doit subir, c'est un Monsieur éveillé (malgré nos premières impressions) qui prend plaisir à raconter son histoire et le fait avec beaucoup d'humour. Il est très attaché à son épouse et est habité par le sentiment profond que leur relation est unique.

Madame Perroud est une dame âgée de 76 ans, dynamique et joviale, les cheveux teints en blond. Son état de santé semble plutôt bon, malgré une récente opération du cœur. Son mariage l'a conduite à interrompre sa formation d'infirmière pour devenir mère au foyer. Elle a eu une vie conjugale heureuse et a apprécié de suivre son mari en Afrique lors de ses voyages professionnels. Elle vit actuellement dans l'appartement protégé qu'elle partageait avec lui, situé à une cinquantaine de mètres de l'EMS. C'est une dame chaleureuse et expressive. Elle est très motivée à participer à l'interview, ce qui rend cette dernière particulièrement agréable. Elle prend plaisir à raconter son histoire. Elle a une grande facilité à exprimer ses émotions et à les mettre en mots. Le fait que son mari vive en EMS la contraint à faire le deuil de son idéal de couple et de famille unis.

Lors de l'interview du couple, Madame est encourageante et attentionnée à l'égard de son mari fatigué. L'ambiance est affectueuse et les conjoints se témoignent beaucoup de complicité. À certains moments, Madame prend la main de son mari. Ils partagent l'idéal d'un couple uni, idéal dont ils se rapprochent au mieux grâce à la proximité entre l'appartement protégé de Madame et l'EMS. Les temps de parole dans l'entretien de couple sont plutôt déséquilibrés : en effet, Monsieur parle beaucoup moins que Madame, ce qui est dû à la fois à sa fatigue et à son tempérament plus introverti. Mais à la différence d'autres couples interviewés, les échanges entre eux, sans passer par nous, sont nombreux. Ils reviennent sur leurs souvenirs les plus durs avec humour et complicité. Tous deux partagent le sentiment que leur couple est unique. Madame est peut-être un peu moins

fusionnelle que Monsieur ; elle exprime un besoin de liberté, d'une vie à elle qui ne soit pas confondue avec sa vie de couple.

### 3.6 Couple Rochat

Monsieur Rochat est un homme de 78 ans, de petite taille, le visage partiellement paralysé, les cheveux blancs. Il respire très bruyamment et dégage une odeur corporelle particulièrement forte. Il vit en EMS depuis 2 ans et demi. Il souffre des suites d'une attaque cérébrale et d'un passé (et peut-être même d'un présent) marqué par l'alcoolisme. Mis à part ça, c'est un résident très autonome qui a relativement peu de troubles cognitifs (nous remarquons quelques réponses à côté et de rares moments de confusion). Auparavant, il a été hébergé en court séjour et en hôpital de jour pendant de courtes périodes, notamment lorsque sa femme partait en voyage avec un groupe d'aînés. Il a travaillé comme chauffeur pour un centre de réadaptation pour handicapés physiques. Marié à la fin des années 50, le couple a eu deux filles, et leur histoire a été caractérisée par de nombreux conflits et par l'infidélité de Monsieur. Si l'on en croit son épouse, il s'est investi de manière très minimale dans ses rôles de mari et de père. L'EMS dans lequel il vit se trouve en milieu urbain et comprend environ 100 lits. C'est un Monsieur qui se montre serviable : il accepte spontanément de répondre à nos questions, avant même que nous n'ayons pu rappeler le but de notre démarche. Par ailleurs, suite à l'entretien du couple, alors que nous cherchons sans succès l'infirmière qui nous a mise en contact avec eux (pour lui dire au revoir), il part à sa recherche dans le but de nous aider. Pourtant, lors des entretiens, il semble sur la défensive : il répond que tout va bien à chacune de nos questions et ne s'exprime pas au sujet de ses émotions. La mélodie de sa voix est toujours la même : elle semble signifier à la fois que tout va bien et que ça n'a pas d'importance. Il accompagne d'ailleurs souvent ses phrases d'un geste de la main évoquant un balayage. S'agissant de sa femme, quelques petites phrases laissent entrevoir le conflit qui caractérise leur vie de couple, mais celui-ci n'est pas abordé franchement.

Madame Rochat est une dame de 77 ans, rayonnante et élégante. Elle souffre de quelques problèmes de santé, notamment d'un glaucome et de douleurs à la marche, douleurs engendrées par sa chute lors d'une agression. Elle a perdu son père alors qu'elle était enfant. Sans formation, elle a effectué divers travaux non qualifiés, dont celui de concierge. Sa vie conjugale a été difficile en raison d'importants conflits, de l'alcoolisme de son époux et du manque d'implication de ce dernier dans la vie familiale. Elle vit toujours dans leur appartement, situé en milieu urbain, à une distance de trois kilomètres de l'EMS. C'est une dame attachante, en confiance par rapport à la situation d'entretien, mais peu sûre d'elle. Elle nous parle avec beaucoup de franchise des difficultés et frustrations qu'elle rencontre dans sa vie conjugale. Elle a une grande capacité à s'ouvrir et elle est en contact avec ses émotions. Nous créons rapidement une alliance positive. A la fin de l'interview individuelle, elle nous sollicite à demi-mot pour des entretiens cliniques. Nous la référons à une psychologue de notre connaissance, car nous sommes réticente à l'idée d'endosser vis-à-vis d'elle un double rôle de chercheuse et de clinicienne.

Lors de l'interview du couple, Monsieur a une attitude autoritaire avec son épouse : il lui coupe la parole et lui parle sèchement. Sur la défensive, il évite de parler des sujets relatifs à leurs conflits. Madame, quant à elle, aborde franchement leurs difficultés à communiquer ensemble. Elle a besoin d'en parler et de nous prendre à témoin. Nous essayons de susciter le dialogue entre eux, mais sans succès, car Monsieur a une attitude complètement défensive. Par ailleurs, rares sont les moments où ils s'adressent directement l'un à l'autre. Tous les deux semblent malheureux de leur situation et partager un même idéal de couple uni, tout en déclarant que pour eux ce n'est plus possible. Au moment des entretiens, nous éprouvons beaucoup de compassion pour Madame, et en relisant les trois transcriptions d'interviews, également pour Monsieur.

### 3.7 Couple Savoy

Madame Savoy est une dame de 82 ans, corpulente, des cheveux mi-longs gris foncés, qui vit en EMS depuis 2 ans. Auparavant, elle a été hospitalisée en gériatrie pendant plusieurs mois. Elle souffre des suites d'une attaque cérébrale et d'une infection à la jambe, qui lui ont fait perdre sa mobilité du bas du corps. Elle se déplace par conséquent en chaise roulante. Son visage est lui aussi marqué par une paralysie partielle. Les troubles cognitifs qu'elle présente sont relativement peu importants (son discours est parfois confus). Elle a épousé Monsieur Savoy dans les années 50. Le couple n'a pas eu d'enfants. Elle a travaillé en tant que secrétaire de direction d'une banque importante du pays. L'EMS dans lequel elle vit comprend environ 80 lits et se situe en milieu urbain. Lors de notre première rencontre (pour son interview individuelle), elle affiche une réticence marquée par rapport aux entretiens : elle nous demande si son mari et elle sont des « cobayes » et si nous allons les « cuisiner ». C'est une dame très franche, qui semble ne pas se soucier de plaire à son interlocuteur. Ses propos vis-à-vis de son conjoint démontrent une certaine distance affective, même si elle a encore envie de partager avec lui des discussions et des repas. Elle semble très préoccupée par son état de santé à lui, peut-être plus que par le sien.

Monsieur Savoy est un homme de 82 ans, de constitution moyenne, souriant mais à l'air fatigué. Il souffre de diabète et de quelques difficultés à marcher. L'interview du couple a été repoussée de plus de deux mois car il a dû être hospitalisé d'urgence, mais nous n'en connaissons pas la raison. Il définit sa vie de couple comme paisible et « toute simple », sans événements particuliers, puisqu'ils n'ont pas eu d'enfants. Ils ont par contre des nièces, les filles de son frère, qui ont gardé le contact et aident parfois le couple (l'une d'elles s'est par exemple occupée des paiements lorsqu'il était à l'hôpital). Il a travaillé comme employé dans la même banque que son épouse. Il vit toujours dans leur appartement, situé en milieu urbain, à environ un kilomètre de l'EMS. C'est un Monsieur sympathique, qui parle volontiers, mais qui exprime peu ses émotions, en particulier concernant l'hébergement de son épouse. A noter aussi qu'il nous pose des questions sur notre travail lors de l'interview. Les rôles se retrouvent alors par moments inversés. Cherche-t-il une forme de réciprocité ? Ou cherche-t-il un peu de répit entre nos questions ?

Lors de l'interview de couple, Monsieur fait de nombreuses digressions, peut-être pour fuir les questions impliquantes que nous abordons. Madame, par contre, aborde franchement ces questions. Elle s'implique et une bonne alliance se développe entre nous ; en revanche, Monsieur nous agace avec ses digressions, ce qui a pu nous poser un problème d'objectivité. Avons-nous gagné la confiance de Madame depuis l'interview individuelle ? À la fin de l'interview de couple, elle nous demande nos coordonnées. Dans quel but ? Quoi qu'il en soit, elle ne nous a pas contactée depuis. Monsieur semble avoir de bonnes intentions envers elle, mais il est maladroit dans ses réflexions et peu empathique : il utilise la minimisation, sans doute dans le but de la reconforter, mais l'effet est tout autre. Madame ne cache pas son agacement, ce qui le conduit finalement à l'écouter.

## DEUXIÈME PARTIE : ANALYSE DE DISCOURS

### I. LA TRANSITION

#### I.1 Prise de décision et démarche d'entrée en EMS

Comment des couples âgés se retrouvent-ils séparés par l'hébergement en maison de retraite de l'un des conjoints ? Comment la décision de l'hébergement est-elle prise et par qui ? Comment est-elle vécue par chacun des conjoints ? Quelles sont les différentes démarches entreprises et comment se passent-elles ? C'est à ces questions que nous allons répondre dans ce chapitre, en nous appuyant sur notre analyse des entretiens, étayée par la littérature scientifique.

D'après Morgan et Zimmerman (1990), l'une des périodes les plus critiques pour le couple âgé est l'imminence de l'hébergement de l'un des conjoints. Cette situation se produit souvent après de longues années de prise en charge à la maison, années durant lesquelles le conjoint en meilleure santé joue un rôle d'aidant informel auprès du conjoint malade. Mais le premier souffre généralement d'un niveau de stress élevé lié à ce rôle d'aidant et sa santé se fragilise, en raison de ses propres problèmes de santé et également en raison du poids de ce rôle d'aidant.

La raison majeure pour laquelle le placement de l'un des conjoint est nécessaire est souvent l'épuisement de l'époux ou de l'épouse, qui peut tomber malade (Lundh, Sandberg & Nolan, 2000 ; Morgan & Zimmerman, 1990 ; Chenoweth & Spencer, 1986). Ensuite vient le fait que le conjoint malade soit incontinent ou ait des troubles du comportement (Chenoweth & Spencer, 1986), ce qui renforce d'ailleurs les risques d'épuisement.

Johnson et Catalano (1983), de même que Morgan et Zimmerman (1990), font la distinction entre les conjoints aidants et les enfants adultes des personnes âgées malades : si les enfants prennent généralement une certaine distance avec leur parent, l'époux ou l'épouse se retrouve fréquemment empêtré(e) dans la relation. De plus, les conjoints aidants répugneraient souvent à demander de l'aide auprès de professionnels ou de leurs proches, même si cette aide leur permettrait d'avoir un peu de répit. Ils n'envisagent qu'au dernier moment de placer le destin de leur conjoint malade dans les mains d'autres personnes. Ce délai contribue à leur épuisement.

Notre analyse des entretiens nous a permis de dégager six thèmes importants que nous traiterons successivement :

- Auteur de la prise de décision
- Vécu de la prise de décision et des démarches
- Transition(s)
- Espoirs de rentrer déçus
- Précipitation des démarches
- Stratégies mises en œuvre par les conjoints

##### I.1.1 Auteur de la prise de décision

Dans cinq cas sur sept, le ou la conjoint(e) en meilleure santé a joué un rôle important, si ce n'est le rôle principal, dans la prise de décision et dans les démarches en vue de l'hébergement de son ou sa conjoint(e) malade. Les extraits ci-dessous en témoignent :

« [...] j'avais vu un mois avant [mes problèmes de santé] [que mon mari] baissait les bras [...]. J'arrivais pas. Alors j'ai téléphoné à ce BRIO<sup>14</sup>, j'ai dit 'écoutez c'est pas dans l'immédiat, parce que j'ai encore le CMS, [...] mais si ça continuait à ce qu'il baisse les bras comme ça, je ne pourrais plus l'assumer' [...] » (Mme Lévy, interview individuelle).

« [...] on n'a pu vivre que six mois, ensemble, dans cet appartement protégé [...]. On n'arrivait plus, enfin j'arrivais plus [...] » (Mme Perroud, interview individuelle).

« [...] je n'en pouvais plus [...]. C'est jamais venu dans mon esprit de [placer mon mari en EMS], je voulais tenir le coup, mais là je pouvais plus » (Mme Rochat, interview individuelle).

La deuxième citation montre que cette prise de décision n'est pas facile à assumer pour le conjoint en meilleure santé : il coûte à l'interviewée d'admettre qu'elle n'arrivait plus à s'occuper de son mari. Quant à Monsieur Kaufman, il ne nous a pas parlé du rôle qu'il a joué dans la prise de décision, mais certains de ses propos en réaction aux extraits vidéo dans l'interview de couple montrent qu'il y a certainement pris part, ou au moins qu'il y était favorable :

Monsieur : [à propos de l'extrait DECISION] quand il faut s'occuper encore de la femme qui est plus à 100% hein, c'est difficile, hein ! (M. Kaufman, interview de couple)

De même, les propos de son épouse dans son interview individuelle confirment que la décision de son hébergement a été prise avant tout pour soulager son mari.

Ainsi, et ce constat est proche de ce que nous apprend la littérature scientifique, la fatigue et la pénibilité du rôle d'aidant sont les raisons principales évoquées par les conjoints en meilleure santé pour décider de la transition, qu'ils prennent cette décision seuls ou en collaboration avec les soignants. La seule exception est Madame Rochat, qui évoque en premier lieu les conflits conjugaux pour justifier sa décision. Relevons d'ailleurs que ces conflits ont été à l'origine de son épuisement.

Dans la situation des deux autres couples, les Aubort et les Savoy, ce sont des professionnels qui ont pris la décision de l'hébergement, sans que le conjoint en meilleure santé n'y joue un rôle déterminant :

« [...] il était sous clé à [l'hôpital psychiatrique], il avait le droit de sortir de cet hôpital à condition [...] qu'il vienne en EMS » (Mme Aubort, interview individuelle).

Monsieur : [...] tu ne marchais plus, tu étais à l'hôpital [...]. Pis [...] l'assistante sociale elle a [...] demandé 'mais vous n'êtes pas inscrits encore en EMS ?', pis c'est elle qui nous a inscrits [...]. Pis alors c'est eux qui ont fait les démarches (M. Savoy, interview de couple).

Si Madame Aubort n'a pas été active dans la prise de décision et dans les démarches, nous verrons par la suite qu'elle était favorable à l'hébergement de son mari : elle estimait en effet que c'était la seule solution. Quant à Monsieur et Madame Savoy, leurs propos montrent qu'ils se sont laissés guider par les professionnels et qu'ils n'étaient simplement pas opposés à cette démarche.

---

<sup>14</sup> Bureau Régional d'Information, d'Orientation et de liaison

Le tableau récapitulatif suivant montre, pour chaque situation, qui est l'auteur principal de la prise de décision de l'hébergement du conjoint malade :

	Conjoint malade	Conjoint en meilleure santé	Soignants/intervenants
Aubort			X
Emery		X	
Kaufman		X	
Lévy		X	
Perroud		X	
Rochat		X	
Savoy			X

### I.1.2 Vécu de la prise de décision et des démarches

#### *Les conjoints vivant dans la communauté :*

Nous avons demandé aux conjoints vivant à domicile comment ils avaient vécu le moment de la prise de décision et des démarches en vue de l'hébergement de leur conjoint malade. Il importe ici de se souvenir que leurs réponses sont le fruit d'une reconstruction, puisqu'il s'agit d'un récit sur une expérience passée.

Dans au moins cinq cas sur sept, l'ambivalence était un aspect majeur de leur vécu. Le fait qu'ils en parlent encore au moment des interviews, voire même qu'ils éprouvent encore cette ambivalence vis-à-vis de l'hébergement de leur conjoint, montre que c'est un aspect fondamental de leur vécu. Avec Rosenthal et Dawson (1991), nous définissons l'ambivalence comme la présence simultanée de sentiments contraires vis-à-vis de la même situation.

Ainsi, Madame Aubort affirme avoir éprouvé à la fois un sentiment de soulagement et des regrets lorsqu'elle a accompagné son mari pour son entrée en EMS. Cette ambivalence est toujours présente au moment des interviews : Madame est partagée entre son besoin de distance vis-à-vis de son mari et ses regrets de ne pas pouvoir vivre une retraite à deux.

Quant à Monsieur Emery, il n'est pas à l'aise avec le fait d'avoir pris part à la décision de faire héberger son épouse. S'il était très clair lors de son interview individuelle sur le fait qu'il ne pouvait plus prendre soin d'elle à la maison, son discours était plus ambigu lors de l'interview du couple :

Monsieur : [...] elle a dû rester [dans l'EMS] parce qu'elle [...] pouvait pas s'habiller [...], alors c'était trop [...] pour moi, quoi. Ils disaient que c'était trop. Effectivement, mais je ne sais pas si on avait quand même pu avoir [de l'aide du] CMS [...], enfin ça s'est décidé, pour finir elle est restée, quoi (M. Emery, interview de couple).

Outre le fait qu'il semble douter que la bonne décision ait été prise, un glissement intéressant apparaît dans la citation ci-dessus : s'il commence par admettre que son rôle d'aidant était trop pénible pour lui, il poursuit en déclarant que ce sont les soignants qui évaluaient cette charge comme trop lourde pour un conjoint âgé. Il termine en employant le pronom impersonnel 'ça', qui permet de dégager chacun des protagonistes de leurs responsabilités quant à la décision. A notre avis, l'ambiguïté des propos de l'interviewé a pour origine un conflit entre d'une part l'envie de faire valoir ses besoins et limites, et d'autre part son désir de protéger son épouse, présente lors de l'interview de couple, car elle pourrait être blessée par le fait qu'il ait engagé ces démarches. Il est probable qu'il éprouve un fort sentiment de culpabilité vis-à-vis de cette situation.

Dans le cas de Madame Lévy, sa décision, motivée par son besoin de prendre soin d'elle après plus de dix ans pendant lesquels elle affirme s'être occupée de son mari, n'empêche pas une certaine ambivalence vis-à-vis de la transition. En effet, elle éprouve des sentiments de culpabilité et cherche constamment, lors des interviews, à se justifier. Elle se plaint également du fait que les démarches aient été précipitées lorsqu'une place s'est présentée dans l'EMS (nous y reviendrons ultérieurement).

Quant à Madame Perroud, elle affirme à de nombreuses reprises que la décision de placer son mari a été difficile à prendre pour elle. Elle s'est sentie tiraillée entre d'une part son besoin de mettre fin à son rôle d'aidante et d'autre part sa tristesse et ses sentiments de culpabilité. Comme Madame Lévy, elle se plaint du fait que les démarches aient été précipitées une fois qu'une place a été disponible.

Enfin, l'ambivalence de Madame Rochat s'est manifestée entre d'une part un besoin d'être séparée de son mari, ce qui a été concrétisé par l'entrée de celui-ci en EMS, et d'autre part un certain sentiment de malaise face à la précipitation des démarches. Elle a également éprouvé des sentiments de culpabilité :

« [...] je n'en pouvais plus [de vivre avec mon mari]. Mais je me suis culpabilisée » (Mme Rochat, interview individuelle).

Le fait que les conjoints en meilleure santé éprouvent généralement des sentiments ambivalents lors de la transition n'est pas surprenant. De tels sentiments ont d'ailleurs été mis en évidence dans la recherche de Lundh, Sandberg & Nolan (2000) : si les conjoints vivant dans la communauté sont soulagés, ils éprouvent également des sentiments de culpabilité, car ils ont l'impression d'avoir trahi le conjoint malade. Ils ressentent également de la tristesse et de la honte, car ils ont l'impression d'avoir échoué dans le rôle qui leur était dévolu. Enfin, ils ont un sentiment de vide et souffrent de solitude, après avoir en quelque sorte perdu le partenaire de toute une vie.

Dans le cas des deux autres conjoints vivant à domicile, Monsieur Kaufman et Monsieur Savoy, nous n'avons pas pu mettre en évidence des signes d'ambivalence par rapport à la transition. Pour le premier, les choses semblent vraiment claires : prendre soin de son épouse à la maison n'aurait pas été envisageable. Quant au dernier, son discours est si factuel, si détaché de son vécu émotionnel qu'il ne nous est pas possible de décider s'il a éprouvé des sentiments ambivalents ou non :

« Et comment c'était pour vous lorsqu'il a été décidé que votre femme vienne ici ? Oh ben j'étais tout de suite d'accord, j'ai bien vu que... c'était pas possible [...] » (M. Savoy, interview individuelle).

Relevons encore que l'approbation des autres membres de la famille est un élément pouvant faciliter la transition pour les conjoints restant à domicile (Morgan & Zimmerman, 1990). Ainsi, parmi les interviewés, trois conjointes de résidents ont reçu du soutien émotionnel de la part d'autres membres de la famille, que ce soit au moment de la prise de décision ou plus tard, une fois leur mari hébergé. Ce soutien a eu un effet bénéfique sur leur vécu de la transition :

« [...] j'ai [...] dit à [la] fille [de mon mari] 'je me culpabilise un peu là', car si [...] on avait fait front, la famille, bon euh... moi d'abord, mais les enfants aussi, [on aurait pu] lui éviter cet alcool. Pis sa fille m'a répondu quelque chose qui m'a fait plaisir quand même, elle m'a dit 'mais [...] c'était déjà trop tard' [...]. Disons que ça m'a fait plaisir, ça m'a [...] empêchée de me culpabiliser d'avantage, quoi » (Mme Aubort, interview individuelle).

« C'était une décision entre [les soignants et vous] ? Oui, pas facile à prendre, mais les enfants m'ont beaucoup aidée » (Mme Perroud, interview individuelle).

« [...] de le mettre là je me suis culpabilisée [...]. Ma sœur [...] elle a dit 'mais non ! arrête maintenant !' parce que je me posais des questions si je faisais bien ou mal. Pis mes filles aussi elles m'ont encouragée à le mettre. *Ça vous a aidée à faire le pas ? Oui* » (Mme Rochat, interview individuelle).

Notre analyse de discours montre une différence importante entre le vécu des conjoints en meilleure santé, selon leur genre. Lors de la prise de décision et des démarches, les femmes sont plus enclines à éprouver des sentiments ambivalents et de la culpabilité que leurs homologues masculins. Corollairement, elles semblent aussi avoir plus besoin du soutien de leurs proches pour faire le pas. Peut-être est-ce dû aux représentations sociales profondément ancrées selon lesquelles le fait de prendre soin de l'autre est considéré comme un devoir féminin (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997c).

#### *Les conjoints hébergés :*

Quant aux conjoints hébergés, cinq d'entre eux semblent avoir vécu la prise de décision et les démarches dans la résignation (parfois dans l'acceptation) plutôt que dans la révolte, même si ce n'était pas sans souffrance et sans la nécessité de faire un deuil important : celui de la vie de couple à domicile. Cependant, rappelons-le, nos données sont rétrospectives : en moyenne, deux ans et huit mois se sont écoulés entre la transition et le moment de nos interviews. Le temps passé a pu modifier le souvenir de ces événements et des émotions qui y étaient liées. Enfin, le discours des résidents et résidentes a pu être influencé par un biais de désirabilité sociale : ils ont peut-être eu l'impression de donner une meilleure image d'eux-mêmes s'ils cachaient leur révolte.

Deux résidents témoignent d'une certaine passivité, qui s'est traduite par une absence d'implication dans le déroulement des événements :

« *Qui c'est qui a pris la décision que vous deviez venir ici ?* Là je me suis laissé [...], je me suis occupé de rien » (M. Perroud, interview individuelle).

« *Comment ça s'est passé pour vous quand vous êtes arrivée ici à l'EMS ?* Ben j'étais... dans une autre unité [...] A [hôpital]. Et puis... ça m'a valu un transfert [...] ici [...] » (Mme Savoy, interview individuelle).

Pour d'autres (Madame Emery, Madame Kaufman, Monsieur Lévy), cette passivité du résident est évoquée par leur conjoint. Quant à Monsieur Aubort et Monsieur Rochat, leur participation dans les démarches s'est limitée au choix, en collaboration avec leurs proches, de l'EMS.

Il arrive que cette passivité soit liée, chez le résident, à une conscience limitée de ce qui était en train de se produire, en raison de troubles cognitifs ou d'un état confusionnel passager. L'importante vulnérabilité de ces conjoints malades doit être soulignée, puisqu'ils ne pouvaient se positionner ni en faveur ni en défaveur de leur hébergement :

Madame : [...] les décisions elles ont [...] été prises quand t'étais [...] à l'hôpital [...].

Monsieur : je me souviens plus [...], je ne suivais plus (M. et Mme Perroud, interview de couple).

« *Vous avez fait un séjour à l'hôpital d'abord [puis vous avez dû aller en EMS]. Vous vous souvenez de ce qui s'est passé ?* Non, je sais pas » (Mme Emery, interview individuelle).

Pourtant, il arrive que le conjoint malade participe à la décision et aux démarches le concernant. Ainsi, Monsieur Rochat s'est impliqué dans les démarches liées à son entrée en EMS, notamment en visitant trois EMS de la région avec son épouse pour faire son choix. Cette implication s'explique sans doute par les importants conflits du couple qui rendait la vie à son domicile pénible à la fois pour lui et pour son épouse.

En outre, l'acceptation de la décision par le conjoint malade peut être comprise comme une manière de préserver son époux ou son épouse de ses propres sentiments de culpabilité. Ainsi, si Monsieur Perroud se montre très discret sur sa souffrance lorsqu'il est en présence de son épouse, il en dit un peu plus dans son interview individuelle :

« *Comment s'est passée votre arrivée ici ? J'ai pas apprécié. Je me sentais... mis de côté* » (M. Perroud, interview individuelle).

Toujours est-il qu'au-delà de la résignation ou l'acceptation qui transparait dans le discours de ces cinq résidents, au moins trois éprouvent, tout comme leur conjoint resté à domicile, des sentiments ambivalents :

- Le fait que Monsieur Rochat ait été actif dans les démarches ne l'a pas empêché d'avoir la larme à l'œil (pour reprendre l'expression de son épouse) au moment de son entrée en EMS.
- Monsieur Perroud nous est apparu comme tiraillé entre d'une part sa volonté de faciliter les choses pour son épouse et d'autre part sa souffrance de ne plus pouvoir vivre avec elle.
- Madame Emery est partagée entre son acceptation, puisque son hébergement en EMS soulage son mari, et sa profonde tristesse.

Quant aux deux autres résidentes, Madame Kaufman et Madame Savoy, elles ne s'expriment que sur le côté factuel de la transition. Elles évitent donc de parler de leur vécu émotionnel, ce qui peut être une manière de se protéger des affects douloureux :

« *Quelles ont été les raisons de votre entrée en EMS ? J'avais tellement mal au dos et puis [...] c'était trop dur pour mon mari. La nuit quand j'ai dû faire pipi et puis... j'ai commencé à marcher en avant avec [Je rollator], [...] c'était trop pour lui [...]* » (Mme Kaufman, interview individuelle).

Enfin, relevons que le fait pour un résident d'être dans la résignation plutôt que dans la révolte n'empêche pas une certaine agressivité à l'égard des soignants. Nous reviendrons plus loin sur ce phénomène répandu (cf. *infra*, II.2, Relations avec les soignants).

Si, comme nous l'avons vu, cinq résidents avaient une attitude plutôt résignée face à la transition, deux autres résidents ont réagi plutôt dans la non-acceptation ou la révolte :

- Monsieur Aubort a été contraint d'entrer en EMS suite à un séjour en hôpital psychiatrique. N'ayant qu'une conscience limitée de ses troubles, il estime que cette décision est injustifiée et éprouve de la colère contre les soignants.
- Monsieur Lévy regrette amèrement de ne plus pouvoir vivre à son domicile. Il éprouve de la colère envers son épouse, car elle est à l'origine des démarches.

La non-acceptation de la transition peut co-exister avec une certaine passivité. En effet, Monsieur Aubort n'a apparemment jamais fait part de son incompréhension et de son sentiment d'injustice aux soignants ; ses propos montrent qu'il cherche à éviter le conflit en se réfugiant dans une pseudo-acceptation :

« *(A propos des raisons de son entrée en EMS) j'ai jamais essayé d'approfondir mais, je me suis dit les choses vont comme ça [...] j'essaie d'accepter ce qui arrive...* » (M. Aubort, interview individuelle).

Monsieur Aubort ne demande pas aux soignants les éclaircissements dont il dit avoir besoin, malgré son sentiment d'injustice et sa colère. S'il sait probablement pour quelles raisons il est en EMS, il les minimise, comme il minimise également l'importance de ses troubles cognitifs.

Quant à Monsieur Lévy, il se montre révolté contre le fait de devoir vivre en EMS. Outre la colère qui transparait dans ses propos, il fait pression sur son épouse pour qu'elle le reprenne à la maison. Mais cette révolte, qui différencie Monsieur Lévy de tous les autres résidents et résidentes interviewés, est sans doute partiellement liée au fait que son hébergement est très récent (rappelons qu'il vit en EMS depuis un peu moins de trois mois).

### I.1.3 Une ou plusieurs transition(s) ?

Y a-t-il une ou plusieurs transitions pour les couples, entre la vie ensemble à domicile et la séparation due à l'entrée en EMS de l'un des conjoints ? Contrairement à nos attentes (voir nos hypothèses de départ), ce n'est généralement pas l'entrée en EMS de l'un des conjoints qui provoque la séparation du couple. En effet, cinq résidents sur sept ont effectué un séjour à l'hôpital juste avant leur hébergement, voire même plusieurs séjours dans des hôpitaux différents :

- Monsieur Aubort a effectué un séjour en hôpital psychiatrique,
- Madame Emery a effectué un séjour à l'hôpital et un séjour en centre de rééducation,
- Madame Kaufman a effectué des séjours dans deux hôpitaux,
- Monsieur Perroud a effectué un séjour à l'hôpital,
- Madame Savoy a effectué un séjour à l'hôpital.

D'après le Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistiques du Canton de Vaud (SCRIS), 54% des nouveaux résidents d'EMS arrivent de l'hôpital, contre 46% de leur domicile. La proportion de résidents provenant de l'hôpital est donc plus importante dans notre recherche que dans la population en général, ce qui est probablement lié au fait que la vie en couple retarde l'entrée en EMS (cf. *supra*, 1, Revue de littérature). Par conséquent, plusieurs conjoints malades n'ont été hébergés qu'après une aggravation de leur état, ayant nécessité une hospitalisation au préalable.

Dans notre échantillon, seuls Monsieur Rochat et Monsieur Lévy sont arrivés directement en EMS depuis leur domicile. Dans les deux cas, la décision n'a pas été prise en raison d'une aggravation majeure de leur état de santé, mais en raison de l'épuisement de l'épouse, provoquée par les conflits (Madame Rochat) ou par une longue et pénible carrière d'aidante (Madame Lévy). Il est possible que dans ces cas le poids de la décision ait été plus important pour la conjointe en meilleure santé, et qu'elle ait engendré plus de culpabilité.

Le plus souvent, il n'y a donc pas une mais plusieurs transitions, entre la vie ensemble à domicile et la séparation liée à l'hébergement de l'un des conjoints. Par conséquent, si l'entrée en EMS n'est en principe pas la cause de la séparation, elle confirme plutôt son irréversibilité. *A contrario*, l'hôpital est souvent lié à l'espoir d'une amélioration de l'état de santé et d'un retour à domicile. Cette différence implique donc un impact particulier de l'entrée en EMS sur le vécu des deux conjoints, dont l'analyse est l'un des buts de ce travail.

### I.1.4 Espoirs de rentrer déçus

Une précision s'impose vis-à-vis de ce qui précède : nous ne prétendons pas que l'entrée en EMS de l'un des conjoints rende toujours irréversible la séparation du couple. En effet, il peut arriver qu'un ou une résident(e) retourne à la maison une fois que son état de santé s'est amélioré (situation rarissime, si on exclut les courts séjours). Il arrive également que des couples se rejoignent en EMS. C'est d'ailleurs prévu dans le cas des Kaufman, puisque Monsieur s'est inscrit sur la liste d'attente de l'EMS où est hébergée son épouse.

Pour les couples ayant participé à notre recherche, l'entrée en EMS de l'un des conjoints a rendu la séparation irréversible, sauf si le conjoint vivant à domicile rejoint le conjoint hébergé en EMS.

En outre, le caractère irréversible de la séparation n'apparaît pas toujours immédiatement aux interviewés. Ainsi, deux maris vivant à domicile pensaient, au moment de la transition, que leur épouse pourrait rentrer après un court séjour en EMS, mais ces espoirs ont été déçus :

« [Suite au séjour en rééducation de son épouse] on avait décidé de la laisser [en EMS] pour trois quatre semaines. On avait décidé de la laisser jusqu'à ce qu'elle puisse marcher, et puis... puis c'est pas possible » (M. Emery, interview individuelle).

« On pensait à la longue [qu'elle pourrait rentrer à la maison], mais maintenant je crois pas » (M. Savoy, interview individuelle).

Dans le cas de Monsieur Emery, cette déception a pu renforcer ses sentiments de culpabilité et sa colère envers les soignants (cf. *infra*, chapitre II.2, Relations avec les soignants). Quant à Monsieur Savoy, son ton est très neutre, comme ça a été le cas tout au long des interviews. A aucun moment il n'exprime ses émotions. Il est donc difficile de dire ce que la prise de conscience de l'impossibilité du retour de Madame lui a fait.

Quant à Monsieur Lévy, hébergé depuis trois mois, il déclare à de nombreuses reprises qu'il voudrait rentrer chez lui. Mais, d'après ce qu'en dit son épouse, ce désir semble voué à la déception :

« (Lorsque son mari lui a demandé de le reprendre à la maison) j'ai dit 'oui on verra, mais il faut que tu y travailles' [...] je lui dis 'mais il faut que tu sois autonome', parce [qu'avant je devais l'emmener] avec la chaise roulante jusqu'aux toilettes [...], il fallait que je le soulève [...]. Vous n'aimeriez pas avoir à le revivre... Pas obligatoirement (rires) [...]. Je trouve que ça va très bien comme ça. De me [...] charger que de ma petite personne, euh... je trouve que c'est déjà pas si mal » (Mme Lévy, interview individuelle).

Il est en effet bien improbable que son mari, qui est selon sa description « presque hémiparétique » depuis des années, puisse redevenir autonome, et Madame Lévy en est certainement consciente. Les deux dernières phrases de l'extrait ci-dessus montrent qu'avant toute chose, elle souhaite prendre soin d'elle-même, après les dures années passées à prendre soin de son mari à domicile.

### I.1.5 Précipitation de la transition

Nous l'avons esquissé plus haut, le fait que le conjoint en meilleure santé ait joué un rôle actif dans la décision et les démarches n'empêche pas toujours que la transition soit vécue par lui comme précipitée. En effet, après parfois des années d'attentes, voire même après un oubli de la demande d'hébergement par les soignants, le couple n'a finalement que peu de temps pour décider s'il accepte ou non de prendre une chambre nouvellement disponible. Les situations de Madame Lévy, de Madame Perroud et de Madame Rochat sont particulièrement interpellantes.

Dans son interview individuelle, la première nous raconte :

« (A propos du BRIO auprès duquel elle a effectué une demande pour que son mari soit hébergé en EMS) ils m'ont téléphoné un matin pour me dire qu'il y avait une chambre de libre [...] et puis qu'ils allaient le mettre la semaine prochaine. 'Ah ! Ah bon (rires) !' Alors c'était à moi de prendre contact avec le directeur [...]. Je lui ai dit 'écoutez je trouve qu'on est un peu brutal avec nous deux' [...] » (Mme Lévy, interview individuelle).

Malgré le fait que l'hébergement de son mari était souhaité par Madame Lévy, il est vécu comme précipité, en raison du court délai entre l'annonce d'une possibilité d'hébergement et l'hébergement lui-même.

Le récit de Madame Perroud est similaire :

« [...] y a une place qui s'est présentée (*dans l'EMS*), pis c'est vrai quand la place se présente [...] on n'a presque plus le temps de réfléchir (rires) [...]. C'est soit tout de suite, soit on attend encore quelques mois. Alors là ça s'est décidé [...] à mon goût un peu précipité, mais il le fallait, en discutant avec l'infirmière-chef [...] le personnel qui s'occupait de [mon mari] et le médecin, voilà on a décidé que c'était comme ça » (Mme Perroud, interview individuelle).

Enfin, la situation de Madame Rochat est particulièrement intéressante, étant donné que son mari et elle forment un couple extrêmement conflictuel :

« [...] on a fait la demande pis ça a été longtemps encore [...] avant qu'on [ait] une réponse, pis un jour on reçoit l'infirmière ou la directrice [...] 'on vous a complètement oubliés, mais y a une place [...] pour la semaine prochaine'. Ouah j'ai dit, là, là ! En une semaine ça... *Ça a été fait ?* Oui, mais d'un côté c'est bien, parce qu'on n'a pas eu le temps [...] de se dire comment on va faire, ça a été, il a fallu prendre une décision et puis voilà, ça a été vite fait. Mais moi j'étais soulagée après, ouais [...] » (Mme Rochat, interview individuelle).

La précipitation de l'entrée en EMS représente donc une cause de souffrance pour les conjoints vivant à domicile (et probablement aussi pour les conjoints malades) même lorsque la transition est vivement souhaitée en raison d'une conflictualité importante.

Apparemment, les couples âgés font les frais d'une pression visant à « remplir » les lits vides dans les EMS. Si les autres personnes âgées qui se trouvent au seuil de la transition (et qui ne vivent pas en couple) subissent aussi cette pression, il est possible qu'elle soit encore plus douloureuse pour les personnes vivant en couple dans la communauté. En effet, ces dernières ont un deuil « de plus » à faire, celui de la vie à deux, celui de leur vie de couple qui devra nécessairement prendre une autre forme. Dans tous les cas, la précipitation de la transition rend difficile son élaboration psychique, ce qui la rend d'autant plus douloureuse : les personnes concernées n'ont pas eu le temps de lui donner un sens.

A ce propos, relevons avec Lundh, Sandberg et Nolan (2000) que les difficultés vécues par les conjoints en meilleure santé lors de la transition sont souvent méconnues par les soignants, et que les attitudes de ces derniers peuvent même les exacerber. D'après ces chercheurs, les soignants devraient s'efforcer d'offrir les conditions pour qu'un maximum de continuité soit maintenu malgré la transition. Le côté soudain des démarches d'entrée en EMS peut nuire à cette continuité.

### I.1.6 Stratégies des conjoints

En analysant le discours des interviewés sur la prise de décision et sur les démarches qui ont mené à l'entrée de l'un des conjoints en EMS, nous avons pu mettre en évidence leurs stratégies pour faire face à cette situation et nous avons fait des hypothèses sur leurs buts. Dans un premier temps, nous décrivons les stratégies employées par les conjoints vivant dans la communauté, puis nous décrivons celles des conjoints hébergés en EMS.

### *Les stratégies des conjoints vivant dans la communauté :*

Les stratégies employées par les conjoints et conjointes vivant dans la communauté sont les suivantes :

- Se justifier,
- S'accrocher aux aspects positifs de leur situation,
- Rejeter la responsabilité de la situation sur le conjoint malade,
- Tenir à distance le conjoint malade,
- S'en tenir aux aspects concrets de la situation.

Nous observons chez plusieurs conjoints vivant à domicile une tendance à se justifier, notamment en invoquant leurs propres problèmes de santé et leur fatigue, que ce soit dans leur interview individuelle ou dans leur interview de couple :

« [...] j'ai 87 ans, alors il faut l'habiller, faut la déshabiller, il faut la surveiller, je peux pas. Je peux plus. Je pourrais plus. Parce que je suis tout seul à la maison, alors il me faut me faire à manger, il me faut nettoyer la maison, il faut tout faire, quoi » (M. Emery, interview individuelle).

« [...] c'était pas du tout prévu [...] que je fasse cette septicémie, que je peux plus m'occuper [de mon mari]. Quand vous avez le ventre ouvert [...] vous pouvez plus » (Mme Lévy, interview de couple).

« [...] y a des personnes qui m'ont demandé si j'allais le reprendre, j'ai dit 'non, non... je peux pas'. Déjà avec mon [...] œil, maintenant [...] il faut que je fasse attention avec le [...] sang [...] » (Mme Rochat, interview individuelle).

Par ces propos, les interviewés cherchent à se défendre contre leurs propres sentiments de culpabilité. Ils cherchent sans doute aussi à (se) donner une « bonne » image d'eux-mêmes, à ne pas se considérer ou être considérés comme des personnes manquant de loyauté envers leur conjoint.

Une autre stratégie consiste pour les conjoints à domicile à s'accrocher à ce qui est positif dans leur situation. Elle est surtout employée lors des interviews de couple :

Monsieur : [...] ça a été dur.

Madame : [...] ça a été dur, c'est sûr c'est dur. Mais... t'étais content quand même que je vienne euh matins et soirs (rires) [...] ça faisait moins dur, quoi (M. et Mme Perroud, interview de couple).

« Une chose que je voudrais ajouter, [il faut] essayer de voir le positif dans la situation qu'on a, actuelle. Ça je trouve hyper important, [...] toi aussi tu devrais rechercher [...] ce qui fait encore plaisir. Même si on est... pas tout à fait l'un avec l'autre (Mme Lévy, interview de couple).

Dans les deux exemples ci-dessus, mettre l'accent sur ce qui reste de positif est à la fois un argument visant à convaincre le conjoint hébergé, mais aussi à se convaincre soi-même et à lutter contre sa propre souffrance.

D'autres stratégies peuvent être mises en évidence, même si elles sont utilisées par moins de conjoints vivant à domicile. Par exemple, le fait de rejeter la responsabilité de la séparation sur le conjoint malade peut fonctionner comme une stratégie adaptative. Ainsi, Madame Aubort estime que son mari est l'unique fautif dans leur situation : elle lui reproche d'avoir ruiné sa santé en raison d'une consommation excessive d'alcool. De cette manière, elle peut éviter de se questionner sur sa propre part de responsabilité dans l'alcoolisme de son mari et de s'interroger sur ses propres besoins de distance et de liberté :

« Moi je me suis pas trop gênée, [je lui] ai dit que [...] c'était de sa faute s'il était ici, que c'était de sa faute s'il était comme ça » (Mme Aubort, interview individuelle).

D'ailleurs, un indice montrant qu'elle n'est pas si tranquille qu'elle veut le croire est le fait qu'elle a dû être rassurée par la fille de son mari, au moment de la transition (cf. *supra*, I.1.2, Vécu de la prise de décision et des démarches).

La mise à distance, voire le rejet, du conjoint malade peut aussi être une manière pour le conjoint en meilleure santé de se défendre contre des sentiments potentiellement douloureux face à l'hébergement et la séparation. Les propos abrupts de Monsieur Kaufman, en présence de son épouse lors de l'interview du couple, en sont une illustration :

Monsieur : (*à propos de l'extrait DECISION*) une fois que sa femme est dans l'EMS, il est plus tranquille [...] » (M. Kaufman, interview de couple).

Quant à Monsieur Savoy, sa stratégie semble être de s'en tenir à ce qui est rationnel et concret, ce qui lui permet de tenir à distance un vécu émotionnel potentiellement douloureux :

Monsieur : [...] ma femme elle ne peut pas revenir à la maison, elle marche pas. [On aurait pu] prendre une infirmière deux fois ou trois fois par jour, mais ça coûte aussi cher que d'être ici (M. Savoy, interview de couple).

#### *Les stratégies des résidents :*

Les stratégies adaptatives employées par les résidents et résidentes sont les suivantes :

- Se focaliser sur les besoins du conjoint vivant à domicile,
- Culpabiliser le conjoint vivant à domicile,
- Se désengager,
- S'en tenir aux aspects concrets de la situation.

Plusieurs résidents se focalisent avant tout sur le vécu et les besoins de leur époux ou épouse, plutôt que sur leur propre vécu. Par exemple :

« (*A propos de la période avant son hébergement en EMS*) C'était difficile à la maison ? Oui oui. Non elle tenait plus ma femme [...]. Elle était mieux seule [qu'à] deux [...] » (M. Rochat, interview individuelle).

« [...] quand on a décidé 'tu viendrais là', [mon mari] a dit 'je comprends que t'en peux plus', quoi » (Mme Perroud, interview individuelle).

Cette stratégie leur permet probablement de tenir à distance certaines émotions douloureuses telles que la déception, la tristesse, la colère, ou encore un vécu d'abandon. Elle les aide peut-être aussi à garder la face devant leur conjoint en meilleure santé. Quant à Madame Savoy, elle utilise une stratégie similaire<sup>15</sup> lorsqu'elle exprime son souci de ne pas représenter un poids pour ses nièces :

« [...] on veut pas s'imposer... à ces jeunes... à ces nièces, là » (Mme Savoy, interview de couple).

D'autres stratégies sont utilisées par les conjoints hébergés, mais de manière moins fréquente. Monsieur Lévy, par exemple, cherche à culpabiliser son épouse. A chacune des visites de Madame, il lui demande avec insistance de le reprendre à la maison (cf. *infra*, II.4, Visites). Et lors de son

---

<sup>15</sup> Car elle ne se centre pas sur son vécu, mais sur celui d'autres personnes.

interview individuelle, il rejette sur elle l'entière responsabilité de leur situation (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Sans doute le fait de vivre en EMS, entouré de résidents âgés et malades, renvoie à l'interviewé une image négative de lui-même (cf. *infra*, II.3, Relations avec les autres résidents). Rejeter la faute sur son épouse lui permet de restaurer une image plus positive de lui-même, celle d'un homme qui pourrait encore très bien vivre à son domicile si son épouse voulait bien l'admettre.

Quant à Monsieur Aubort, ses propos témoignent d'une tendance à la fuite, à la passivité, voire même au désengagement face aux décisions qui le concernent. Cette stratégie lui permet sans doute d'éviter d'être confronté à une réalité douloureuse et donc de protéger son image de lui-même :

Monsieur : il paraît que c'est un ordre du médecin qui a décrété que... je pouvais pas rester autonome [...]. Ce médecin... je voulais lui demander un complément d'explication, je réussis pas de le voir [...]. Enfin... je me trouve... dans cette situation, (inspire) j'essaie [...] de me conduire [...] aussi dignement que possible, mais... il me reste une arrière-pensée, c'est que... j'ai des doutes sur le choix et le verdict des médecins (M. Aubort, interview de couple).

Enfin, Madame Emery tente de s'expliquer les raisons de son hébergement en demeurant centrée sur des problèmes concrets (le fait de ne plus pouvoir marcher), ce qui lui permet d'éviter un questionnement potentiellement douloureux sur le rôle qu'a pu jouer son mari dans les démarches :

« [Suite à votre séjour en rééducation] vous n'avez pas pu [rentrer] à la maison ? Non. Je marchais plus [...] je pouvais plus marcher, pis j'étais ouverte [à la jambe] » (Mme Emery, interview individuelle).

Le tableau récapitulatif suivant donne un aperçu des différentes stratégies employées par les interviewés et de leurs finalités :

		Stratégies	Finalités
Aubort	RES <sup>16</sup>	Se désengager	Lutter contre sa souffrance Protéger son image de soi
	CONJ <sup>17</sup>	Rejeter la responsabilité sur le RES Tenir le RES à distance	Se défendre contre les sentiments de culpabilité Eviter de se questionner sur ses besoins de distance Lutter contre sa souffrance
Emery	RES	Se focaliser sur les besoins du CONJ S'en tenir aux aspects concrets	Lutter contre sa souffrance
	CONJ	Se justifier	Se défendre contre les sentiments de culpabilité (Se) donner une bonne image de soi
Kaufman	RES	S'en tenir aux aspects concrets	Lutter contre sa souffrance
	CONJ	Tenir RES à distance	Lutter contre sa souffrance
Lévy	RES	Culpabiliser le CONJ	Restaurer une image positive de soi-même
	CONJ	Se justifier S'accrocher aux aspects positifs	Se défendre contre les sentiments de culpabilité (Se) donner une bonne image de soi Convaincre son conjoint Lutter contre sa souffrance
Perroud	RES	Se focaliser sur les besoins du CONJ	Lutter contre sa souffrance
	CONJ	S'accrocher aux aspects positifs	Convaincre son conjoint Lutter contre sa souffrance
Rochat	RES	Se focaliser sur les besoins du CONJ	Lutter contre sa souffrance ?
	CONJ	Se justifier	Se défendre contre les sentiments de culpabilité (Se) donner une bonne image de soi
Savoy	RES	Se focaliser sur les besoins des proches	Lutter contre sa souffrance
	CONJ	S'en tenir aux aspects concrets	Lutter contre sa souffrance

### I.1.7 Conclusions

Comme c'est le cas dans d'autres recherches (cf. *supra*, 1, Revue de littérature), l'hébergement en EMS des résidents et résidentes a la plupart du temps été provoqué par l'épuisement de leur époux ou épouse. Mais notre analyse de discours donne des informations plus complètes sur la manière

<sup>16</sup> Résident.

<sup>17</sup> Conjoint vivant dans la communauté.

dont la décision est prise et notamment sur le rôle souvent actif du conjoint en meilleure santé. Cette analyse donne une image un peu différente de la littérature scientifique, qui insiste avant tout sur la répugnance des conjoints en meilleure santé à faire héberger le conjoint malade.

Les recherches déjà existantes se sont surtout intéressées au vécu des conjoints en meilleure santé, en relevant leurs sentiments ambivalents lors de la transition. Notre analyse de discours nous mène à des conclusions similaires. Cependant, nous avons également mis en évidence la manière dont la prise de décision et les démarches sont vécues par les conjoints malades et sur le fait qu'ils ont eux aussi parfois une attitude ambivalente.

Pour Rosenthal et Dawson (1991), les trois tâches les plus importantes que doit accomplir l'épouse d'un résident sont les suivantes : traverser ses différents états émotionnels, chercher des solutions aux sentiments ambivalents et reconnaître que le retour à domicile de son mari n'est pas possible. D'après notre analyse de données, le conjoint hébergé doit également accomplir ces tâches.

Notre analyse montre aussi qu'il y a souvent non pas une, mais plusieurs transitions. Parmi elles, l'entrée en EMS a un statut particulier : elle confirme souvent l'irréversibilité de la séparation, contrairement aux séjours à l'hôpital, comme en témoignent notamment les espoirs de rentrer déçus.

Enfin, en ayant été attentive non seulement aux discours, mais aussi aux attitudes des interviewés, nous avons mis en évidence les stratégies employées par les conjoints hébergés et les conjoints vivant dans la communauté. Chez les conjoints vivant dans la communauté, le fait de se justifier apparaît comme une stratégie fréquemment utilisée. Quant aux résidents, ils se focalisent généralement sur les besoins de leur époux ou épouse. De manière générale, ces stratégies nous semblent mener aux mêmes buts : d'une part de permettre aux interviewés de conserver, ou de donner, une image positive d'eux-mêmes et d'autre part de lutter contre leur souffrance.

## I.2 L'entrée en EMS

Dans ce court chapitre, nous nous intéressons à l'entrée en EMS proprement dite, c'est-à-dire au moment où le conjoint malade est hébergé en EMS. Avec Lundh, Sandberg & Nolan (2000), nous considérons cet événement comme la deuxième étape du processus de transition vécu par le couple (entre la prise de décision et l'adaptation à leur nouvelle situation). A partir des discours que nous avons recueillis, nous nous intéressons à la manière dont ce moment a été vécu par chacun des conjoints, tout en gardant à l'esprit que ces témoignages sont rétroactifs ; en effet, au moment des interviews, un temps plus ou moins long (de 3 mois à 10 ans) s'est écoulé depuis l'entrée en EMS. Il est donc possible que le temps passé ait modifié sa perception de cet événement.

La littérature s'est avant tout intéressée au vécu du conjoint qui est en meilleure santé au moment de l'hébergement, c'est-à-dire de celui qui reste dans la communauté. Le vécu du conjoint malade, lui, est peu pris en considération par les chercheurs. Lundh, Sandberg & Nolan (2000), de même que Rosenthal & Dawson (1991), font un tableau assez sombre du vécu des conjoints restant dans la communauté : ils éprouvent de la culpabilité, car ils ont le sentiment d'avoir trahi leur conjoint malade. Ils ressentent également de la tristesse<sup>18</sup> et de la honte, car ils ont l'impression d'avoir échoué dans leur rôle d'aidant à domicile. Ils estiment que s'ils avaient « mieux » su prendre soin de leur conjoint malade, celui-ci n'aurait pas besoin d'être hébergé. De plus, ils nourrissent souvent un sentiment d'impuissance car ils n'ont en général pas pu choisir l'établissement qui accueille leur conjoint. Enfin, ils éprouvent un sentiment de vide et souffrent de solitude depuis que leur conjoint malade a quitté le domicile. Cependant, toujours pour ces auteurs, de telles émotions négatives n'empêchent pas un certain soulagement, du fait que leur carrière d'aidant principal ait pris fin et que leur conjoint reçoive des soins jugés de qualité. Par conséquent, le vécu des conjoints restant à domicile est caractérisé par une ambivalence importante.

Quant à Ade-Ridder et Kaplan (1993), elles font la différence entre les vécus des conjoints restant à domicile selon leur genre. Ainsi, les époux de nouvelles résidentes s'adapteraient en se disant que la prise en charge dans un home constitue la meilleure prise en charge possible. Par contre, les épouses de nouveaux résidents évalueraient négativement la manière dont elles se sont occupées de leur mari. Elles seraient plus souvent déprimées et culpabiliseraient davantage. En outre, concernant les sentiments de solitude des conjointes restant à domicile, Mackenzie & MacLean (1992) précisent qu'ils sont renforcés lorsqu'elles ne se sentent pas suffisamment soutenues par leurs proches. Malheureusement, une telle situation serait fréquente<sup>19</sup>.

Rappelons que plusieurs articles comparent la situation des conjoints restant à domicile avec celle des veufs et veuves. Certains auteurs mettent plutôt l'accent sur les différences, d'autres sur les similitudes. Ainsi, pour Rosenthal & Dawson (1991), il y aurait une importante similarité entre ces deux expériences de vie. En effet, tout comme les personnes âgées dont le conjoint se retrouve hébergé dans un home, les veufs présenteraient des niveaux élevés de dépression et un déclin dans la perception de leur propre santé. De même, les personnes dans les deux situations souffriraient de solitude, même si dans le cas des conjoints vivant dans la communauté, la solitude est peut-être moins grande, puisque le conjoint hébergé est toujours en vie. Quant au soulagement, il serait aussi présent chez les veufs, notamment lorsque leur conjoint a traversé une maladie longue et

---

<sup>18</sup> Pour Rosenthal et Dawson (1991), la prévalence de la dépression serait de près de 50% chez les épouses de nouveaux résidents.

<sup>19</sup> « Les interviewées trouvaient que leurs enfants ou d'autres membres de leur famille n'étaient pas si compréhensifs ou soutenant qu'elles auraient voulu qu'ils le soient, à la fois pendant la maladie de leur mari et suite à leur placement. Elles étaient déçues de ce manque de soutien et leur solitude provient en partie de ce sentiment de désertion alors qu'elles avaient besoin de soutien » (notre traduction ; Mackenzie & MacLean, 1992, p. 113).

douloureuse. Pour ces auteurs, l'ambivalence serait donc présente chez les personnes des deux groupes.

C'est en raison de ces similitudes et différences que certains auteurs se réfèrent à la situation des conjoints vivant à domicile en utilisant l'expression ambiguë de « veuvage marié » ou « quasi-veuvage » (« married widowhood » en anglais) (Rollins, Waterman & Esmay, 1985 ; Ade-Ridder & Kaplan, 1993 ; Kaplan & Ade-Ridder, 1991 ; Rosenthal & Dawson, 1991 ; Mackenzie & MacLean, 1992). En outre, pour Mackenzie & MacLean (1992), les conjoints vivant à domicile ne se sentiraient pas libres de commencer une nouvelle vie.

Il est possible que les différentes phases traversées par les veufs et les conjoints restant à domicile soient comparables (pour les veufs, il s'agit de la colère, de l'idéalisation et de l'acceptation, selon Bumagin & Hirn, 1982). Toutefois, Ade-Ridder & Kaplan (1993) font l'hypothèse que les « mariés veufs » ne parviennent jamais à atteindre la phase d'acceptation. En effet, pour ces auteures, si la perte par la mort est définitive, la perte de la présence du conjoint en raison de son hébergement semble sans fin : « les conjoints des résidents peuvent ne pas atteindre la phase d'acceptation. Leurs rôles peuvent être moins clairs (sous-entendu : que ceux des veufs) ; ils peuvent se retrouver dans une sorte de flou émotionnel, dû à l'impossibilité de prédire le futur de leur conjoint » (notre traduction ; p. 21). Mackenzie & MacLean (1992) partagent les mêmes conclusions en affirmant que pour bien des conjoints vivant dans la communauté, rien n'est pire qu'une telle fin pour leur histoire de couple, pas même la mort.

Enfin, seules Ade-Ridder et Kaplan (1993) se sont intéressées au vécu du conjoint malade au moment de son entrée en EMS. Selon ces chercheuses, il réaliserait que le home est sa dernière demeure. Cette prise de conscience provoquerait souvent de l'anxiété et une tendance à s'accrocher à ses proches, ce qui finalement exacerberait les sentiments de culpabilité de ces derniers.

### I.2.1 Vécu des résidents

Notre analyse de discours montre que la grande majorité des résidents et résidentes interviewés, c'est-à-dire six sur sept, se sont peu exprimés au sujet de leur vécu du moment de l'entrée en EMS. Il s'agit de Monsieur Aubort, Madame Emery, Madame Kaufman, Monsieur Lévy, Monsieur Rochat et Madame Savoy. Le plus souvent, c'est en raison des sentiments douloureux associés à cet événement. Ainsi :

- 1) Monsieur Lévy, dont nous rappelons qu'il est hébergé depuis trois mois, se sent abandonné par son épouse. Il est triste de vivre en EMS et en colère contre elle. Mais quand nous lui demandons comment s'est passée pour lui son entrée en EMS, il répond :

« Rien de spécial » (M. Lévy, interview individuelle).

- 2) Madame Emery, qui vit en EMS depuis huit mois, nous dit qu'elle ne se souvient plus de son arrivée en EMS. Il est possible que ses troubles cognitifs soient en partie responsables de cet oubli. Mais il est également possible qu'elle ait refoulé ce moment particulièrement douloureux, comme en attestent d'autres moments des interviews (cf. *infra*, III.1, attachement).
- 3) Monsieur Rochat, hébergé depuis deux ans et six mois, ne nous dit pas comment il a vécu son entrée en EMS. Cependant, d'autres propos lors des interviews nous font comprendre qu'il était, au moins pour une part, soulagé de quitter le domicile conjugal (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Quant à son épouse, elle affirme qu'il avait « la larme à l'œil » lors de

son entrée en EMS. Il éprouvait donc probablement des sentiments mélangés, dont il n'a pas souhaité nous parler lors des interviews.

- 4) Enfin, Monsieur Aubort, hébergé depuis dix ans, s'en tient à des éléments concrets mais ne parle pas de son vécu. C'est peut-être pour lui une manière de ne pas raviver des émotions douloureuses, faites de tristesse et d'incompréhension, ainsi que de résignation (nous rappelons qu'il est entré en EMS sous contrainte médicale). Ainsi, il raconte :

« Après [...] un relativement court séjour à l'hôpital alors euh... je crois c'est ma fille qui sauf erreur a trouvé une place disponible ici, à l'EMS, et puis... c'est comme ça que je suis rentré là » (M. Aubort, interview individuelle).

Deux autres résidentes ne parlent pas de leur vécu lors de l'entrée en EMS, probablement parce qu'il n'y a pas eu de grand changement à leurs yeux, étant donné qu'elles vivaient depuis des mois déjà à l'hôpital. Il s'agit Madame Kaufman (hébergée depuis deux ans et huit mois) et de Madame Savoy (hébergée depuis deux ans).

Finalement, seul Monsieur Perroud (hébergé depuis six mois) parle de la manière dont il a vécu son entrée en EMS :

« J'ai pas apprécié. Je me sentais... mis de côté [...]. Pourtant j'aime la solitude, mais j'ai eu de la peine [...]. Et j'ai senti que ma femme [...] ressentait la même chose, [...] que de se séparer, c'était au fond un divorce (silence) [...]. Un divorce non voulu » (M. Perroud, interview individuelle).

Il apparaît que le vécu des résidents et résidentes au moment des interviews correspond généralement à leur récit du moment de l'entrée en EMS. Ainsi, les regrets de Monsieur Perroud sont toujours d'actualité, de même que la colère de Monsieur Lévy. Quant à Monsieur Aubort, il affirme dans l'interview de couple qu'il vit son séjour en EMS comme un second veuvage, ce qui est probablement aussi dans la continuité de son vécu lors de son entrée en EMS.

### I.2.2 Vécu des conjoints vivant dans la communauté

Deux conjoints vivant dans la communauté ne disent pas comment ils ont vécu le moment où leur conjointe malade est entrée en EMS. Il s'agit de Monsieur Kaufman et de Monsieur Savoy. Si le premier ne donne véritablement aucune information, le second s'en tient à ce qui s'est passé à un niveau concret et ne s'exprime pas au sujet de ce qu'il a ressenti. Il dit qu'il a accepté la situation parce qu'il était « obligé » de le faire : mais cette affirmation ne nous renseigne pas sur la manière dont il a vécu les choses.

Quant à Monsieur Kaufman, s'il ne parle pas de son vécu, c'est peut-être qu'il n'y avait pas de grands changements pour lui ; en effet, sa femme a été hospitalisée plusieurs mois avant son entrée en EMS. Cette hypothèse rejoint le constat de Lundh, Sandberg & Nolan (2000), pour lesquels l'hébergement est moins traumatisant pour les conjoints vivant à domicile s'il fait suite à une hospitalisation. Ainsi, le choc de la séparation serait déjà passé. Toutefois, les vécus de Madame Perroud et Monsieur Emery entrent en contradiction avec ce constat, comme nous allons le voir.

Les cinq autres conjoints vivant dans la communauté (Madame Aubort, Monsieur Emery, Madame Lévy, Madame Perroud et Madame Rochat) nous ont parlé de leur vécu au moment de l'entrée de leur conjoint malade en EMS :

- Pour Madame Lévy, le moment de l'entrée en EMS semble avoir été dur à vivre, même si elle ne s'étend pas tellement sur ce qu'elle a ressenti :

« *(Sa voix tremble)* C'était assez dur au départ... il me manquait quand même [...] » (Mme Lévy, interview individuelle).

- Monsieur Emery et Madame Perroud affirment qu'ils ont vécu de manière difficile l'entrée de leur conjoint malade en EMS, même si leurs propos sont vagues. Ainsi, le premier nous dit que ce n'était « pas facile » et la deuxième que c'était « dur ».
- Madame Aubort décrit des sentiments ambivalents lors de l'entrée de son mari en EMS, faits de soulagement, mais aussi de regrets.
- Quant à Madame Rochat, son sentiment principal était le soulagement.

Pour la plupart des conjoints et conjointes vivant à domicile, le vécu au moment des interviews est proche des sentiments éprouvés lors de l'entrée en EMS de leur conjoint malade. Ainsi, Monsieur Emery et Madame Perroud continuent de trouver que cette situation est difficile, même si la seconde semble plus s'acheminer vers une forme d'acceptation que le premier. Madame Rochat, quant à elle, continue de penser que le fait d'être séparés est la meilleure solution pour sa relation de couple. Quant à Madame Aubort, elle se montre toujours très ambivalente face à l'hébergement de son mari, malgré les dix ans qui se sont écoulés depuis. Seule Madame Lévy décrit un changement : si son époux lui manquait au départ, elle ne voit au moment des interviews plus que le positif dans leur situation.

### 1.2.3 Conclusions

Pourquoi la majorité des résidents et résidentes ne parlent-ils pas de leur vécu, alors que c'est le contraire chez les conjoints et conjointes vivant à domicile ? Il est probable que l'entrée en EMS est plus difficile à vivre pour les résidents et résidentes que pour leur conjoint en meilleure santé. En effet, ils ne participent généralement pas à la décision de leur propre hébergement, ce qui fait que ce dernier est le plus souvent subi. Par ailleurs, cet événement leur fait perdre la majeure partie de leur autonomie, ce qui n'est pas le cas du conjoint ou de la conjointe qui continue de vivre dans la communauté. De plus, entrer en EMS est vu par eux comme quelque chose de dégradant et qui atteint donc directement leur estime d'eux-mêmes : par exemple, Madame Emery disait autrefois à son mari qu'elle préférerait mourir que d'aller vivre dans un EMS.

En outre, les résidents et résidentes ont des raisons d'être plus angoissés au moment de leur entrée en EMS que leur conjoint restant à domicile. En effet, ils sont conscients que l'EMS est leur dernière demeure et qu'ils s'acheminent vers la fin de leur vie. Or, dans notre inconscient, chacun serait convaincu de sa propre immortalité (Freud, 1915). Ainsi, être confronté à la perspective de la fin de sa vie peut constituer un traumatisme. Par conséquent, ce vécu était peut-être tellement difficile pour les résidents et résidentes que nous avons interviewés qu'ils ont eu de la peine à en parler avec une intervieweuse qu'ils venaient à peine de rencontrer. Ne pas en parler leur permettait aussi d'éviter un retour des émotions difficiles.

A l'instar des articles cités dans l'introduction de ce chapitre, nous avons pu mettre en évidence quelques éléments pouvant rendre plus difficile le moment de l'entrée en EMS du conjoint malade. Ainsi, le vécu est particulièrement douloureux lorsque l'entrée en EMS est perçue comme une vraie séparation. C'est le cas par exemple de Monsieur Perroud qui vit son entrée en EMS comme un « divorce non voulu » et de Monsieur Aubort qui le vit comme un « second veuvage ». Ce même constat est également fait par Lavoie, Lapierre et Benoit (2008).

D'autres éléments apparaissent par contre comme facilitateurs :

- Les conflits conjugaux, lorsqu'ils sont accompagnés d'une volonté de se séparer, peuvent rendre moins difficile l'entrée du conjoint malade en EMS. C'est le cas du couple Rochat, dont les deux conjoints ont éprouvé du soulagement.
- Le soutien des conjoints vivant dans la communauté par les proches : trois conjointes de résidents, Madame Lévy, Madame Perroud et Madame Rochat, disent avoir bénéficié de la compréhension et d'un important soutien de la part de leurs proches, en particulier de leurs enfants ; ce soutien leur a permis de traverser plus facilement cette étape de leur vie et de s'acheminer vers l'acceptation. Cet avantage les distingue des conjoints vivant dans la communauté de la recherche de Mackenzie et MacLean (1992).

Par contre, d'après les discours recueillis, les hospitalisations précédant l'entrée en EMS ne rendent pas forcément plus facile le vécu du conjoint restant dans la communauté, contrairement aux conclusions de Lundh, Sandberg & Nolan (2000). Monsieur Emery, par exemple, témoigne d'une souffrance importante liée à l'entrée de son épouse en EMS, malgré le fait qu'elle ait été hospitalisée avant. Peut-être est-ce dû au fait qu'il juge de manière particulièrement négative les soins que reçoit son épouse ? Ainsi, il aggraverait le souvenir de l'entrée en EMS de celle-ci, parce qu'il n'est pas satisfait des soins. Mais l'inverse peut-être également vrai : en raison d'un vécu particulièrement douloureux de la séparation, il aurait plus tendance que d'autres à juger les soins de manière négative.

Nous l'avons vu, certains auteurs ont comparé et trouvé des analogies entre la situation des conjoints restant à domicile et le veuvage. Ces similitudes se retrouvent aussi dans les discours que nous avons recueillis, témoignant d'un vécu douloureux et d'un deuil à faire pour presque tous. Cependant, deux conjointes de résidents (Madame Perroud et Madame Lévy) décrivent aussi un certain réconfort lié au fait que leur époux soit encore en vie et qu'ils puissent encore partager des moments ensemble. De même, l'acceptation, comme phase ultime du processus de deuil, apparaît comme accessible pour les conjoints vivant à domicile que nous avons interviewés, contrairement à ce qu'écrivent Ade-Ridder & Kaplan (1993). En effet, plusieurs semblent avoir accepté leur situation ou être sur la voie pour l'accepter (Madame Lévy, Madame Perroud et Madame Rochat). Toutefois, cette acceptation n'est pas établie une fois pour toutes et des « retours » vers des périodes plus difficiles sont toujours possibles.

Enfin, d'après les souvenirs rapportés par les interviewés, il y aurait une importante continuité dans leur vécu. Pouvons-nous pour autant affirmer que ce vécu est resté similaire ? La prudence est de mise : il est tout autant possible que le temps passé ait modifié leur perception d'un vécu plus ou moins ancien (selon le moment de l'hébergement). Cette similarité apparente peut donc être provoquée soit par la simultanéité des discours sur deux moments différents, soit par une quête de cohérence interne et de continuité, qui les pousse à minimiser les ruptures dans leur trajectoire.

## II. VÉCU DE L'HÉBERGEMENT

### II.1 Vécu de l'environnement (EMS)

Peu nombreux sont les chercheurs qui se sont intéressés à la manière dont les couples concernés par l'hébergement de l'un des conjoints perçoivent le lieu d'hébergement et ses alentours. Sandberg, Lundh et Nolan (2001) se limitent à une remarque générale, selon laquelle les établissements (suédois) devraient être plus chaleureux et accueillants. Au contraire, pour les chercheuses canadiennes Dawson et Rosenthal (1996), la plupart des épouses de résidents seraient satisfaites du cadre dans lequel est hébergé leur mari, même si cette satisfaction décline légèrement lors des neuf mois suivant la transition.

Un autre article (Martin, Baldwin & Bean, 2008) est consacré, sinon au lieu d'hébergement, du moins aux activités qu'il offre pour les couples dont l'un des conjoints est hébergé. La recherche porte sur une expérience d'activité de jardinage, offerte dans un établissement pour personnes âgées dépendantes, situé en Floride. D'après les chercheuses, plusieurs bénéfices peuvent découler de ce type d'activités : elles permettent aux couples d'interagir avec d'autres couples et de bénéficier d'une meilleure intégration sociale, de recevoir du soutien de la part des autres couples. En outre, elles leur permettent de s'impliquer en couple dans une activité qui a du sens et de promouvoir un sentiment de succès, en raison des buts à court et moyen termes. Pour les auteures, les établissements devraient donc proposer plus souvent des activités telles que le jardinage aux couples dont l'un des conjoints est hébergé.

Dans ce chapitre, nous allons analyser, pour chacun des couples, la manière dont l'établissement est perçu ou vécu, au travers de quatre sous-thèmes :

- 1) Vécu du cadre physique (établissement et alentours),
- 2) Vécu du rapport à l'EMS,
- 3) Vécu des charges financières et administratives,
- 4) Vécu des activités et de l'emploi du temps.

#### II.1.1 Vécu du cadre physique (établissement et alentours)

Nous analysons ici la manière dont les interviewés, résidents et conjoints vivant à domicile, ont décrit l'établissement dans lequel est hébergé le conjoint malade. Si nous n'avons pas posé de manière directe cette question dans les interviews, des descriptions sont apparues spontanément dans le discours de tous les conjoints vivant à domicile, ainsi que (de manière succincte) dans celui de trois résidents. Il est plutôt étonnant que ce soient les conjoints vivant à domicile qui décrivent le plus l'EMS et les alentours, alors que ce sont les résidents et résidentes qui y vivent.

Quatre conjoints vivant dans la communauté décrivent l'établissement et ses alentours en termes uniquement positifs. Madame Lévy et Monsieur Savoy décrivent les EMS où vivent leur conjoint comme des endroits confortables. Madame Lévy décrit également l'EMS comme un bel établissement et comme un lieu leur permettant, à elle et son époux, plus de liberté de mouvement (un ascenseur permet de descendre à la cafétéria et au jardin) et par conséquent de contact avec d'autres personnes. Quant à Madame Aubort et Madame Rochat, elles mettent l'accent sur le caractère familial de l'établissement pour leur conjoint. En effet, Monsieur Aubort est originaire du village dans lequel se trouve l'EMS et il est hébergé avec des anciens camarades d'école ; quant à Monsieur Rochat, il connaissait déjà l'EMS pour y être allé chercher des restes de nourriture pour les

cochons d'un ami paysan. Madame Rochat ajoute également que l'EMS où vit son mari est moins « froid » que d'autres EMS qu'ils ont visités (cf. *supra*, I.1, Prise de décision et démarches).

Deux autres conjoints vivant à domicile, au contraire, décrivent l'établissement et ses alentours uniquement en termes négatifs. Monsieur Emery se plaint que l'EMS où vit son épouse ne soit pas assez « médicalisé » et que les chambres soient partagées entre deux résidents, ce qui ne permet pas l'intimité pour le couple (cf. *infra*, III.3, Intimité). Par ailleurs, il relève que les portes d'entrée ont des alarmes, ce qui ne permet pas aux résidents et à leurs proches d'aller et venir librement. Quant à Monsieur Kaufman, il se plaint que les alentours de l'EMS soient peu praticables pour pouvoir se promener avec sa femme (dont il doit pousser la chaise roulante).

La dernière conjointe vivant à domicile, Madame Perroud, a un discours mitigé sur l'établissement et ses alentours. En effet, si elle apprécie le fait de pouvoir vivre dans un appartement protégé à quelques mètres de l'EMS, elle semble trouver les chambres trop exiguës. Ainsi, alors qu'elle commente l'extrait vidéo DECISION :

« Ils ont l'air d'être dans une grande [maison], mais après [la dame] sera dans une toute petite chambre, c'est peut-être ça qui va [...] les choquer au début [...] » (Mme Perroud, interview de couple).

Comme mentionné plus haut, les résidents et résidentes se sont peu exprimés au sujet de l'établissement où ils vivent et de ses alentours. Il n'y a que Madame Kaufman qui remarque, comme son mari, que l'extérieur est peu praticable pour se promener. Par contre, elle dit apprécier passer du temps sur la terrasse lors des belles journées. Quant à Madame Emery, lorsque son mari décrit l'établissement comme un lieu « pas agréable », elle répond, laissant entendre qu'elle partage ce point de vue :

« J'y suis, je dois rester. C'est tout » (Mme Emery, interview de couple).

Nous nous étonnons de la rareté des propos des résidents et résidentes sur l'établissement et ses alentours, alors qu'il s'agit quand même de leur lieu de vie. Pour mieux comprendre cet étonnement, nous formulons les quelques hypothèses suivantes :

- Les résidents et résidentes n'ont pas eu d'autres choix que de quitter leur domicile pour aller vivre en EMS, ce qui leur est difficile à vivre. Par conséquent, ils auraient de la difficulté à se réjouir des aspects positifs décrits par leur conjoints et conjointes (beauté, confort, familiarité du lieu). En revanche, pour les conjoints vivant à domicile, décrire l'établissement et ses alentours de manière positive permet d'atténuer la « gravité » de la décision de placer leur conjoint malade en EMS.
- Les résidents et résidentes s'expriment également moins sur les aspects négatifs du lieu dans lequel ils vivent, ce que l'on peut mettre en rapport avec le fait que, de manière générale, ils donnent moins leur avis que leurs conjoints. Ils apparaissent en effet comme plus inhibés et passifs.
- Enfin, d'autres aspects ont peut-être plus d'importance pour les résidents et résidentes que les caractéristiques physiques du lieu dans lequel ils vivent.

## II.1.2 Vécu du rapport à l'EMS

Au-delà des descriptions de l'établissement et de ses alentours, nous nous intéressons ici à la manière dont l'EMS est investi par nos interviewés.

Six conjoints vivant à domicile perçoivent l'EMS comme un lieu auquel ils peuvent déléguer leurs tâches d'aidant et la responsabilité de leur conjoint malade. C'est par ailleurs souvent l'une des

raisons qu'ils évoquent pour justifier la décision de l'hébergement. En effet, Madame Lévy et Madame Perroud se disent soulagées de ne plus avoir à effectuer des tâches d'aidante. La première ajoute d'ailleurs que cela lui permet de n'avoir « plus que le positif » dans les moments passés avec son mari, car elle n'a plus à effectuer les tâches ingrates d'« infirmière » comme lorsque ce dernier vivait encore à la maison. Quant à Monsieur Emery, il estime que les soins dont a besoin son épouse auraient été trop lourds pour lui. De manière comparable, Monsieur Kaufman nous fait comprendre, en commentant les extraits vidéo, que c'est difficile de s'occuper d'un conjoint malade à domicile et qu'il est plus « tranquille » depuis que sa femme vit en EMS. Enfin, Madame Rochat, Madame Aubort et Madame Perroud sont soulagées d'avoir pu déléguer la responsabilité de leur conjoint malade à l'EMS, les deux premières en raison des problèmes d'alcool de leur mari, la dernière car elle craignait qu'il lui arrive quelque chose de grave lorsqu'elle s'absentait de leur domicile. Madame Aubort perçoit même l'EMS comme un cadre contenant, qui protège son mari contre le mal qu'il pourrait se faire à lui-même s'il se remettait à boire.

Le fait de pouvoir déléguer à l'EMS les tâches et responsabilités vis-à-vis de leur conjoint malade permet à cinq conjoints vivant à domicile d'avoir plus de liberté. Ainsi, Madame Aubort, Madame Lévy, Madame Perroud et Madame Rochat se sentent plus libres de sortir et de se consacrer à des occupations qui leur font du bien (rencontrer des amis ou des connaissances, promenades, activités). Quant à Monsieur Kaufman, nous avons vu qu'il se sent plus tranquille depuis que sa femme vit en EMS. Enfin, Madame Aubort et Madame Rochat, dont les relations conjugales sont très conflictuelles, apprécient d'avoir maintenant leur propre espace, voire même d'avoir la « paix », pour la seconde. Elles mettent l'accent sur leur meilleure qualité de vie depuis la transition.

Trois conjoints vivant dans la communauté perçoivent l'EMS comme un lieu où ils peuvent passer de bons moments avec leur conjoint hébergé. Ainsi, Monsieur Savoy et Madame Lévy apprécient de partager un repas ou de boire un verre en compagnie de leur conjoint. La seconde ajoute qu'elle et son mari peuvent prendre le temps d'être ensemble puisque personne ne les bouscule. Quant à Madame Perroud, elle explique qu'elle et son mari passent parfois un si bon moment ensemble qu'ils en finissent par oublier qu'ils se trouvent dans une chambre d'EMS. Le cadre peut donc même disparaître au profit du moment partagé.

Plus rare, deux conjoints vivant à domicile perçoivent l'EMS comme un lieu permettant une ouverture de leur couple sur l'extérieur. Ainsi, Madame Lévy apprécie les contacts sociaux permis par l'EMS, car ils lui permettent d'être en contact avec d'autres tout en passant de bons moments avec son mari. Elle semble soulagée de ne plus fonctionner en circuit fermé avec son mari, comme c'était le cas lorsqu'elle s'occupait encore de lui à la maison. Cela explique peut-être aussi qu'elle ne soit pas dérangée par le fait que son mari vive dans une chambre partagée. Le cadre de l'EMS permet d'éviter la symbiose avec son mari, synonyme d'inquiétude pour elle (il semble, quant à lui, la rechercher). Quant à Monsieur Kaufman, qui prévoit de rejoindre sa femme en EMS, mais pas dans la même chambre, il semble attendre de l'établissement qu'il lui permette de vivre avec cette dernière sans pour autant qu'ils soient trop proches. De même, il apprécie les contacts sociaux suscités par l'EMS, ce qui permet l'ouverture du couple sur l'extérieur. Par exemple, à propos des animations organisées par l'EMS, il tient à nous préciser qu'elles ne sont pas seulement pour les couples, mais pour « tout le monde ».

Deux conjoints vivant à domicile perçoivent l'EMS comme un cadre protecteur pour leur conjoint malade. Nous avons déjà évoqué Madame Aubort, pour qui l'EMS protège son mari du mal qu'il pourrait se faire en recommençant à boire de l'alcool. De même, Monsieur Savoy voit l'établissement comme un abri pour sa femme lorsqu'il affirme :

« S'il m'arrivait quelque chose [...], elle resterait dans l'EMS » (M. Savoy, interview individuelle).

Enfin, deux conjoints de résidentes nous ont fait part de vécus négatifs vis-à-vis des EMS dans lesquels vivent leurs épouses. Monsieur Kaufman perçoit l'EMS où vit son épouse comme un mouvoir, associé au déclin de la santé et des capacités, où les personnes âgées malades tombent et se blessent, pour finalement disparaître. Il est intéressant de constater que pour lui, cette perception coexiste avec des perceptions plus positives, comme le fait que l'EMS permette l'ouverture de son couple sur l'extérieur. Quant à Monsieur Emery, il perçoit l'EMS comme une prison, où les soignants les surveillent lorsqu'ils sont ensemble et où aucune intimité n'est possible (cf. *infra*, III.3, Intimité). C'est à ses yeux un cadre qui les empêche de vivre leur vie de couple, où la promiscuité avec les autres est forcée. De plus, il perçoit les soignants comme malveillants et les accuse de droguer son épouse (cf. *infra*, II.2, Relation avec les soignants).

Si la plupart des conjoints vivant à domicile perçoivent l'établissement de manière plutôt positive, la tendance est inversée chez les résidents et résidentes. En effet, quatre d'entre eux le considèrent comme un cadre contraignant, où ils sont forcés de rester et d'être séparés de leur époux ou épouse. C'est le cas de Monsieur Aubort, de Madame Emery, de Monsieur Lévy (qui a envie de « foutre le camp ») et de Monsieur Perroud (qui se sent « ficelé ici »). Nous observons ici une différence intéressante entre les genres : ce sont les hommes qui souffrent majoritairement de se sentir contraints par l'EMS (la seule exception est Monsieur Rochat, qui lui se sent plus libre depuis qu'il a quitté le domicile conjugal). Les femmes auraient par contre plus tendance à s'adapter et à percevoir des aspects plus positifs de leur lieu de vie.

Ainsi, Madame Kaufman et Madame Savoy perçoivent avant tout l'EMS comme un cadre sécurisant. La première dit qu'elle est rassurée du fait que son mari, qui devient fragile, va venir y vivre également. Quant à la seconde, même si elle se plaint du fait que les soignants ne lui laissent pas suffisamment faire les choses par elle-même (par exemple, porter son sac de commissions), elle apprécie la stabilité permise par la vie en EMS. De même, Monsieur Aubort perçoit l'EMS comme un cadre sécurisant, même s'il le dit par rapport à son épouse et aux problèmes qu'elle pourrait avoir à vivre par la suite (rappelons qu'il est dans le déni de ses propres problèmes). En effet, il dit souhaiter qu'elle vienne le rejoindre en EMS le jour où elle aura des difficultés à vivre seule à domicile.

Aux yeux de trois résidents, l'EMS est perçu comme un lieu où ils peuvent passer des moments agréables en couple. C'est le cas de Madame Savoy, malgré le fait qu'elle pense que cela ne remplacera jamais le domicile conjugal. Elle décrit par contre les moments conviviaux qu'elle passe avec son mari autour d'un bon repas. Quant à Monsieur Aubort et Monsieur Lévy, le fait qu'ils souhaiteraient vivre avec leur épouse dans l'EMS montrent qu'ils le considèrent comme un lieu où ils seraient suffisamment bien ensemble.

D'autres manières de percevoir l'établissement dans lequel ils vivent apparaissent de manière plus rare dans le discours des résidents et résidentes. Ainsi, lorsque Monsieur Rochat parle de son EMS, il semble décrire un lieu de villégiature : il s'y sent libre, heureux et y est bien servi. C'est en outre un lieu où il se sent accepté tel qu'il est. Quant à Monsieur Aubort, il dit qu'il s'y sent bien entouré et qu'il apprécie les activités proposées, même s'il regrette que l'EMS le sépare de son épouse. Il y voit aussi un lieu permettant d'éviter de devenir un fardeau pour ses proches. Par contre, de manière moins positive, Monsieur Lévy se sent mis au rebut dans l'EMS, par son épouse. Enfin, Madame Kaufman est sensible au cumul des morts dans l'établissement :

« Cet hiver, y avait plusieurs femmes qui sont décédées. Mais tout de suite y a quelqu'un [qui est hébergé dans leur chambre] » (Mme Kaufman, interview individuelle).

Le tableau récapitulatif suivant montre de quelle manière l'établissement est investi par les interviewés :

	RES	CONJ
Aubort	Cadre contraignant, séparant du CONJ Cadre sécurisant Lieu où passer de bons moments avec le CONJ Lieu permettant d'être entouré Lieu permettant de ne pas devenir un fardeau	Lieu vers lequel déléguer la responsabilité du RES Cadre protecteur pour le RES
Emery	Cadre contraignant, séparant du CONJ	Lieu vers lequel déléguer la responsabilité du RES Prison
Kaufman	Cadre sécurisant Mouroir	Lieu vers lequel déléguer la responsabilité du RES Lieu permettant une ouverture du couple sur l'extérieur Mouroir
Lévy	Cadre contraignant, séparant du CONJ Lieu où passer de bons moments avec le CONJ Rebut	Lieu vers lequel déléguer la responsabilité du RES Lieu où passer de bons moments avec le RES Lieu permettant une ouverture du couple sur l'extérieur
Perroud	Cadre contraignant, séparant du CONJ	Lieu vers lequel déléguer la responsabilité du RES Lieu où passer de bons moments avec le RES
Rochat	Lieu de villégiature	Lieu vers lequel déléguer la responsabilité du RES
Savoy	Cadre sécurisant Lieu où passer de bons moments avec le CONJ	Lieu où passer de bons moments avec le RES Cadre protecteur pour le RES

### II.1.3 Vécu des charges administratives et financières

Les frais et tâches administratives relatives à l'hébergement du conjoint en EMS apparaissent comme une préoccupation majeure des conjoints vivant dans la communauté. Chacun d'eux nous en a spontanément parlé, alors que nous ne les avons pas directement questionnés sur ce sujet. Dans au moins six cas sur sept, c'est le conjoint vivant à domicile qui s'occupe de payer les factures et d'effectuer les tâches administratives liées à l'hébergement. Dans le septième cas, celui de Madame Perroud, c'est vraisemblablement aussi elle qui s'en occupe, car son mari aurait bien des difficultés à le faire en raison de sa maladie de Parkinson.

La situation est la même pour les six autres résidents : en raison de leurs problèmes de santé ou handicaps, aucun d'entre eux ne peut effectuer ces tâches. En effet, les troubles cognitifs, de motricité fine et de vue sont des entraves pour s'occuper des paiements et de l'administration. Pour cette raison, la situation de trois couples au moins a connu un tournant. En effet, avant qu'il n'ait ces difficultés, c'est le conjoint hébergé qui effectuait les paiements :

- 1) Ainsi, il y a peu de temps encore, c'est Monsieur Aubort qui s'occupait des paiements, alors même qu'il vivait déjà en EMS. Mais il se plaint maintenant de ne plus voir assez. C'est donc Madame qui s'occupe désormais de cette tâche.
- 2) Monsieur Rochat s'est toujours occupé des finances du ménage. Mais depuis qu'il a eu un AVC, 8 ans et demi plus tôt, c'est sa femme qui a pris le relais. Elle a dû rétablir leur situation financière, car son mari était très dépensier, et n'avait fait aucune économie.

- 3) Madame Savoy s'est longtemps occupée de faire les paiements, même après son AVC. Mais un jour, son mari s'est aperçu qu'elle déchirait au mauvais endroit les bulletins de versement. Il s'est dès lors occupé des paiements.

Pour deux conjoints vivant dans la communauté, le fait de devoir s'occuper des paiements et des tâches administratives représente un poids. C'est le cas de Madame Aubort, qui se plaint de devoir « porter » son mari en gérant ses affaires. Le contraste avec le discours de celui-ci est d'ailleurs saisissant, puisqu'il nous dit que financièrement, ils n'ont « aucun problème ». Ainsi, il ne se préoccupe que de leur bon niveau socio-économique et ne voit pas que cette tâche représente une charge pour son épouse. Quant à Monsieur Emery, il rencontre également des difficultés, surtout du point de vue administratif :

« Maintenant il me faut faire les paiements [...] pour le home, là. C'est assez difficile [...] pour avoir tous les papiers [...] » (M. Emery, interview individuelle).

Cependant, au-delà de la charge que représentent ces tâches pour les conjoints vivant à domicile, certains éprouvent de l'inquiétude quant aux finances, en raison du prix élevé de l'hébergement de leur conjoint malade. Ainsi, Monsieur Emery et (surtout) Monsieur Kaufman se plaignent du fait que l'hébergement de leur épouse va leur faire perdre leurs économies de toute une vie. Quant à Madame Lévy, dont le mari a été hébergé récemment, elle s'inquiète de la tournure que vont prendre les événements sur le plan financier.

Par contre, si Monsieur Savoy mentionne le fait que leurs économies vont partir dans les frais liés à l'EMS, il ne s'en plaint pas, mais se félicite plutôt d'avoir bien économisé. Enfin, Madame Rochat et Madame Perroud ne parlent pas des aspects financiers liés au séjour en EMS de leur mari, peut-être parce qu'elles ne s'en préoccupent pas.

Chez les résidents, les aspects financiers de l'hébergement n'apparaissent en revanche que deux fois. Ainsi, Monsieur Perroud, lors de l'interview du couple, mentionne en commentant l'extrait ENSEMBLE que le fait pour un couple de pouvoir choisir de vivre ensemble ou non en EMS dépend des ressources financières ; quant à Madame Savoy, elle mentionne le fait que son séjour en EMS est « assez coûteux ». Elle regrette que son époux et elle n'aient pas pu profiter de leurs économies avant son hébergement.

#### II.1.4 Vécu des activités et de l'emploi du temps

De manière générale, les interviewés participent peu aux activités proposées par l'EMS. Seuls un résident et un conjoint vivant à domicile semblent en tirer profit. Ainsi, Monsieur Aubort dit que ce sont les activités offertes par l'EMS, notamment celles à caractère religieux, qui le consolent du fait de devoir vivre séparé de son épouse. Quant à Monsieur Kaufman, il apprécie les animations proposées par l'EMS :

« Quelquefois le dimanche il y a des gâteaux [...]. Des fois y a des enfants qui viennent [...]. Ou bien une fois c'est une fanfare qui est venue... Non pour ça y a une animation ici [...]. Ils font des photos, c'est bien » (M. Kaufman, interview individuelle).

Quant aux autres interviewés, ils semblent ne pas participer aux activités proposées par l'EMS. En effet, la plupart préfèrent les activités à l'extérieur de l'EMS ou simplement le fait de passer du temps en couple (ou en couple et avec d'autres personnes, pour Madame Lévy). Ce constat nous conduit à nuancer la proposition de Stadnyk (2006), selon laquelle l'établissement devrait favoriser le partage d'activités au sein du couple, contribution importante au bien-être du résident ou de la résidente. En effet, nous constatons que pour la majorité des couples (Aubort, Lévy, Perroud et

Savoy), il est plus important de passer simplement du temps à deux que de forcément participer à des activités, qu'elles soient ou non proposées par l'EMS.

Il reste toutefois que certains interviewés s'ennuient. Il s'agit notamment de Monsieur et Madame Emery : en effet, Madame ne peut pas profiter des activités proposées, car elles ne correspondent pas à ses capacités et besoins :

Monsieur : ici ils ont [...] des lectures, ou alors des films... alors ça ne l'intéresse pas parce [qu']elle a plus la mémoire [...].

Madame : j'ai rien, j'ai plus rien (M. et Mme Emery, interview de couple).

Heureusement, dans les quatre autres EMS où nous avons fait des interviews, les activités proposées ont l'air mieux choisies et adaptées aux besoins des résidents et de leurs conjoints, du moins pour les interviewés qui en ont parlé. Notons que les EMS ne sont pas tous égaux en termes de moyens financiers pour mettre en place des activités ou d'autres mesures susceptibles de faciliter le bien-être des résidents et de leurs proches. Leur taille joue notamment un rôle dans les subventions qu'ils obtiennent de l'Etat.

Quant aux routines imposées par la vie en EMS, elles ont aussi un impact sur l'emploi du temps des couples. Elles sont souvent mentionnées dans la littérature comme entravant la liberté des couples de passer du temps ensemble (Parker, 2006 ; Rosenkoetter, 1996 ; Schmidt, 1987 ; McCarney, Izeman, Rogers & Cohen, 1987). Cependant, seule une interviewée, Madame Emery, nous en a parlé, ce qui nous a surpris. Peut-être que les EMS de Suisse romande, ou du moins quatre des cinq EMS dans lesquels nous avons effectué des interviews, sont moins rigides dans la mise en place de routines que les établissements des pays anglo-saxons.

Les propos de Madame Emery, qui énumère à plusieurs reprises son emploi du temps uniquement en termes de routines, distillent un sentiment d'ennui. Les routines sont en effet les seuls repères dans un temps perçu comme particulièrement vide :

« A six heures [...] on a soupé, on va [...] au lit [...]. A huit heures et quart ils viennent nous lever, on va déjeuner [...], après on va s'asseoir [...] et [...] à dix heures et demi ils viennent [...] nous parler un petit peu [...]. On vient là, et après [...] à onze heures et demie on va dîner, on va s'asseoir ici, pis on fait rien d'autre [...]. On fait rien » (Mme Emery, interview individuelle).

Si les autres interviewés s'expriment moins au sujet des routines, c'est peut-être aussi car d'autres aspects remplissent le temps, c'est-à-dire des moments ou des activités qui ont de l'intérêt pour le résident et son conjoint. Il est également possible qu'il y ait une soumission aux routines, qu'elles sont si intériorisées que les interviewés n'y pensent même plus.

## II.1.5 Conclusions

Ce chapitre sur le vécu du cadre offert par l'EMS et ses alentours montre la grande diversité des perceptions des interviewés. En termes de propositions aux établissements, il nous paraît donc essentiel d'aller au-delà des « il faudrait », répertoriés dans certains articles (Sandberg, Lundh & Nolan, 2000 ; Gladstone, 1995a ; Ross, Rosenthal & Dawson, 1997b). En effet, des aspects de l'hébergement peuvent déranger les uns tout en répondant à un besoin chez les autres. Même le fait que les chambres soient partagées entre deux résidents de même sexe ne pose pas toujours problème, voire peut-être même, dans certains cas, rassure les personnes craignant une trop grande symbiose avec leur conjoint ou conjointe. L'important est donc de se préoccuper du vécu des couples et de procéder à des aménagements lorsque c'est possible.

Par rapport au vécu des charges financières et administratives, certaines ressources devraient être proposées pour venir en aide aux résidents et à leur conjoint vivant dans la communauté. Ainsi, il serait utile que les EMS orientent les couples se sentant dépassés par ces tâches vers le service des curatelles du canton ou vers le service social de Pro Senectute.

Enfin, du point de vue de l'offre d'activités, il est important qu'elle s'adresse non seulement aux résidents et résidentes, mais aussi à leur conjoint. En effet, les activités en couple permettent de nourrir la relation conjugale (Martin, Baldwin & Bean, 2008). En outre, cette offre devrait être diversifiée, en n'offrant pas uniquement des activités « intellectuelles » comme la lecture, mais aussi des activités manuelles et créatrices, afin que les résidents et résidentes aient d'avantage de choix pouvant correspondre à leurs capacités ou besoins. De même, les sorties peuvent être une excellente alternative : ainsi, l'un des EMS où nous avons réalisé des interviews organise chaque année une soirée au festival Paléo pour les résidents intéressés. Mais bien entendu, il ne s'agit pas uniquement de proposer un large éventail d'activités pour éradiquer l'ennui des établissements. Cela dépend également de l'intérêt que peuvent y trouver les résidents (et leur conjoint le cas échéant).

## II.2 Relations avec les soignants

Les relations entre les couples âgés dont l'un des conjoints est hébergé et les soignants sont abordées dans la littérature idoine. Les soignants font en effet partie intégrante du contexte de l'institution, dans lequel se manifestent les problématiques liées au couple. Ne prendre en considération que la relation de couple sans s'intéresser aux relations avec le contexte dans laquelle elle s'inscrit serait réducteur.

De manière générale, les auteurs insistent sur le fait que les soignants ne se préoccupent pas suffisamment du conjoint qui vit à domicile. Il faudrait selon eux lui accorder plus de place, premièrement en le considérant comme un client à part entière de l'institution, et deuxièmement en tant que partenaire dans les soins à son conjoint hébergé :

- 1) Ainsi, le conjoint vivant dans la communauté devrait être considéré comme un client par les soignants, car les changements et la nécessité de s'adapter sont aussi importants pour lui que pour son conjoint hébergé (Ade-Ridder & Kaplan, 1993). Son vécu de la transition devrait donc lui aussi être pris en compte (Kramer, 2000 ; Gladstone, 1995a). Enfin, pour Lundh, Sandberg et Nolan (2000), les difficultés rencontrées par les conjoints vivant à domicile aux différentes étapes de la transition seraient non seulement méconnues des soignants, mais certaines attitudes de ces derniers pourraient les exacerber.
- 2) Quant à l'importance de considérer le conjoint vivant dans la communauté comme un partenaire dans les soins, ces mêmes auteurs (Lundh, Sandberg & Nolan, 2000) insistent sur le fait que la présence du conjoint et son implication dans les soins favorisent le bien-être du résident. De même, le conjoint vivant dans la communauté a une expertise particulière dans les soins à son conjoint malade. En effet, l'hébergement survient souvent après plusieurs années lors desquelles l'un des conjoints s'est occupé de l'autre à la maison. Or, cette expertise ne serait souvent pas prise en considération par les soignants. D'autres auteurs insistent sur l'importance de laisser au conjoint le choix de son implication dans les soins (Ade-Ridder & Kaplan, 1993). A ce propos, Vézina et Pelletier (2004) notent qu'il est généralement difficile pour les conjoints vivant à domicile de déléguer l'aide aux soignants, car ils considèrent souvent que leur implication dans les soins relève du devoir et d'une responsabilité exclusive. Il arrive d'ailleurs qu'il y ait un conflit de rôle entre le conjoint vivant à domicile et les soignants (Rosenkoetter, 1996 ; Gladstone, 1995 ; Vézina & Pelletier, 2004). En effet, le premier peut avoir l'impression que son rôle d'aidant est menacé, en raison de l'hébergement de son conjoint, d'autant plus si celui-ci survient après de longues années d'aide informelle à domicile. Ce type de conflit peut aussi survenir lorsque conjoint et soignants ont une toute autre idée de ce dont le résident a besoin. Dans ces cas, les visites du conjoint vivant à domicile engendrent des tensions.

La littérature insiste aussi sur le fait que les soignants devraient favoriser la continuité dans la relation de couple, ce qui implique de tenir compte de la spécificité du lien (Schmidt, 1987 ; Gladstone, 1992). En effet, les attentes et besoins du résident en couple – et, ajoutons-nous, de son conjoint – peuvent être très différents de ceux des autres résidents (Gladstone, 1995a). A ce propos, les soignants devraient notamment tenir compte des besoins particuliers des couples au niveau de l'intimité et de la sexualité (Rosenkoetter, 1996 ; Gladstone, 1992 & 1995a). Souvent d'ailleurs, l'expression de la sexualité chez les résidents (que ceux-ci soient en couple ou non) les mettrait mal à l'aise (Dionne & Dupras, 2007 ; Parker, 2006 ; Davies, Zeiss, Shea & Tinklenberg, 1998).

En raison de cette importance cruciale des relations du couple avec les soignants, nous avons demandé à chaque interviewé de nous décrire ses relations avec les soignants de l'EMS. Notons en préambule que certains d'entre eux ne se sont pas limités à nous parler des soignants, mais nous ont

aussi dit ce qu'ils pensaient du directeur ou d'autres professionnels. Enfin, d'autres nous ont également parlé de leurs relations avec des médecins, qu'ils soient rattachés à l'EMS ou non.

Notre analyse a mis en évidence cinq thématiques particulièrement importantes, sur lesquelles nous allons nous arrêter :

- 1) Les maladresses des soignants,
- 2) L'agressivité des interviewés envers les soignants,
- 3) Les phénomènes de coalition dans les relations entre le résident, le conjoint vivant à domicile et les soignants,
- 4) La minimisation du négatif dans le discours des interviewés,
- 5) Et enfin, les liens positifs existant entre interviewés et soignants.

### II.2.1 Maladresses des soignants

Plusieurs interviewés (trois résidents et trois conjoints à domicile) ont témoigné de quatre maladresses commises par les soignants. Il s'agit :

- du fait d'entrer dans la chambre sans en attendre la permission,
- des incohérences dans l'accompagnement, découlant du roulement de personnel,
- de la limitation des libertés des résidents, au nom de la sécurité,
- des conseils donnés par des soignants qui semblent ne pas se demander quels sont les besoins de la personne ou du couple.

Ainsi, le fait d'entrer subitement dans la chambre, sans en attendre la permission, a été mentionné par deux résidents, Monsieur Aubort et Monsieur Perroud. Nous avons été surprise qu'il ne soit pas mentionné plus souvent, car il s'agit là d'un constat fréquemment fait dans la littérature (Gladstone, 1995a ; Kaplan, 1996 ; Descharne, 1995). De plus, si ces deux résidents en parlent lors des interviews, ils le font sans se plaindre (cf. *infra*, III.3, Intimité), ce qui témoigne certainement d'une volonté d'éviter les conflits de leur part (cette remarque est d'ailleurs aussi valable pour ceux qui n'en parlent pas du tout).

Nous-même, en tant qu'intervieweuse, avons pu constater que certains soignants entrent dans la chambre du résident sans en attendre la permission. En effet, cette situation désagréable s'est produite lors des interviews, en particulier lors de celles qui ont eu lieu dans la chambre de Monsieur Perroud (une interruption lors de son interview individuelle, trois lors de celle du couple), alors que nous avons demandé à ne pas être dérangés. Cependant, bien au-delà du fait que nous ayons été interrompue dans notre travail, c'est l'attitude générale des soignants à l'égard des résidents et de leurs visites qui est en cause.

Deux conjoints vivant à domicile se plaignent des problèmes causés par la rotation du personnel. Il s'agit de Monsieur Kaufman et Madame Perroud. Le premier soulève que ce roulement provoque une imprévisibilité dans les soins : en effet, c'est chaque fois une autre personne qui aide son épouse à se doucher. Pour la seconde, ce roulement est couplé avec une mauvaise communication entre les aides-soignants :

« [...] c'est normal qu'il y ait un roulement de personnel, [mais] on n'a pas toujours la même personne en face à qui on a dit une chose qui se fait pas, alors on retourne, pis c'est l'autre 'ah mais j'ai pas vu, j'ai pas su', c'est ça [...] qui laisse un peu à désirer » (Mme Perroud, interview individuelle).

Cependant, ces problèmes ne sont pas mentionnés par les résidents et résidentes, alors qu'ils sont eux-mêmes directement concernés par les soins et par les possibles incohérences dans leur

accompagnement. Est-ce dû là aussi à une tendance des résidents à s'adapter et à rester passifs ? Mais il est également possible que les conjoints soient plus amenés à s'en plaindre car ils sont des interlocuteurs des soignants, dans la recherche du bien-être des résidents.

Plusieurs interviewés – deux résidents et un conjoint vivant dans la communauté – se plaignent du fait que les soignants limitent les libertés des résidents :

- 1) Au début de son hébergement, Monsieur Perroud souffrait de ne pas pouvoir sortir sans prévenir les soignants. Il a « râlé » et est parvenu à obtenir un peu plus de liberté.
- 2) De manière implicite, Madame Savoy se plaint que les soignants ne la laissent pas assez faire les choses par elle-même (porter seule son sac de commissions).
- 3) Monsieur Emery reproche aux soignants de droguer les résidents, en particulier son épouse, pour qu'ils se tiennent tranquilles.

Enfin, il arrive que des soignants donnent des conseils sans chercher auparavant à savoir quels sont les véritables besoins de la personne ou du couple. Madame Perroud en témoigne :

« [...] tout au début, le médecin m'avait demandé [...] si je venais etc. Pis j'ai dit ben oui, j'amène le journal le matin, l'après-midi... et il m'avait dit [...] 'c'est pas nécessaire de venir tous les jours'. Ça m'avait un peu choquée [...]. Mais il voulait peut-être me protéger au fait [...] il pensait peut-être que c'était une obligation, alors que pour moi c'était pas du tout une obligation. C'était... le plaisir de lui apporter le journal, de savoir comment il avait passé la nuit et tout » (Mme Perroud, interview de couple).

Le fait pour les soignants de ne pas être suffisamment à l'écoute des besoins des personnes ou des couples peut avoir un effet délétère sur leur adaptation à la transition. Ainsi, pour Ade-Ridder et Kaplan (1993), il est notamment essentiel de permettre aux épouses vivant dans la communauté de déterminer leur implication auprès de leur mari hébergé<sup>20</sup>.

Remarquons que ces témoignages à propos des maladroises des soignants ne sont le fait que de six interviewés (trois résidents et trois conjoints vivant dans la communauté, les hommes étant plus nombreux que les femmes à émettre des critiques). Mais qu'en pensent les huit autres ? Ont-ils eu des réticences à nous dire ce qu'ils ont à reprocher aux soignants ? Peut-on invoquer, comme explications, un biais de désirabilité sociale, ou alors une tendance à rester passifs et à toujours s'adapter ? Il est également possible que nous n'ayons pas toujours été perçue comme une professionnelle extérieure à l'EMS, malgré le fait que nous nous soyons présentée comme telle, surtout par certains résidents qui nous ont paru assez confus (Madame Emery, Monsieur Lévy et Monsieur Rochat). Cette situation a pu engendrer chez eux une certaine méfiance.

## II.2.2 Agressivité envers les soignants

Au-delà des reproches concernant certaines maladroises, les relations entre nos interviewés et les soignants sont parfois difficiles. Ainsi, l'agressivité envers les soignants apparaît régulièrement dans les propos recueillis, même si c'est, la plupart du temps, de manière discrète. Ainsi, cette agressivité semble rester essentiellement latente, ou étouffée. D'après les propos recueillis, nous déduisons qu'elle n'est le plus souvent pas exprimée directement dans les échanges avec les soignants.

---

<sup>20</sup> « Laisser l'épouse vivant dans la communauté décider du rôle qu'elle veut jouer auprès de son mari lui permet de définir sa relation de couple de manière à satisfaire ses propres besoins lors de cette période transitoire » (notre traduction ; Ade-Ridder & Kaplan, 1993, p. 21).

L'agressivité vis-à-vis des soignants apparaît dans les discours de cinq interviewés, qui sont exclusivement des hommes. Deux d'entre eux sont des résidents et les trois autres sont des conjoints vivant à domicile.

### 1) M. Aubort (RES) :

De l'agressivité envers les soignants apparaît à plusieurs reprises dans les propos de Monsieur Aubort. Même si elle n'est pas exprimée de manière directe, elle n'en est pas moins bien réelle :

« Avec le personnel tout va bien, y a pas de problème, c'est très bien. Le toubib fait sa visite, il arrive accompagné d'une infirmière, il entrouvre la porte, il dit à peine bonjour, il referme pis il s'en va. Alors moi ça me convient parfaitement bien ! (rires) » (M. Aubort, interview individuelle).

Les propos de son épouse confirment son agressivité latente : si les soignants le perçoivent comme quelqu'un de « gentil », il est par contre très méprisant lorsqu'il parle d'eux avec elle. Dans l'extrait qui suit, Madame raconte une dispute liée au fait que son mari, souffrant de problèmes de prostate, refuse de s'asseoir pour uriner :

« [...] je lui disais 'mais ces dames à [l'EMS] tu trouves que c'est normal [...] qu'elles sont obligées de nettoyer ton pipi ? [...]', 'Ah ! Elles ont choisi ce métier elles ont rien qu'à assumer !' [...] » (Mme Aubort, interview individuelle).

Relevons toutefois que Madame se montre elle aussi méprisante à l'égard de son mari. La réponse de celui-ci, telle qu'elle nous la rapporte, est à interpréter dans ce contexte. Quant au fait pour Monsieur de souiller la salle de bain lorsqu'il va aux toilettes, c'est peut-être une manière d'exprimer son agressivité.

Par ailleurs, toujours selon le témoignage de son épouse, une autre manière dont transparaît l'agressivité de Monsieur Aubort vis-à-vis des soignants, c'est qu'il les rend responsables de ses propres agissements :

« [...] ici y a eu [...] des problèmes. À un moment donné, il est allé retirer 1000 francs à la poste, et puis [...] il est allé au magasin pour s'acheter sa came [...]. Il cachait son litre de vin derrière son lit. Et il disait que c'était le personnel qui avait mis là [...], pour lui faire une attrape » (Mme Aubort, interview individuelle).

Le témoignage de Madame Aubort soulève plusieurs questions. D'où viennent ces comportements agressifs de son mari ? Sont-ils de l'ordre de la projection ? Agit-il ainsi car il se sent lui-même agressé par les soignants ? Ou alors, est-ce dû à son déni de ses problèmes d'alcool ? Quoi qu'il en soit, avec tous ces exemples, Madame nous montre qu'elle est indignée par le comportement de son mari vis-à-vis des soignants. Nous y reviendrons à propos des phénomènes de coalition (cf. *infra*, II.2.3).

### 2) M. Perroud (RES) :

Certains propos de Monsieur Perroud montrent la présence d'une agressivité latente envers les soignantes. En effet, s'il ne leur dit pas qu'elles l'énervent, ses propos témoignent de son mépris envers certaines d'entre elles :

« Comment se passent vos contacts avec les soignants ? Ça va. Y en a une ou deux qui m'énervent... alors je la ferme [...]. Pis je leur donne des surnoms [...], pas devant elles, mais quand je parle avec ma femme,

quand je parle de la girafe, elle sait que c'est la dirigeante [...]. Ou l'hippopotame [...] c'est une autre [...] » (M. Perroud, interview individuelle).

Monsieur : (*à son épouse, qui affirme qu'il voit peu les soignants*) mais j'écoute ce qu'ils disent.

Madame : (*éclate de rires et tape dans ses mains*) ah c'est pas [vrai], tu écoutes ce qui se passe dans le corridor ?

Monsieur : oui oui [...]. C'est des discussions tellement bêtes... (M. et Mme Perroud, interview de couple).

Son agressivité semble, au moins pour une part, prendre son origine dans ce qu'il vit comme des entraves à sa liberté. Peut-être se sent-il persécuté par les limites imposées par les soignants. Toujours est-il que, comme nous l'avons vu plus haut, il s'est battu pour obtenir plus de liberté, ce qui témoigne d'une agressivité parfois plus manifeste :

« Quand on sort, il faut s'annoncer [...]. Au début je râlais... j'étais pas d'accord. Pis pour finir, j'ai eu le dessus [...]. Je sors, donc je prends le rotator, je vais au bout du couloir, y a une terrasse aménagée, y a une personne » (M. Perroud, interview individuelle).

### 3) M. Emery (CONJ) :

Monsieur Emery est très en colère contre les soignants, ce qui apparaît massivement dans les interviews. Ses propos montrent que son agressivité envers eux est manifeste : il l'a exprimée en situation, en luttant pour défendre les intérêts de sa femme. Ainsi :

« J'avais rouspété pour qu'ils la changent de chambre, ils venaient cinq six fois par nuit pour [...] changer [l'autre résidente]. Alors elle dormait pas avec ça, hein [...] » (M. Emery, interview individuelle).

Sa colère s'exprime par des accusations envers les médecins, qu'il juge négligents (voire même malveillants, cf. *infra*, II.2.3, Phénomènes de coalition) :

« (*A propos du médecin de son épouse*) il ne vient jamais [...]. L'autre jour j'ai dû lui téléphoner, elle avait mal derrière la nuque [...], trois fois déjà j'ai téléphoné, il est jamais venu. Ça [...] c'est pas normal, hein » (M. Emery, interview de couple).

En outre, Monsieur Emery reproche aux soignants de les surveiller lorsqu'il vient rendre visite à son épouse (cf. *infra*, III.3, Intimité).

Au-delà du fait que ces accusations puissent être fondées ou non (les soignants étant susceptibles de commettre des erreurs ou des négligences), l'agressivité bruyante et envahissante de Monsieur Emery pourrait avoir comme racine des idées de persécution (cf. *supra*, 3, Description des sept situations) et sa déception liée au fait que son épouse n'ait pas pu rentrer à la maison après un bref séjour en EMS, comme c'était initialement prévu. De même, son agressivité pourrait provenir de son sentiment de culpabilité, pour n'avoir pas pu ou voulu continuer de prendre soin d'elle à domicile<sup>21</sup>. Enfin, elle peut aussi provenir de ses difficultés à accepter l'état de santé désormais extrêmement précaire de sa femme, puisque c'est un élément qui revient sans cesse dans son discours.

Fait intéressant, Monsieur Emery paraissait plus en colère contre les soignants lors de l'interview du couple que lors de son interview individuelle. Était-ce pour lui une manière de montrer à son épouse à quel point il se préoccupe d'elle ? Sa colère prend d'ailleurs tellement de place dans l'interview de couple qu'elle déborde même sur sa manière d'être envers nous. En effet, la bonne alliance qui

---

<sup>21</sup> « La colère dirigée contre les soignants par le conjoint vivant dans la communauté peut être liée à ses propres sentiments de culpabilité pour avoir placé son conjoint dans une institution » (notre traduction ; Gladstone, 1995a, p. 494).

s'était établie entre nous lors de son interview individuelle est moins présente dans l'interview du couple : Monsieur nous met en échec en répondant par « oui mais... » à chacune de nos suggestions.

#### 4) M. Savoy (CONJ) :

L'agressivité de Monsieur Savoy envers les soignants s'exprime notamment au travers de propos racistes :

« (A propos des soignants) y en a qui sont plus difficiles à supporter que d'autres [...]. Y en a qui sont un peu... des Noirs, par exemple. Moi je suis pas raciste, mais euh... je trouve qu'y en a un peu trop » (M. Savoy, interview individuelle).

Et plus loin dans l'interview :

« Vous ne vous entendez pas toujours avec les soignants qui sont noirs ? Ben disons non, on peut pas dire, mais on se supporte, parce que je me dis, c'est nous qui payons, là. C'est pas les Noirs. Eux ils touchent un salaire. Je sais pas s'ils sont... ils doivent moins les payer que les autres... » (M. Savoy, interview individuelle).

Ces propos témoignent d'une attitude méprisante envers les aides-soignants de couleur. L'interviewé s'estime dans son bon droit sous prétexte que lui et sa femme financent l'hébergement de cette dernière par leurs économies. Cette agressivité semble liée à des éléments personnels plutôt qu'à quelque chose qu'il peut véritablement leur reprocher.

D'autres propos montrent qu'il se sent utilisé par les soignants :

« Le soir [...], [mon épouse] mange dans sa chambre. Alors [...], si elle arrive pas, je lui aide à manger. Eux ils sont tout contents parce que... ça fait des aides-soignantes... ouais. Les aides-soignantes sont contentes parce que ça leur fait du travail en moins, c'est ça ? Ouais ouais, voilà. » (M. Savoy, interview individuelle).

#### 5) M. Kaufman (CONJ) :

De manière générale, le discours de Monsieur Kaufman est positif lorsqu'il s'agit des soignants. Il apprécie en effet les contacts sociaux qu'il peut avoir avec eux lors des visites à son épouse. Cependant, une petite phrase ambiguë pourrait témoigner d'une agressivité latente à leur endroit :

« Comment se passent vos contacts avec les soignants ? Oh c'est bien avec eux ! Ils sont sympas ? Oh oui, oh oui, quand on vient (il parle de ses visites) ? » (M. Kaufman, interview individuelle).

Cette petite phrase, bien que prononcée sur le ton de la plaisanterie, donne néanmoins l'impression que l'interviewé accuse les soignants d'hypocrisie, c'est-à-dire de n'être sympathiques que lorsqu'il rend visite à sa femme. Il est dommage qu'il n'en ait pas dit d'avantage ; c'est en effet difficile de savoir ce qu'il a vraiment voulu exprimer.

#### Discussion :

L'agressivité envers les soignants, qu'elle soit latente ou manifeste, apparaît donc dans les propos d'un bon tiers des personnes interviewées. Toutefois, il est possible que les autres interviewés – y compris les femmes – éprouvent également de l'agressivité à leur endroit, même s'ils n'en parlent pas lors des interviews.

Nous l'avons soulevé, les propos agressifs envers les soignants que nous avons recueillis sont uniquement le fait d'hommes, qu'ils soient résidents ou conjoints vivant dans la communauté. Il se peut que les femmes de cette génération (nos interviewées sont nées entre 1928 et 1942) ne s'autorisent pas facilement à exprimer leur agressivité, d'autant plus si c'est envers des soignants dont dépendent leur bien-être et/ou celui de leur époux.

L'agressivité des résidents ou des conjoints vivant dans la communauté envers le personnel pose la question de ses implications pratiques dans l'accompagnement en EMS. En effet, il serait intéressant de questionner ce problème du point de vue des soignants : comment ceux-ci vivent-ils la confrontation à cette agressivité ? Quelles sont (ou pourraient être) les solutions pratiques afin d'en faire quelque chose de constructif dans la relation avec les résidents et leurs proches ? A notre avis, d'importants bénéfices pourraient découler du fait de mettre en place des espaces de parole (groupes de paroles ou entretiens avec un psychologue, appartenant ou non à l'établissement), que ce soit pour les soignants, pour les résidents ou pour leurs proches. De tels espaces devraient en effet permettre d'extérioriser cette agressivité, ou tout autre vécu négatif, d'une manière qui ne nuise pas à la relation, et de rechercher activement, à l'aide de pairs et/ou d'un professionnel, des solutions constructives pour résoudre ces difficultés.

### II.2.3 Phénomènes de coalition

D'un point de vue systémique, une coalition se définit comme un processus d'action conjointe entre deux (ou plusieurs) personnes contre une autre personne (Salem, 2001). Notre analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence ce phénomène dans les interactions de trois couples interviewés avec les soignants. Comme nous le verrons ci-dessous, chacune de ces trois situations est unique de par sa configuration.

#### *Le couple Emery, ou la coalition des conjoints contre les soignants :*

Nous avons évoqué la colère de Monsieur Emery à l'égard des soignants qui, selon lui, négligent le bien-être de son épouse et la droguent, de même qu'ils nuisent à leur intimité par leur surveillance constante. L'exagération sans doute présente dans ses propos renvoie à une problématique personnelle, que nous avons exposée auparavant (cf. *supra*, 3, Description des sept situations). Lors de l'interview du couple, nous avons été frappée de constater que Madame Emery adhère à chacune des accusations de son mari :

Monsieur : [...] une fois qu'on est dans un EMS, [les soignants] peuvent [...] faire ce qu'ils veulent [...] j'ai vu une personne qui était [...] à [centre de rééducation], il gueulait hein, pis arrivé ici il a commencé à faire la même chose. Ça a pas fait longtemps, hein, au bout d'un moment (rires)...

Madame : on l'entend plus.

Monsieur : on l'entend plus.

Madame : on l'entend plus.

Monsieur : donc [...] ils l'ont bien drogué hein [...] j'ai l'impression que celui qui a un peu trop d'avis [...] personnel, hé bien on le calme avec [des médicaments]. Moi je suis sûr. Et c'est pour ça qu'elle...

Madame : on l'entend plus, lui, on l'entend plus ce monsieur (M. et Mme Emery, interview de couple).

Outre le fait que Madame Emery puisse également souffrir des mêmes aspects de son hébergement, le discours de son mari a sans doute une influence importante sur la manière dont elle se sent et dont elle perçoit les soignants. Il s'ensuit finalement un processus de bouc-émisseries des soignants, perçus par les deux conjoints comme responsables de tous leurs maux. La coalition des conjoints contre les soignants peut d'ailleurs être pour le couple une manière de renforcer leur lien, en projetant le « mauvais objet » à l'extérieur (Massat & Bormans, 2004).

De plus, nous avons également perçu des signes de cette coalition dans notre interaction à trois dans l'interview de couple : Monsieur nous mettait en échec, en rejetant chacune de nos propositions de solution. Quant à son épouse, elle soutenait son mari et affichait une certaine méfiance envers nous. Quoiqu'il en soit, il est possible qu'ils avaient à ce moment plus besoin d'empathie que de tentatives de solutionner leur problème.

Nous avons déjà évoqué notre meilleure alliance avec Monsieur lors de son interview individuelle que lors de l'interview du couple. Le fait qu'il soit en présence de son épouse le pousse peut-être à changer d'attitude à l'égard des professionnels. Son objectif est sans doute de montrer à son épouse qu'il est là pour la défendre.

Finalement, la situation est telle que leur souffrance n'est pas élaborée. Elle reste en circuit fermé, chacun entretenant la négativité de l'autre envers les soignants. Pour sortir d'une telle situation, l'aide d'un tiers neutre, tel un psychologue, serait utile, à moins bien sûr qu'il ne soit assimilé par le couple à l'ensemble des professionnels.

#### *Le couple Aubort, ou la coalition du conjoint vivant à domicile et des soignants contre le conjoint hébergé :*

Les relations entre Monsieur Aubort et les soignants de l'EMS nous ont paru compliquées. Aux dires de son épouse, Monsieur semble être un résident difficile. Comme nous l'avons évoqué (cf. *supra*, II.2.2, Agressivité envers les soignants), il méprise les soignants et il cherche à leur faire porter la responsabilité de ses propres actes. Il est probable qu'il cherche à opérer une triangulation avec le personnel de l'EMS. Quant aux propos de son épouse, ils témoignent de disputes dans le couple au sujet des soignants, lors desquelles elle prend la défense de ces derniers.

En outre, Madame nous a expliqué qu'elle-même et les soignants collaborent lors de difficultés impliquant son mari. Ainsi, elle a participé aux colloques à propos du fait que son mari ait bu en cachette. De manière plus globale, son discours montre une compréhension réciproque entre les soignants et elle-même :

« [...] c'est ce qu'on disait justement avec [une aide-soignante] : [mon mari] donne toujours le change » (Mme Aubort, interview individuelle).

Enfin, si Madame prend la défense des soignants lors des disputes avec son mari, elle se voit quant à elle protégée par la hiérarchie de l'EMS. Ainsi, à propos du fait que son mari ait bu en cachette :

« Un beau jour le directeur m'a dit : 'arrêtez de vous faire du souci avec ça, c'est moi qui vais discuter avec lui'. Et... il a discuté je ne sais pas trop quoi, mais depuis lors ça a été fini. Il est plus retourné chercher de l'argent à la poste, il est plus retourné chercher [...] du vin au magasin [...]. Je sais pas ce qui s'est passé, ce qu'il lui a dit, mais ça a été terminé » (Mme Aubort, interview individuelle).

Il y a donc bien une alliance entre Madame et les soignants, qui prend parfois la forme d'une coalition contre Monsieur. Ils unissent leurs forces pour faire face aux difficultés induites par ses comportements. Pour faire face au risque qu'il se remette à boire, il importe que le cadre soit clair et que les différents acteurs se coordonnent, sinon sa consommation d'alcool pourrait péjorer son état de santé et semer la discorde dans son entourage.

*Le couple Rochat, ou la coalition du conjoint hébergé et des soignants contre le conjoint vivant à domicile :*

Une précision s'impose avant d'aborder la coalition de Monsieur Rochat avec les soignants contre Madame Rochat : notre analyse repose avant tout sur nos échanges avec deux infirmières de l'établissement. Les propos n'ont pas été enregistrés, mais nous en avons rapidement pris note dans notre journal de bord.

Les extraits de nos notes qui suivent montrent que les infirmières, face à ce couple très conflictuel, se préoccupent beaucoup du sentiment d'estime de soi de Monsieur Rochat et qu'elles ont une image négative de son épouse :

*Lors du premier contact téléphonique avec l'EMS pour organiser les entretiens, mon interlocutrice (qui est une infirmière) me décrit Madame Rochat comme une dame beaucoup plus jeune que son mari<sup>22</sup> et qui ne vient pas souvent lui rendre visite.*

*A la fin de l'interview de couple, je dis au revoir à l'infirmière de l'EMS qui m'a présentée à Monsieur et Madame Rochat. Elle me dit que la participation de Monsieur aux interviews a été une bonne chose pour lui, parce que 'ça lui donne de l'importance et il se sent utile'. Dans le fond, malgré le fait que la vie avec lui ait été très difficile pour son épouse, c'est peut-être un Monsieur qui souffre beaucoup de se sentir dévalorisé par elle en raison de son addiction à l'alcool.*

Ces deux infirmières semblent donc considérer Monsieur Rochat comme la victime des conflits conjugaux et prendre parti pour lui.

Il y a par contre peu d'informations à ce sujet dans les propos de Monsieur et de Madame Rochat, si ce n'est que Monsieur se dit content de ses relations avec les soignants et que le discours de son épouse devient tout à coup confus lorsque nous abordons cette question, comme s'il y avait « anguille sous roche » :

*« Comment se passent vos contacts avec les soignants ? Euh... moi j'ai toujours euh... ça va. Ouais. Non j'ai eu, je les vois pas beaucoup, mais ça va, ouais, ouais » (Mme Rochat, interview individuelle).*

Nous postulons donc la présence d'une coalition entre Monsieur Rochat et les soignants, à l'encontre de Madame Rochat. Monsieur aurait d'ailleurs souvent « monté » les gens contre Madame, d'après celle-ci :

*« (Par le passé) il a été dire un tas de choses sur moi [à] ses copains. Parce qu'il avait une nana, il fallait bien qu'il trouve des excuses. C'est après coup que j'ai compris [...] qu'il disait toutes ces conneries [...]. Il est même été dire que c'est à cause de moi qu'il buvait » (Mme Rochat, interview individuelle).*

Il est donc possible que Monsieur Rochat reproduise le même comportement avec les soignants de l'EMS, mais également que Madame évite d'elle-même les contacts avec les soignants. Cette situation est sans doute co-construite dans le couple, avec les soignants. Une telle coalition est risquée, car elle peut renforcer le fonctionnement pathologique du couple. Ainsi, lorsque les relations conjugales sont si conflictuelles, la prudence des soignants paraît essentielle, de même que leur non-implication dans le conflit.

---

<sup>22</sup> Cette information s'est avérée fautive par la suite.

## II.2.4 Minimisation du négatif

Plusieurs interviewés tendent à minimiser les aspects négatifs de leurs relations avec les soignants, comportement déjà mis en évidence dans une autre recherche en gérontologie psychosociale (Christen-Gueissaz, Bruchez, Cochand, Cornuz & Martinet, 2011).

Ainsi, Madame Emery (résidente) affirme que ses relations avec les soignants se passent « très bien », mais notre analyse des phénomènes de coalition montre que les choses ne sont probablement pas si simples.

Quant à Monsieur Rochat (résident), il qualifie de « formidables » ses relations avec les soignants. Le choix de ce terme est probablement un signe d'idéalisation et de minimisation des aspects négatifs potentiels. Mais c'est peut-être aussi dû au fait qu'il se sent plus libre en EMS que lorsqu'il vivait à domicile avec son épouse et que l'emploi de ce mot témoigne d'un profond sentiment de soulagement.

Madame Savoy (résidente) minimise aussi le négatif et a tendance à se soumettre :

*« Comment se passent vos contacts avec les soignants ? Ben moi, d'un avis différent (de celui de son mari), pour moi ça va. Je suis pas très exigeante » (Mme Savoy, interview individuelle).*

Cependant, ses propos ont un double-sens, car ils lui permettent aussi de sous-entendre qu'elle juge son accompagnement médiocre.

C'est enfin dans le discours de Madame Perroud (conjointe) que la minimisation du négatif apparaît de la manière la plus flagrante. Ainsi, lorsqu'elle formule une critique à l'égard du comportement des soignants, elle la contrecarre tout de suite par quelque chose de positif, ou leur cherche des excuses :

*« (A propos des problèmes dans la transmission des messages entre les soignants) je trouve que c'est ça [...] qui laisse un peu à désirer. Bon, [...] on peut pas en demander trop (rires) parce que pour ça elles sont extraordinaires, elles ont une patience... » (Mme Perroud, interview individuelle).*

Les illustrations ci-dessus montrent que la minimisation du négatif est plutôt le fait des résident(e)s que des conjoint(e)s vivant à domicile, puisque les trois premiers interviewés dont il est question ci-dessus sont des résidents. Les quatre autres résidents sont soit critiques envers les soignants (M. Aubort, M. Perroud), soit semblent véritablement satisfaits (M. Lévy, Mme Kaufman). Quant aux six autres conjoints vivant à domicile, ils sont soit directement critiques envers les soignants (M. Emery, M. Savoy), soit véritablement satisfaits (Mme Aubort, Mme Lévy), soit c'est indécidable (M. Kaufman, Mme Rochat).

Pourquoi les résidents et résidentes ont-ils plus tendance à minimiser le négatif que leur conjoint vivant dans la communauté ? Est-ce lié à un phénomène d'adaptation excessive, lui-même renforcé par leur importante dépendance vis-à-vis des soignants ? Ou est-ce que cela témoigne d'un effort lié à la nécessité de vivre ensemble ?

## II.2.5 Liens positifs

Jusqu'ici, nous avons surtout abordé les aspects négatifs des liens entre nos interviewés et les soignants de l'EMS. Ces aspects négatifs nous ont en effet paru plus saillants que les aspects positifs dans les discours des interviewés, peut-être en raison de notre formation de psychologue qui nous induit à accorder avant tout de l'attention aux éléments qui dysfonctionnent. Mais il est également

possible que, fondamentalement, il y ait plus d'aspects négatifs que positifs, puisque la situation de ces couples induit de la souffrance.

Cependant, des liens positifs ou même privilégiés se tissent entre tel ou tel interviewé et tel ou tel soignant, voire même avec l'ensemble des soignants.

Les contacts avec les soignants peuvent satisfaire les besoins de liens sociaux pour certains conjoints vivant à domicile, qui se sont parfois retrouvés isolés depuis que leur époux ou épouse est hébergé(e). Ainsi, Monsieur Kaufman apprécie le fait de pouvoir discuter avec les soignants, un besoin qu'il ne peut plus satisfaire avec son épouse en raison des problèmes cognitifs de celle-ci, ou du moins de la perception qu'il en a. Quant à Madame Lévy, elle se dit ravie de la convivialité dans les rapports avec les soignants, ce qu'elle trouve profitable pour elle comme pour son conjoint. Notons que leurs conjoints hébergés, Madame Kaufman et Monsieur Lévy, disent apprécier également leurs contacts avec les soignants, même si leurs discours sont limités.

Madame Lévy décrit également certaines attentions des soignants à l'égard de son couple :

« [Lorsque je viens dîner avec mon mari], ils nous préparent une table [...] rien que pour nous deux, et hier j'étais touchée, ils ont mis [...] une petite soucoupe avec deux roses, je trouvais très très joli, pis [mon mari] savait pas que je venais. Alors j'ai vu qu'un [soignant] le descendait avec une chaise roulante, il l'a approché de la table, puis [mon mari] lui fait 'mais pourquoi tu me mets là ?' (rires) 'mais parce que !' Et puis, il l'installe, et puis [il me] regarde, 'ah mais c'est toi !' (rires) et y a une lumière qui s'est allumée (*dans son regard*) » (Mme Lévy, interview individuelle).

Ce petit exemple montre que les soignants de cet EMS sont attentifs à certains besoins spécifiques des couples, tels que le fait de manger en tête à tête. Ce faisant, ils montrent qu'ils reconnaissent les Lévy en tant que couple, ce qui est essentiel pour les aider dans la période de transition qu'ils traversent (Gladstone, 1992 ; Schmidt, 1987). De plus, cette citation montre la complicité entre Madame et les soignants, lorsqu'ils font à son mari la surprise de l'une de ses visites.

Quant à Madame Aubort, elle décrit une relation de confiance avec les soignants. Ainsi, elle se confie à eux à propos de ses difficultés relationnelles avec son mari (cf. *supra*, II.2.3, Phénomènes de coalition).

Enfin, Monsieur Perroud a une relation privilégiée avec une aide-soignante, alors qu'il éprouve du mépris pour la plupart d'entre elles (cf. *supra*, II.2.2, Agressivité envers les soignants) :

Madame : toi t'as raconté ta vie ? (*sous-entendu : quand il est arrivé en EMS*)

Monsieur : tu parles ! [...] si, peut-être un peu avec [prénom] [...]

Madame : (*nous explique*) elle est [...] du Congo [...], il l'aime bien, elle l'aime aussi bien, ouais pis c'est toi qui lui a parlé d'Afrique donc euh...

Monsieur : ouais, elle m'a demandé... si je connaissais l'Afrique [...]

Madame : alors évidemment. C'est tout de suite parti, là (M. et Mme Perroud, interview de couple).

## II.2.6 Conclusions

Notre analyse des propos tenus par les interviewés sur leurs relations avec les soignants met en évidence leur complexité. Nous avons pu relever des éléments et soulever des questions complémentaires à ceux exposés dans la littérature. Là où les chercheurs se sont focalisés sur les maladresses commises par les soignants et sur leurs impacts sur le vécu du couple, nous avons mis en évidence l'agressivité souvent latente dont les soignants font l'objet. Nous avons également souligné des phénomènes de coalition dans les relations entre résident(e), conjoint(e) vivant dans la

communauté et soignants, ainsi qu'une tendance à la minimisation de ce qui est négatif dans le discours des résidents et de leur conjoint. Le tableau récapitulatif suivant en montre un aperçu.

		Maladresses	Agressivité	Coalition	Minimisation négatif	Liens positifs
Aubort	RES	Entrer sans permission	Mépris Victimisation	-	-	-
	CONJ	-	-	Avec soignants	-	Possibilité de se confier
Emery	RES	-	-	Du couple	« Très bien »	-
	CONJ	Limitations liberté du RES	Rouspéter Défendre intérêts du RES Accusations	Du couple	-	-
Kaufman	RES	-	-	-	-	Apprécie contacts
	CONJ	Imprévisibilité dans les soins	Reproche ambigu	-	-	Satisfaire besoins sociaux
Lévy	RES	-	-	-	-	Apprécie contacts
	CONJ	-	-	-	-	Satisfaire besoins sociaux Attentions des soignants Complicité
Perroud	RES	Entrer sans permission Limitation liberté	Mépris Râler Défendre ses intérêts	-	-	Une relation privilégiée
	CONJ	Manque de communication Conseils peu appropriés	-	-	Contrecarre ses critiques par des éléments positifs	-
Rochat	RES	-	-	Avec soignants	« Formidable »	-
	CONJ	-	-	-	-	-
Savoy	RES	Limitation liberté	-	-	« ça va » ambigu	-
	CONJ	-	Propos racistes Mépris	-	-	-

Ces apports originaux ont été permis par les divers angles de vue adoptés lors de notre recueil des données, en interviewant chacun des conjoints séparément puis le couple. Tout en reconnaissant que nous n'avons pas différencié les relations avec chaque soignant, nous avons pu voir ce qui se joue dans le système formé par le résident, son conjoint et les soignants.

Pour clore ce chapitre, nous proposons brièvement<sup>23</sup> quelques recommandations adressées aux soignants, qui peuvent leur permettre d'éviter les écueils soulevés plus haut :

<sup>23</sup> Ces recommandations seront reprises dans nos conclusions.

- Prendre en compte le fait que la relation de couple continue souvent, malgré l'hébergement de l'un des conjoints.
- Etre attentifs aux besoins spécifiques des conjoints et des couples, en s'abstenant d'influencer leur comportement en fonction de leurs propres valeurs.
- Favoriser l'intimité des couples en limitant les contraintes, en étant à l'écoute des besoins et en évitant d'être intrusifs.

## II.3 Relations avec les autres résidents

Les contacts ou relations entre les couples dont l'un des conjoints est hébergé et les autres résidents de l'établissement ont été peu abordés dans la littérature scientifique ; lorsqu'ils le sont, les constats des auteurs divergent. Certains décrivent un besoin des couples de nouer des relations avec les autres résidents et les effets bénéfiques qui en découlent, notamment le fait qu'elles permettent d'éviter l'isolement (Gladstone, 1995b ; Martin, Baldwin & Bean, 2008). D'autres décrivent une recherche de distance de la part des couples vis-à-vis des autres résidents (Moss & Moss, 2007 ; Braithwaite, 2002 ; Schmidt, 1987).

Lors des interviews individuelles, nous avons demandé aux résidents et à leurs conjoints comment ils vivaient leurs contacts avec les autres résidents de l'EMS. Dans deux cas, nous n'avons pas obtenu de réponse directe (Madame Perroud nous a parlé de la manière dont son mari vivait ses contacts avec les autres résidents et Monsieur Rochat a donné une réponse « à côté »), mais d'autres propos nous permettent d'aborder ces relations. Comme nous le verrons dans ce qui suit, les réponses de la majorité des interviewés, quel que soit leur statut (résident ou conjoint vivant à domicile), vont dans le sens d'une distance entre eux-mêmes et les autres résidents de l'EMS.

### II.3.1 Relations des résidents interviewés avec leurs co-résidents

Au moins six résidents sur sept ont peu de contacts, ou seulement des contacts superficiels, avec leurs co-résidents :

« [...] c'est comme au service militaire, c'est des copines et des copains ! ça s'arrête (rires) là. On n'a pas beaucoup de contact ou d'échanges » (M. Aubort, interview individuelle).

« [*A propos des autres résidents*] on se dit rien [...]. Moi je moi je sais plus rien parler [...], je suis là et je ne dis rien » (Mme Emery, interview individuelle).

« On est souvent quatre-cinq personnes autour d'une table. Il y a une dame qui dort, un monsieur qui parle de rien, mon mari lit, et puis moi je bois quelque chose [...]. J'ai pas beaucoup contact avec les autres personnes [...]. Ça arrive qu'on aille à une autre table où y a quelqu'un qui parle un peu, mais pas beaucoup » (Mme Kaufman, interview individuelle).

« *Comment ça se passe avec les autres résidents ?* Oh pfff, je leur parle pas. Non » (M. Lévy, interview individuelle).

« Il a pas de contacts. Il a toujours été comme ça (rires), il est bien dans son cocon et tout et donc il cherchera pas à communiquer [...]. Pendant trois semaines il a été dans une chambre à deux lits, avec un monsieur qui est dans une chaise roulante, mais [...] je pense qu'y a pas eu de contacts, quoi. Ouais, il a pas envie (rires) » (Mme Perroud, interview individuelle)<sup>24</sup>.

Madame : vous savez, c'est difficile [d'avoir des contacts], les gens ils font pas d'effort [...].

Monsieur : ouais [les résidents] se lient pas tellement entre eux.

Madame : non [...] (M. et Mme Savoy, interview de couple).

La plupart de ces citations témoignent d'un manque d'intérêt de la part du résident ou de la résidente pour les contacts avec les autres résidents. Dans les cas de Madame Emery, de Monsieur Lévy et de Monsieur Perroud, ce manque d'intérêt pour ces contacts concerne aussi la personne qui partage ou partageait leur chambre, sans doute car ils y voient une intrusion dans leur espace privé.

---

<sup>24</sup> Quant à Monsieur, il ne s'est pas directement exprimé à ce sujet, mais il manifeste du mépris envers les résidents qui racontent leur vie.

Quant à la citation de Monsieur Aubort, elle soulève une autre dimension des relations entre co-résidents : le fait qu'ils soient contraints de vivre ensemble en raison de leur hébergement. Les co-résidents ne se sont pas choisis, comme c'est le cas des soldats dans une caserne. Il leur est notamment difficile d'échapper à des moments collectifs imposés, comme ceux des repas (Freudiger, 2008). S'en tenir à des échanges superficiels peut être pour le résident ou la résidente un moyen de protéger son espace intime. Pourtant, malgré cette superficialité, les contacts avec les autres résidents aident en partie Monsieur Aubort à faire face à sa solitude :

« *Est-ce qu'il y a des moments où votre épouse vous manque ?* Oh oui ! (se racle la gorge) *Quoi que là y a bien du monde, je commence à connaître un petit peu... tous les pensionnaires [...]* » (M. Aubort, interview individuelle).

Monsieur Rochat ne s'est quant à lui pas exprimé sur ses relations avec les autres résidents, mais des propos tenus lors de l'interview de couple donnent l'impression qu'il connaît certains d'entre eux. Pourtant, ces relations semblent superficielles, car il ne fait que décrire ces couples :

« [Il y] a des couples [qui vivent] ici. *Oui ? Ça va très bien. Y a un couple là au fond (du couloir)... et y avait déjà un couple avant [...]. Vous dites que pour les couples qui sont ensemble ici ça se passe très bien ? Ça se passe très bien. Lui était facteur et elle, elle était couturière* » (M. Rochat, interview de couple).

Enfin, certains propos tenus par Madame Emery témoignent d'un véritable rejet de ses co-résidentes :

« *C'est pas intéressant ici. Les femmes ici sont pas intéressantes* » (Mme Emery, interview de couple).

Au vu de ce qui précède, nous formulons l'hypothèse suivante : les résidents ont tendance à fuir le contact avec leurs co-résidents, car leur identification à ceux-ci leur est intolérable. A ce propos, Moss et Moss (2007), dans leur article sur les résidents de sexe masculin, écrivent que ceux-ci essaient souvent de garder une certaine distance sociale avec les autres résidents, afin de ne pas s'identifier à eux. Pour les auteurs, c'est comme si le fait de s'identifier aux autres résidents les rendait moins « masculins » à leurs propres yeux, surtout si les autres sont perçus comme plus fragiles ou plus malades.

De manière comparable, peut-être que les résidents et résidentes que nous avons interviewés cherchent par tous les moyens à se distancier des autres résidents, car ces derniers leur rappellent leur propre condition (Christen-Gueissaz, 2008). Nous le constatons également à la manière qu'ont certains résidents interviewés de chercher à se différencier des autres résidents. Comme le raconte Madame Aubort, à propos de son mari hébergé :

« *Au début [de son séjour en EMS], [...] y avait quelqu'un qui était tombé [...] sur son chemin, à l'intérieur de la maison. Et lui il a tout de suite été le ramasser. Ramasser ! Bon ben [les soignants] ont dû lui expliquer que ça ne se fait pas !* » (Mme Aubort, interview individuelle).

Pour Monsieur Aubort, le fait de venir en aide à un autre résident lui permet non seulement de se sentir utile, mais aussi de se différencier des résidents de l'EMS, de se sentir moins dépendant ou fragile qu'eux. Toutefois, ce besoin de se différencier n'est pas incompatible avec une réelle préoccupation pour le bien d'autrui. Quant à Monsieur Rochat, le fait de sortir boire l'apéritif avec l'un de ses amis, qui ne vit pas en EMS, lui permet probablement aussi de se différencier de ses co-résidents.

Notons enfin que les troubles cognitifs souvent présents dans les EMS peuvent faire obstacle aux relations entre résidents. Ainsi, d'après Christen-Gueissaz (2008), « beaucoup de personnes âgées

vivant dans des établissements médico-sociaux [...] ont des problèmes de communication liés à des troubles de mémoire ou de langage. En outre, celles qui sont plus alertes sur le plan cognitif renoncent [à établir des relations], parce que les autres ne sont plus des partenaires possibles d'interaction » (p. 88).

### II.3.2 Relations des conjoints vivant dans la communauté avec les autres résidents

La plupart des conjoints vivant à domicile cherchent à maintenir une certaine distance avec les co-résidents de leur époux ou épouse hébergé(e) :

« [...] on a besoin des copines, des copains, des amis [...]. Alors bon eux (*le couple de l'extrait ENSEMBLE*) ils les trouvent à l'EMS, pourquoi pas [...], [mais] moi [...] c'est pas à l'EMS que je cherche [...] les copains, les copines » (Mme Aubort, interview de couple).

« Moi je viens des fois jouer aux [...] cartes... au bout d'un moment ça m'énerve [...], je pars, parce qu'y a vraiment des... Madame [*nom*], là, ben vraiment elle est pénible [...] » (M. Emery, interview de couple).

« [...] on peut manger... avec les autres personnes de [l'EMS]. J'ai pas envie. Je suis mieux à me faire une bonne petite salade bien variée, pis voilà » (Mme Perroud, interview individuelle).

« *Comment se passent vos contacts avec les autres résidents ?* Euh... je vois pas beaucoup de monde, là. Oh je dis toujours bonjour, [mais] je viens pas [...] très souvent » (Mme Rochat, interview individuelle).

« On n'a pas tellement [...] de contacts avec [...] ces gens. Ils parlent pas beaucoup, pis alors ils sont plus âgés que nous » (M. Savoy, interview individuelle).

Le fait que la plupart des conjoints vivant dans la communauté cherchent à garder une certaine distance avec les autres résidents s'explique sans doute par le fait que leur but, lors des visites en EMS, est avant tout de passer du temps avec leur conjoint hébergé. Ce besoin de distance peut aller jusqu'au rejet des autres résidents, comme nous l'observons dans les propos de Monsieur Emery, cités ci-dessus.

Notons que la situation du couple Emery est particulière, puisque Madame vit dans une chambre partagée. Les propos de son mari montrent qu'il considère les compagnes de chambre successives de son épouse comme gênantes, notamment car leur présence fait obstacle à leur intimité :

« On ne peut pas aller dans la chambre, y a une autre personne. Ils sont deux dans les chambres, et puis là elle [était] mal tombée, [...] j'avais rouspété pour qu'ils la changent de chambre [...]. Alors maintenant elle est avec une personne qui [...] dit rien, [...] alors ça va bien ensemble, parce qu'elles parlent peu, hein » (M. Emery, interview individuelle).

Contrairement aux cinq conjoints vivant dans la communauté qui cherchent à tenir à distance les autres résidents de l'EMS, Monsieur Kaufman semble attendre d'avantage de leur contact. Cette attente le conduit à être frustré ; en effet, il reproche aux autres résidents de ne pas parler assez et que les contacts soient donc difficiles :

« Vous savez les résidents, ça il faut le dire, ils sont assis comme ça. Parlent pas. Il peut y avoir quatre cinq femmes autour d'une table, y a pas une femme qui ouvre la bouche. C'est désagréable. Et [...] quand j'ai des femmes autour [...], je raconte n'importe quelle chose pour parler un petit peu avec eux. Il y en a une qui dit 'il fait beau aujourd'hui', c'est tout [...]. Ils peuvent plus avoir une conversation » (M. Kaufman, interview individuelle).

Il reste que sa manière d'être critique envers eux, qui trouve écho chez son épouse, peut également nuire à leurs contacts :

Monsieur : (*à propos du couple de l'extrait ENSEMBLE*) ils sont philosophes [...], ils prennent ça presque à la rigolade [...] : 'On voit les copines' [...]. Mais vous savez, là, 'copines', les femmes d'un certain âge, hein, elles ne savent plus discuter. Tout ce qu'on entend [c'est] 'ah il fait beau aujourd'hui !', c'est tout.

Madame : et après un moment : 'ah, qu'est-ce qui fait beau, qu'est-ce qu'il fait beau !', mais...

Monsieur : c'est tout. Ou bien, oui réclamer quand le kir [...] n'arrive pas tout de suite [...]. Ou bien leur café. Et si ça marche pas vite, hein, on réclame (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Ces propos rejoignent ceux de Monsieur et Madame Savoy, déjà cités, qui estiment que ce sont les autres résidents qui ne font pas d'efforts pour se lier, sans se rendre compte de leur propre responsabilité dans cette situation. D'ailleurs, le fait que Monsieur Savoy mentionne que les autres résidents sont plus âgés que lui et son épouse (que cela corresponde ou non à la réalité) témoigne déjà d'une mise à distance.

De même que pour les conjoints hébergés, il est possible que la mise à distance des autres résidents par les conjoints vivant à domicile leur permette de lutter contre une identification à eux, identification qui leur serait intolérable. En outre, le fait que la plupart des conjoints de résidents nous aient affirmé qu'ils étaient encore trop jeunes, trop autonomes ou pas encore prêts à vivre en EMS témoigne de cette lutte contre l'identification aux résidents.

Enfin, Madame Lévy est la seule parmi les conjoints vivant à domicile qui affirme apprécier la convivialité avec les autres résidents de l'EMS. Elle raconte que ceux-ci viennent facilement lui parler et estime que son mari devrait lui aussi bénéficier des nouveaux contacts sociaux permis par sa vie en EMS. Par conséquent, chez les Lévy, les attentes des conjoints vis-à-vis des contacts avec les autres résidents apparaissent en décalage (rappelons que Monsieur déclare ne pas vouloir parler aux autres résidents) :

« J'ai vu [...] un autre pensionnaire, [...] il vient vers [mon mari], il met le bras sur l'épaule, il dit 'alors, t'[as] pas dîné avec moi aujourd'hui, mais ce soir tu vas venir manger avec moi, hein ?' Donc même là, il y a une convivialité que, je trouve appréciable [...] » (Mme Lévy, interview individuelle).

Pour Martin, Baldwin et Bean (2008), il est fréquent que les personnes âgées ayant souffert d'une perte de réseau social lorsque leur conjoint malade vivait encore à domicile cherchent à compenser cette perte en créant de nouveaux liens à l'intérieur de l'établissement, ce qui est le cas de Madame Lévy.

### II.3.3 Conclusions

De manière générale, le tableau offert par notre analyse est plutôt sombre : les couples ayant participé à notre recherche retirent peu de satisfaction de leurs contacts avec les autres résidents de l'EMS. Ce constat est bien différent de celui de Gladstone (1995b), pour qui les résidents mariés<sup>25</sup> cherchent généralement le contact avec les autres résidents. Cet auteur estime d'ailleurs que lorsque les résidents mariés ont l'occasion de socialiser avec d'autres résidents, cela peut s'avérer bénéfique pour leur relation de couple, car ils ont plus de sujets dont ils peuvent parler avec leur conjoint. Cette différence semble ne pas pouvoir être expliquée par une différence de contexte entre les deux recherches, ni entre le profil des interviewés. Par contre, notre analyse entre plus en résonance

---

<sup>25</sup> Que les conjoints vivent ou non ensemble dans l'établissement.

avec les constats de Braithwaite (2002) et de Johnson (1985), pour qui les couples vieillissants tendent à être de plus en plus isolés socialement, puisque les conjoints comptent de plus en plus l'un sur l'autre pour obtenir de la compagnie ou de l'assistance.

Nous avons mis en évidence la lutte (voire le refus) des interviewés, résidents et conjoints vivant dans la communauté, contre l'identification aux autres résidents. Tous cherchent à se distancer de l'image du vieux en EMS, dépendant et fragile. De leur point de vue, les « vieux » sont toujours les autres, phénomène qui est régulièrement observé dans la population âgée. Il est également possible que la majorité des autres résidents souffrent de troubles cognitifs plus sévères que nos interviewés<sup>26</sup>. Cette différence peut susciter une mise à distance de la part de ces derniers.

Cependant, outre la lutte contre l'identification aux autres résidents, Braithwaite (2002) mentionne le fait que pour cette cohorte, le fait d'être en couple est hautement valorisé socialement, surtout pour les femmes. Il est possible que cela engendre chez les couples une mise à distance des résidents qui sont veufs, divorcés ou célibataires.

Enfin, pour Schmidt (1987), avec l'hébergement de l'un des conjoints, les interactions du couple deviennent publiques et provoquent la curiosité des autres résidents, des soignants et des visiteurs. Ce fait peut encourager les couples à maintenir une certaine distance avec les autres résidents, afin de préserver les frontières entre leur couple et l'extérieur.

---

<sup>26</sup> Rappelons qu'un « tri » important a eu lieu au moment du recrutement des interviewés : l'absence de pathologie démentielle était un critère indispensable.

## II.4 Visites

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux moments passés en couple dans l'établissement, c'est-à-dire lors des visites du conjoint vivant dans la communauté. La plupart se sont concentrés sur la manière dont les époux ou épouses vivant à domicile vivent les visites à leur conjoint hébergé (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997a,b,c ; Stadnyk, 2006 ; Wright, 2000 ; Tilse, 1997 ; Gladstone, Dupuis & Wexler, 2006 ; Vézina & Pelletier, 2004 ; Dupuis & Norris, 1997), car ils sont souvent plus faciles à interviewer. En effet, dans ces études, le conjoint hébergé est souvent atteint de démence. L'originalité de notre démarche provient du fait que nous nous sommes également intéressée au vécu des visites par le conjoint hébergé.

En outre, la plupart des articles se sont focalisés sur tel ou tel aspect particulier des visites, défini de manière à être facilement objectivable, comme par exemple les rôles joués par le conjoint en meilleure santé envers le conjoint hébergé (Ross, Rosenthal & Dawson, 1997b,c ; Wright, 2000 ; Gladstone, Dupuis & Wexler, 2006 ; Dupuis & Norris, 1997 ; Vézina & Pelletier, 2004). Nous avons par contre cherché à considérer les visites sous de multiples aspects :

- leur fréquence,
- la distance entre le domicile et l'EMS, le vécu subjectif de cette distance,
- le caractère plus ou moins difficile du trajet pour le conjoint vivant dans la communauté,
- le vécu des visites et de leur fin,
- la communication et les interactions lors des visites,
- les activités lors des visites,
- les fonctions des visites.

Cependant, les résidents interviewés ne reçoivent pas uniquement les visites de leur conjoint, même si ces dernières sont souvent les plus fréquentes<sup>27</sup>. Chacun reçoit aussi la visite d'autres membres de leur famille :

- Monsieur Aubort : ses enfants et ses petits-enfants, sa fille étant plus présente que ses fils (rappelons que Monsieur et Madame Aubort n'ont pas fondé de famille ensemble).
- Madame Emery : un de leurs fils (resté célibataire) vient tous les week-ends, mais aux dires de Monsieur Emery, cela n'apporte véritablement à personne puisqu'ils communiquent peu. Leur deuxième fils et les enfants de celui-ci viennent rarement.
- Madame Kaufman : leur fille et les enfants de celle-ci, mais ils ne viennent pas souvent (environ deux fois par année), ce qui leur vaut les critiques de Monsieur.
- Monsieur Lévy : leurs quatre enfants (en particulier l'un des fils) et leurs petits-enfants.
- Monsieur Perroud : leurs trois enfants et leurs petits-enfants, mais pas tous en même temps en raison de conflits familiaux et de la fatigue de Monsieur ; et pas aussi souvent que ne le souhaiterait Madame.
- Monsieur Rochat : leurs deux filles et leurs petits-enfants, notamment pour les repas de fête.
- Madame Savoy : leurs nièces.

En outre, deux résidents reçoivent la visite de personnes ne faisant pas partie de leur famille :

- Monsieur Aubort : des membres de l'église Evangélique (à laquelle il appartient) et d'autres groupes religieux, ce qui le console des visites peu fréquentes de Madame.
- Monsieur Rochat : un ami, avec qui il sort boire l'apéritif le dimanche, mais qui est hospitalisé au moment des interviews.

---

<sup>27</sup> Du moins pour Madame Emery, Madame Kaufman, Monsieur Perroud et Madame Savoy.

Remarquons qu'il s'agit ici des deux résidents des couples les plus conflictuels. Il est possible que plus la relation conjugale est difficile, plus le résident investit ses relations avec des personnes extérieures à la famille. Quoiqu'il en soit, nous ne développerons pas davantage la question des autres visites reçues par les résidents. Nous nous concentrerons sur celles des conjoints, puisque notre travail porte sur la relation de couple.

Dans ce qui suit, nous décrirons de manière approfondie les moments des visites pour chacun des sept couples. Nous commencerons par les couples dont les visites semblent le plus associées à de la souffrance, pour aller progressivement vers ceux pour qui elles semblent le plus synonymes de plaisir.

#### II.4.1 Couple Rochat (H)<sup>28</sup>

*Fréquence des visites :*

Malgré le fait que Madame Rochat vive près de l'EMS où est hébergé son époux, elle fait partie des conjoints qui viennent le moins souvent en visite en raison des conflits inhérents à sa relation de couple. Ses visites, auparavant hebdomadaires, sont au moment des interviews au nombre de deux par mois :

« Des contacts on n'en a pas beaucoup, [...] avant je venais presque toutes les semaines manger avec lui. Depuis j'ai arrêté parce qu'il [...] gueule, il est pas content, il s'énerve [...], si je dis quelque chose ça va pas » (Mme Rochat, interview individuelle).

En tant que conjointe vivant dans la communauté, Madame semble gérer seule la fréquence de leurs retrouvailles. Comme l'explique Monsieur :

« À quelle fréquence votre femme vient-elle vous rendre visite ? Tout dépend. Comme aujourd'hui par exemple (rires). Sans ça elle me téléphone avant. Elle téléphone avant de passer ? Oui oui, elle téléphone en bas si elle vient manger [...] » (M. Rochat, interview individuelle).

Ainsi, Monsieur semble n'avoir que peu de marge de manœuvre concernant la fréquence des visites, d'autant plus qu'il n'en est pas forcément averti par son épouse. Ce constat nous permet de voir sous un jour nouveau les conflits actuels du couple : peut-être que le comportement de Monsieur, décrit plus haut par son épouse, témoigne de son désaccord vis-à-vis d'une situation où il n'a que peu ou pas d'influence. Nous formulons l'hypothèse que si sa femme lui laissait l'occasion de prendre l'initiative d'une rencontre, leurs interactions seraient moins tendues.

Nous observons que lors de leur interview commune, alors qu'ils commentent la situation d'autres couples, leurs discours sur ce que serait une fréquence 'normale' des visites contrastent avec les citations précédentes :

Madame : (*à propos de l'extrait DECISION*) [...] quand même, un mois [sans pouvoir rendre visite à son conjoint] c'est pire que la prison ! (Mme Rochat, interview de couple).

(*A propos de l'extrait VISITE*) Si vous pouviez leur parler, qu'est-ce que vous leur diriez ?

Monsieur : qu'ils continuent sur le même chemin [...], pis qu'ils se revoient [...] très très souvent.

Vous parlez des visites ?

Monsieur : oui oui.

Très très souvent ?

---

<sup>28</sup> Pour rappel, nous mettons entre parenthèses le genre du conjoint hébergé (H pour homme, F pour femme).

Monsieur : non, mais une fois tous les deux jours.

*Une fois tous les deux jours vous paraît être un bon rythme ?*

Monsieur : oui oui, mais ça dépend de la personne. Si c'est tous les trois jours, tous les quatre jours (M. Rochat, interview de couple).

Nous remarquons donc que leur discours change selon qu'ils parlent de leur situation ou de celle des autres couples. Suite à ce passage, où le malaise de Monsieur est perceptible<sup>29</sup>, Madame se demande pourquoi elle vient rendre visite à son mari, car elle se sent continuellement méprisée par lui (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Nous observons donc que c'est bel et bien l'importance de leurs conflits qui détermine la fréquence des visites de Madame, et non pas leur perception de ce que serait le rythme « idéal ».

#### *Communication lors des visites :*

Nous décrivons de manière détaillée la communication entre les Rochat pendant les visites dans le chapitre sur les conflits conjugaux. Mentionnons uniquement ici que leurs interactions apparaissent comme les plus conflictuelles de l'ensemble des couples que nous avons interviewés. Il en découle que les visites sont une source de souffrance pour Madame et peut-être également pour Monsieur, même s'il ne s'exprime pas à ce sujet :

« *(A propos de leurs conflits lors de ses visites) ça va pas, parce que moi je ressors d'ici, je suis toute [énervée], pis peut-être lui aussi, il le dira pas, mais peut-être qu'il [...] est aussi [...] dans le même état d'esprit que moi* » (Mme Rochat, interview individuelle).

#### *Activités lors des visites :*

Concernant leurs activités communes lors des visites, nous avons été surprise par certains propos de Madame :

« Bon, des fois [...] j'ai envie d'un petit verre de rosé, je fais avec lui, mais je prends qu'un déci. Bon, des fois j'ai besoin de... ça fait du bien des fois quand ça pétille, oui moi j'aime bien, je suis pas une souillasse, loin de là (rires), mais un petit verre de vin, des fois ça me... ça me... » (Mme Rochat, interview individuelle).

Il est en effet étrange qu'elle reproche à son mari sa dépendance à l'alcool tout au long de son interview individuelle, mais qu'elle boive de temps en temps avec lui. Ce comportement témoigne peut-être d'une certaine ambivalence vis-à-vis de l'alcoolisme de Monsieur.

Quant à ce dernier, son discours au sujet de leurs activités paraît bien laconique. Quoiqu'il en soit, il témoigne d'une restriction des activités, que nous avons également observée chez d'autres couples :

« *Et lorsque vous n'êtes que les deux, comment ça se passe ? Ça se passe très bien. Qu'est-ce que vous faites, si je peux vous demander ?* Oh elle vient seulement pour manger. Oui oui. Ou elle m'amène un petit fruit. *Est-ce que vous parlez ?* Oui oui, bien sûr. Ça [...] s'est toujours bien passé » (M. Rochat, interview individuelle).

---

<sup>29</sup> Il nous donne l'impression de s'avancer en terrain miné.

### *Fonctions des visites :*

Pour Madame, les visites à son époux lui permettent de garder le lien familial, car c'est quelque chose qui lui tient à cœur, même si elle déclare que les contacts avec son mari ne lui apportent rien (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). En effet, pour Tilse (1997), l'engagement envers le mariage, la loyauté et l'histoire de vie partagée restent souvent, malgré les conflits et la distance émotionnelle, des éléments importants pour maintenir la continuité et l'identité de la personne. Pour Madame Rochat, ces éléments font clairement partie de son identité, de ses valeurs.

Quant à Monsieur, il est difficile de savoir ce que lui apportent les visites. Lorsqu'il affirme que les visites se passent bien, et donc qu'elles lui permettent de passer de bons moments en couple, ses propos entrent en contradiction avec d'autres propos tenus par lui et son épouse sur leurs interactions conflictuelles. Nous faisons l'hypothèse que les visites ne lui apportent rien, ni au niveau du plaisir, ni en maintenant le lien familial puisqu'il ne semble pas y accorder la même importance que son épouse. Il les accepte simplement passivement, ce qui expliquerait aussi pourquoi il ne prend jamais l'initiative des rencontres, de même que son attitude belliqueuse pendant celles-ci.

### II.4.2 Couple Emery (F)

#### *Fréquence des visites :*

Les visites de Monsieur Emery à son épouse sont fréquentes :

Madame : il vient tous les jours [...].

Monsieur : [...] ouais pas tous les jours, mais à peu près.

Madame : presque, oui (M. et Mme Emery, interview de couple).

La légère différence de perception qui apparaît ici provient peut-être des déficits cognitifs de Madame, qui oublie peut-être les fois où son mari ne vient pas. Elle peut également être mise en lien avec les décalages dans leurs besoins de proximité (cf. *infra*, III.1, Attachement) : Madame aurait en effet sans doute envie que son mari vienne tous les jours, alors qu'il a besoin de garder une certaine distance avec elle. Comme nous le verrons ultérieurement, il est fréquent que les attentes de proximité dans le couple de la part du conjoint hébergé soient plus vives que celles du conjoint vivant dans la communauté, décalage qui peut s'expliquer par la nécessité pour le second de prendre une certaine distance, afin de favoriser sa propre continuité interne.

#### *Activités et communication lors des visites :*

La fréquence quasi quotidienne des visites se heurte à l'ennui ressenti par les deux conjoints, un peu comme si chacun emmenait avec lui son propre ennui :

« Il arrive là pis on passe l'après-midi là [...]. *Et ça se passe bien ?* Ça va bien, oui. On sait pas que se dire des fois » (Mme Emery, interview individuelle).

« Elle parle pas beaucoup, elle aime pas beaucoup parler, pis elle peut pas beaucoup parler [...]. C'est difficile d'avoir une discussion avec [...]. Elle a vraiment des difficultés » (M. Emery, interview individuelle).

« (*A propos des activités proposées par l'EMS*) [...] ici y a pas grand-chose. On va au culte ensemble, de temps en temps, (rires) on n'y est pas souvent, quoi, mais autrement il y a des activités, mais [...] ces

activités sont faites pour des personnes qui sont valables [...]. Il y a des lectures par exemple [...] » (M. Emery, interview individuelle).

Ces activités, limitées et répétitives, n'ont que peu de sens à leurs yeux. Quant à la communication dans le couple, elle semble pauvre elle aussi. Monsieur est très gêné par les difficultés cognitives de sa femme, ce qui explique peut-être qu'il ait utilisé le terme de « valable », alors qu'il voulait sans doute dire « valide », dans la citation ci-dessus. Par conséquent, peu de plaisir semble être éprouvé lors des visites, du moins en ce qui concerne Monsieur. En plus de l'ennui ressenti, il se plaint de l'absence d'intimité avec son épouse, du fait de l'EMS (cf. *infra*, III.3, Intimité).

Quant à Madame, si elle se dit contente que son mari vienne lui rendre visite, elle poursuit en déclarant :

« C'est long sans ça » (Mme Emery, interview individuelle).

Il apparaît donc que pour elle, l'une des fonctions principales des visites de son mari est de tromper l'ennui. C'est en partie vrai aussi pour Monsieur, car ses visites lui permettent de donner un but à sa vie quotidienne (voir Tilse, 1997). En effet, il est très isolé et s'ennuie aussi beaucoup à son domicile. Cependant, le fait de se soutenir l'un l'autre est aussi une des fonctions des visites, à ses yeux :

« Ma foi y a qu'une seule chose [à faire], c'est de la soutenir. Et puis elle me soutient aussi un peu. C'est réciproque [...] » (M. Emery, interview individuelle).

#### *Distance et trajet :*

Malgré la distance relativement courte entre le domicile et l'EMS, certains propos de Madame Emery nous montrent la précarité de leur situation du point de vue des visites de son mari :

« Tant qu'il peut conduire, il pourra venir » (Mme Emery, interview individuelle).

Nous nous interrogeons ici sur les possibilités qui sont offertes aux couples lorsque le conjoint à domicile ne peut plus se déplacer de manière autonome ; surtout lorsqu'à l'instar de Monsieur Emery, ils souffrent d'un important isolement social et ne peuvent donc pas forcément trouver quelqu'un pour les conduire.

### II.4.3 Couple Aubort (H)

#### *Fréquence des visites :*

Dans son interview individuelle, Monsieur Aubort nous explique à plusieurs reprises que les visites de son épouse sont devenues de moins en moins fréquentes avec le temps :

« Elle venait me visiter régulièrement, [...] ça allait très bien, pis pour euh... des obligations qu'elle avait et différentes choses, euh... ça s'est espacé, pis maintenant on s'est fait à l'idée que j'étais là, pis qu'elle est à la maison, mais (sourir)... » (M. Aubort, interview individuelle).

La fin de cette citation (« mais » suivi d'un soupir), de même que les hésitations dans le discours, montrent que cette situation n'est pas facile à vivre pour Monsieur Aubort. Nous y voyons du regret et une souffrance qui ne peuvent pas être dits ; il semble en effet inhiber l'expression de sa souffrance. Quant aux « obligations » de sa femme, qui concernent son activité de bénévole auprès de personnes plus âgées, elles semblent fonctionner pour lui comme une manière de s'expliquer

cette situation et de ne pas voir que son épouse a besoin de mettre une certaine distance vis-à-vis de lui. Pour Madame, diminuer la fréquence de ses visites répond à son besoin de se protéger elle-même :

« *A quelle fréquence venez-vous ?* Oh (soupir) je... irrégulier. Quand j'ai envie de venir, quand je suis assez bien moi dans ma tête, je viens. Mais [...] c'est jamais prévu, c'est jamais organisé » (Mme Aubort, interview individuelle).

Il est facile d'observer un décalage entre les conjoints concernant leurs attentes vis-à-vis de la fréquence des visites de Madame. Pour Monsieur :

« A présent qu'elle est à la retraite, elle sera de nouveau un peu plus disponible, pour qu'on se promène un peu plus souvent. *Vous vous en réjouissez ?* Oh oui, c'est clair » (M. Aubort, interview individuelle).

Or, étant donné que son épouse est âgée de 72 ans, il est fort probable qu'elle soit déjà à la retraite depuis plusieurs années. Les troubles cognitifs de Monsieur l'empêchent peut-être de le réaliser, mais il est également possible qu'il se défende de voir la situation telle qu'elle est, car elle lui est douloureuse. Quoi qu'il en soit, ses attentes concernant des visites plus fréquentes de la part de sa femme semblent vouées à la déception. Il est en effet frappant que Madame parle des attentes de son mari concernant ses visites, mais jamais de ses propres attentes à elle. D'ailleurs, à la fin de son interview individuelle, elle affirme :

« Je suis libre [...]. C'était la fête [des familles] ici samedi pis je suis pas venue, parce que j'étais prise ailleurs [...], alors qu'il m'a attendue [...] » (Mme Aubort, interview individuelle).

Leurs propos respectifs montrent que Madame est toujours l'initiatrice des visites : c'est elle qui décide à quel moment elle souhaite voir son mari et à quel moment elle a besoin de mettre de la distance. Quant à son mari, il n'a aucun pouvoir de décision sur la fréquence (et sans doute aussi la durée) des moments passés ensemble ; il pourrait néanmoins refuser qu'elle vienne, mais ce serait contraire à son désir d'être proche d'elle. D'ailleurs, lorsque Madame reproche à son mari de ne jamais se souvenir du temps passé depuis sa dernière visite (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux), elle ne comprend sans doute pas que la passivité à laquelle celui-ci est réduit peut jouer un rôle. Relevons que cette impression de Madame, que le temps passé entre les visites n'a aucune importance pour son mari, contraste avec la souffrance de ce dernier liée à l'espacement des visites.

Enfin, soulignons que si la fréquence des visites n'est pas abordée lors de l'interview du couple, c'est sans doute en raison du décalage entre leurs besoins et du fait que cette question est à l'origine de tensions entre les conjoints.

#### *Activités lors des visites :*

Bien plus que les autres couples ayant participé à notre recherche, les Aubort frappent par leur importante liberté concernant les activités à leur portée. Chaque visite de Madame est une occasion pour le couple de sortir de l'EMS dans le but de faire une promenade, puisque tous deux sont encore en bonne forme physique :

« Même s'il faut prendre le parapluie, on essaie toujours d'aller marcher [...]. Alors on va plus ou moins loin, des fois on fait un petit tour ici, des fois... voilà [...] » (Mme Aubort, interview individuelle).

« [Mon épouse] a encore son permis de conduire, sa voiture, alors on peut sortir un peu. (*Il énumère plusieurs lieux où ils se promènent*), on voyage, on sort un peu » (M. Aubort, interview individuelle).

Il arrive même que Madame vienne chercher son mari pour des escapades de plusieurs jours à la montagne. Par le passé, elle l'avait également emmené en voyage à l'étranger, mais elle n'a pas renouvelé cette expérience en raison de la désorientation de son mari : il lui était pénible de s'occuper de lui comme une aide-soignante et de devoir l'accompagner dans tous ses déplacements, de peur qu'il ne se perde. Cependant, malgré cette liberté de déplacement que leur envieraient sans doute bien des couples dans leur situation, leur plaisir lors des moments passés ensemble est plutôt mitigé, comme nous allons le voir.

#### *Communication lors des visites :*

Madame nous a donné de multiples exemples d'échanges tendus entre son mari et elle pendant les visites. Par ailleurs, nous avons été témoin pendant l'interview de couple d'interactions lors desquelles elle le dénigre et le met en échec, alors que Monsieur adopte une attitude inhibée (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux).

#### *Vécu des visites :*

Pour Madame, les visites à son mari sont souvent source de souffrance. Elles ravivent son sentiment de perte et le regret de ne plus pouvoir vivre en couple. Elles font d'elle également le témoin de l'aggravation progressive de l'état de santé de son mari :

« Je me rends quand même bien compte que... chaque fois que je le vois, y a quelque chose d'un petit peu moins bien que la fois d'avant. Dans sa manière d'être » (Mme Aubort, interview individuelle).

En contrepartie, rares sont les moments où Madame mentionne avoir du plaisir pendant les visites. Son plaisir semble d'ailleurs surtout déterminé par celui de son mari :

« (Alors que nous lui demandons comment se passent les visites) [...] disons [qu']il est content quand je viens » (Mme Aubort, interview individuelle).

Les propos de Monsieur montrent que pour lui les visites de son épouse sont plutôt synonymes de plaisir :

« Comment se passent les moments où votre femme vient vous rendre visite ? Oh ben très bien ! (rires) Oh oui [...] » (M. Aubort, interview individuelle).

Pourtant, le fait que ses propos soient limités, ses rires et le fait qu'il poursuive sur quelque chose de négatif (le fait qu'il soit triste lorsque sa femme repart) tendent à montrer que cette situation n'est pas si facile à vivre pour lui. Quant à leurs échanges houleux, il ne les mentionne pas. Relevons en outre que le plaisir lors des visites n'est mentionné par aucun des conjoints dans l'interview de couple, ce qui plaide en faveur d'un décalage dans leur manière de vivre ces moments.

#### *Fonctions des visites :*

Les fonctions principales des visites pour le couple Aubort peuvent s'énoncer comme suit :

- 1) Pour Madame : les visites lui permettent de ne pas complètement perdre sa relation de couple (nous nous référons ici à ses regrets de ne plus pouvoir vivre sa retraite à deux).
- 2) Pour Monsieur : les visites lui permettent de retrouver la proximité avec son épouse.

Cette distinction est importante, car elle est au cœur des décalages entre les attentes des conjoints par rapport aux visites. Elle montre aussi que pour Madame, la notion même de couple est mise en péril par le fait que son mari soit en EMS.

#### II.4.4 Couple Kaufman (F)

##### *Fréquence des visites et trajet :*

Les visites de Monsieur Kaufman à son épouse sont quotidiennes. Pourtant, il lui est difficile de faire le trajet séparant son domicile de l'EMS, en raison de son état de fatigue. Par conséquent, il s'est inscrit pour être hébergé dans l'EMS lui aussi. Au moment des interviews, il figure sur la liste d'attente :

« *Vous allez aussi être hébergé ici ?* Oh oui, parce que je commence quand même à en avoir marre, hein, le trajet toujours là [...]. Depuis où j'habite je dois traverser tout le centre commercial [...] pour aller de l'autre côté, pour prendre le [bus] [...] » (M. Kaufman, interview individuelle).

Dans les paragraphes qui suivent, nous comprendrons que s'il tient tellement à rendre visite à sa femme tous les jours malgré la pénibilité du trajet, c'est parce qu'il est en recherche de contacts sociaux, de moyens d'éviter l'isolement et la solitude.

##### *Activités et communication lors des visites :*

Les propos de Monsieur et Madame Kaufman témoignent d'un certain ennui et d'une pauvreté des activités faites en couple, de même qu'une pauvreté dans leurs échanges :

Madame : [...] (rires) qu'est-ce qu'on fait ? Tu viens le matin, tu lis le journal, moi je lis aussi quelque chose, plus tard tu vas peut-être à la cafétéria...

Monsieur : lire la tribune [...].

Madame : mais on parle pas beaucoup, on parle pas beaucoup, non.

Monsieur : qu'est-ce qu'on a, on n'a rien vécu [...] c'est toujours la même euh... (*il fait un moulinet avec ses mains*) chose.

*La même rengaine ?*

Monsieur : (rires) ah ouais ouais, qu'est-ce que vous voulez discuter ? On n'a plus la voiture, on peut plus faire des petits tours, c'est fini... ah ! (M. et Mme Kaufman, interview de couple)

Si Monsieur semble s'ennuyer lors des moments passés avec sa femme et avec les autres résidents, il passe de bons moments en compagnie des membres du personnel et des enfants des autres résidents, c'est-à-dire de personnes plus jeunes que son épouse et que lui-même :

« (*A propos de la fille d'une résidente*) elle et mon mari ils parlent beaucoup ensemble » (Mme Kaufman, interview individuelle).

D'après la recherche de Martin, Baldwin et Bean (2008), il serait habituel que le conjoint vivant à domicile cherche à compenser son isolement en essayant de créer des liens amicaux à l'intérieur de l'institution, notamment avec les soignants et les autres visiteurs. Il reste que parmi nos interviewés, seul Monsieur Kaufman en a parlé.

Par ailleurs, cette différence dans l'intérêt de Monsieur pour les activités en couple et les activités avec les personnes plus jeunes est sans doute due, au-delà des troubles cognitifs de son épouse, à

une certaine usure conjugale<sup>30</sup> et à des conflits (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Ainsi, pour Monsieur, la fonction principale des visites semble être d'éviter la solitude et de profiter des contacts sociaux permis par l'EMS.

Pour Madame, la fonction principale des visites semble être de passer du temps en couple, puisqu'elle aurait bien voulu au moment de la transition que son mari vienne vivre avec elle en EMS (ce qu'il fera effectivement quelques mois après les interviews).

#### II.4.5 Couple Lévy (H)

##### *Fréquence des visites et trajet :*

Madame rend visite à son mari hébergé entre une et deux fois par semaine, car l'EMS est, selon elle, mal desservi par les transports publics. Elle compte donc sur d'autres personnes pour la conduire :

« Ici [...], je trouve les gens géniaux. Là le boucher, [...] il m'a dit 'écoutez j'habite à côté de [l'EMS], si vous voulez je vous monte, et puis dans l'après-midi, je prends cinq minutes [...] pour vous rechercher'. J'ai été touchée. Et là j'ai la voisine en face, elle [...] y va tous les jeudis après-midis, parce qu'y a le culte les jeudis après-midi à l'EMS, et elle joue du piano. Donc elle y monte de toute façon [...] » (Mme Lévy, interview individuelle).

Pourtant, du point de vue du trajet en bus et peut-être aussi de son état de santé, Madame nous a semblé avantagée par rapport à deux autres conjoints qui viennent en visite tous les jours ou presque : Monsieur Kaufman et Monsieur Savoy. La fréquence de ses visites dépend sans doute avant tout d'un choix personnel ; en effet, Madame a manifesté à plusieurs reprises son besoin de prendre soin d'elle, maintenant que son rôle d'aidante à domicile a pris fin (cf. *supra*, I.1, Prises de décision et démarches).

Relevons encore que c'est uniquement Madame Lévy qui prend l'initiative de leurs retrouvailles :

« Si je veux manger avec lui, il faut que je téléphone la veille. [Le personnel] nous prépare une table » (Mme Lévy, interview individuelle).

De son côté, Monsieur n'a d'autre choix que de l'attendre (il ne sait même pas forcément quand elle vient), ce qui ne l'empêche pas de lui signifier son mécontentement lié aux moments où elle n'est pas là (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Il apparaît que pour Monsieur, les visites lui permettent de retrouver la proximité qui lui manque avec son épouse et de tenter de la convaincre de le reprendre à la maison.

##### *Activités lors des visites :*

S'agissant de leurs activités lors des visites de Madame, nous avons été frappée par le contraste entre le discours de chacun des conjoints. Les propos laconiques de Monsieur donnent le sentiment d'une pauvreté des activités :

« *Comment passez-vous le temps ensemble ?* [...] Oh... ben par exemple hier on a dîné ensemble, c'est tout (rires). *Vous avez dîné ensemble ?* (silence) » (M. Lévy, interview individuelle).

---

<sup>30</sup> L'usure conjugale peut être définie comme une conséquence de la routine liée à la vie commune sur la relation de couple : celle-ci se retrouve anesthésiée, vidée de toute sensation (Charrier, 2006). Ce dysfonctionnement peut aussi concerner les couples plus jeunes.

Le plaisir de passer du temps auprès de son mari transparait par contre dans le discours enthousiaste de Madame, alors qu'elle parle du même événement. Elle met en effet l'accent sur les attentions du personnel à leur égard et sur le plaisir que son mari et elle ont à se retrouver (cf. *supra*, II.2, Relations avec les soignants).

Dans leur interview de couple, Madame ajoute un nouvel élément à son discours : leur plus grande liberté, à tous les deux, depuis que son mari est en EMS, et leur possibilité d'avoir d'avantage de contacts sociaux. C'est un élément important à ses yeux :

« A la maison, [...] on n'avait pas la possibilité de faire autant qu'ici. Parce qu'ici je peux le prendre et on peut aller faire un tour, il n'est pas enfermé, [...] c'est pas une prison [...], parce que c'est chouette de venir manger avec lui, et puis pouvoir voir des gens, et puis aller dehors. À la maison, [...] il était tout seul devant la télé et il s'implique pas » (Mme Lévy, interview de couple).

Pour Madame, le fait de bénéficier de ces nouveaux contacts sociaux représente, avec le fait de passer du bon temps en couple, l'une des fonctions principales des visites. Par contre, la seule envie de Monsieur est de retourner à la maison, ce qui montre qu'il ne perçoit pas sa situation comme une nouvelle liberté.

#### *Communication lors des visites :*

Nous ne décrivons ici que brièvement les échanges entre les Lévy, puisque nous y reviendrons dans le chapitre sur les conflits conjugaux (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). En plus du fait que Monsieur reproche à son épouse de l'avoir placé en EMS, nous avons mis en évidence des escalades complémentaires au sens systémique (Watzlawick, Helmick Beavin & Jackson, 1972) entre les conjoints : en effet, dans l'interview du couple, plus Madame cherche à convaincre son mari de voir le 'positif' dans leur situation, plus son mari est mutique et déprimé, et réciproquement. La place prise par chacun dans l'interaction est renforcée par ces échanges. Leur manière de communiquer semble prise dans un véritable cercle vicieux dont il leur est difficile de sortir.

Pour Wright (2000), il n'est pas rare que le conjoint hébergé, de manière comparable à Monsieur Lévy, soit en colère et ait des ressentiments envers le conjoint vivant dans la communauté. Pour cette chercheuse, les relations de couple auraient donc généralement tendance à se détériorer après la transition<sup>31</sup>. Et même lorsque les attaques de la part du conjoint hébergé sont permanentes, le conjoint vivant à domicile continuerait généralement de lui rendre visite, en raison notamment de ses sentiments de culpabilité.

#### II.4.6 Couple Savoy (F)

##### *Fréquence des visites et trajet :*

Malgré un trajet difficile, Monsieur Savoy rend visite cinq fois par semaine à son épouse :

« Moi j'ai un peu de peine à marcher maintenant, des moments. Quand je viens là... ouais ça fait un petit bout. C'est pas facile à 82 ans. Ouais d'un coup ça se bloque, les jambes... » (M. Savoy, interview individuelle).

« *Comment vous déplacez-vous ?* Ben disons que, depuis [chez moi] je prends le [...] tram, [...] pis [...] je prends un bus après [...]. Moi j'ai pas l'habitude de ce quartier, [...] je venais jamais, là. [...] Et là on est

---

<sup>31</sup> Du point de vue du conjoint vivant à domicile, car l'auteure n'a pas interviewé de conjoint hébergé.

obligé de descendre [du bus] et puis faire le bout à pied pour aller à l'EMS. [Le bout à pied] fait bien un quart d'heure, hein. Je marche plus tellement vite [...], pis ça descend. *Est-ce que c'est difficile pour vous ?* Ouais des fois c'est un peu difficile [...] » (M. Savoy, interview individuelle).

Nous voyons dans la fréquence de ses visites un témoignage de son attachement pour son épouse, malgré une certaine usure conjugale (cf. *infra*, chapitre III.2, Conflits conjugaux).

Quant à son épouse, elle est consciente du fait que les trajets sont difficiles pour son époux et c'est une source d'inquiétude pour elle :

« *(A propos du fait de devoir vivre séparément)* évidemment que ça ne facilite pas les choses, parce que mon mari est fatigué, ce que je comprends. Mais comme on dit, il faut assumer [...]. Mais je me rends compte que pour lui, ça commence à devenir lourd [de faire les trajets] » (Mme Savoy, interview individuelle).

Et plus loin dans le même entretien :

« Vous avez remarqué comment il marche mon mari [...]. Il est pas cent pour cent, quoi » (Mme Savoy, interview individuelle).

L'inquiétude qui transparaît dans ces citations montre, de manière analogue aux propos de Madame Emery, une certaine précarité dans la situation des Savoy. En effet, nous nous demandons ce qu'il adviendra des visites de Monsieur, que le couple souhaite fréquentes, le jour où il aura plus de difficultés encore à se déplacer.

*Activités lors des visites :*

Les repas pris en couple constituent une activité centrale aux yeux des Savoy :

« *Comment se passent les moments où vous vous retrouvez les deux ?* Bon ben [...] c'est tout simple, hein. On boit un verre, [...] je mange à midi avec » (M. Savoy, interview individuelle).

« *(A propos des 'bons moments' qu'elle passe avec son mari)* C'est mon petit [...] picotin : [...] c'est [...] un repas... un peu plus que l'ordinaire » (Mme Savoy, interview individuelle).

Notons que les propos de Madame ajoutent une notion de plaisir à cette activité commune. Quant aux autres activités, elles paraissent limitées du fait de la fatigue de Monsieur et de la perte de mobilité de Madame :

« On discute. On regarde [...] la télévision. C'est une belle invention [...]. (rires) si y avait pas on sait pas ce qu'on ferait [...]. On remplacerait peut-être par le sport... mais voyez... c'est difficile vous savez » (Mme Savoy, interview individuelle).

« Quand je vois ici les gens qui marchent mal, qui sont tout tordus et qui vont ici ou ailleurs, je me dis on devrait pouvoir faire comme eux. Mais en ce qui me concerne, ça ne marche pas. *Ça ne marche pas ?* Non parce que je peux pas utiliser mes jambes. *Donc vous ne pouvez plus aller faire de promenades.* Oui... avec la carriole (*elle parle de la chaise roulante*). [Mais on ne le fait] pas systématiquement. Parce que déjà lui il est vite fatigué. Et puis [...] où voulez-vous aller ? » (Mme Savoy, interview individuelle).

Sachant que Madame Savoy est hébergée dans le même EMS que Madame Kaufman, il est curieux que ni elle ni son mari ne fassent référence aux activités organisées par l'EMS, dont nous a parlé Monsieur Kaufman. Il est possible que ces activités ne correspondent pas aux souhaits des Savoy, ou

bien qu'ils préfèrent rester en couple. Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné (cf. *supra*, II.3, Relations avec les autres résidents), il est fréquent pour les personnes âgées hébergées de chercher à se distancer des autres résidents, afin de préserver leur estime d'eux-mêmes (Christen-Gueissaz, 2008).

#### *Fonctions des visites :*

Compte tenu de ce qui précède, les visites représentent pour les Savoy des occasions de passer du bon temps ensemble et d'entretenir le lien de couple. Par ailleurs, elles permettent à Monsieur de s'occuper de son épouse, comme en témoigne l'extrait suivant :

« *(A propos du repas du soir)* si elle arrive pas, je lui aide à manger [...]. C'est normal [...] que j'aide ma femme [...] » (M. Savoy, interview individuelle).

En effet, bien souvent, le fait de prendre soin de son conjoint malade serait perçu comme quelque chose de naturel dans les couples, tant par l'homme que par la femme (Tilse, 1997). Par ailleurs, beaucoup de conjoints vivant dans la communauté feraient référence à leurs vœux de mariage pour justifier le fait d'aider leur partenaire hébergé. Aider l'autre fait pour eux partie de la relation de couple (Stadnyk, 2006).

#### II.4.7 Couple Perroud (H)

##### *Fréquence des visites :*

La proximité géographique entre l'appartement protégé où vit Madame Perroud et l'EMS lui permet de rendre visite deux fois par jour à son mari. Cette fréquence est quelque chose d'important aux yeux du couple :

« *(Quand son mari était à l'hôpital)* il [fallait] prendre le bus [...], et alors il [fallait] les heures de bus, il [fallait] penser à l'heure du bus pour revenir etc., c'était ça [...] qui me prenait un peu la tête. Alors une fois qu'il a été ici c'était l'idéal, ouais » (Mme Perroud, interview de couple).

« *Comment c'est pour vous qu'elle vienne deux fois par jour ?* Je suis très content » (M. Perroud, interview individuelle).

En outre, lors de son interview individuelle, Madame nous explique que la possibilité de rendre visite à son mari aussi souvent qu'elle en éprouve le besoin l'aide à mieux accepter de devoir vivre séparée de lui :

« Ça me donne le courage de repartir là-bas (*sous-entendu dans son appartement protégé*) en me disant ben demain matin je reviens » (Mme Perroud, interview individuelle).

Relevons qu'une telle proximité géographique entre les lieux de vie serait sans doute une situation confortable pour d'autres conjoints vivant dans la communauté, tels que Monsieur Kaufman et Monsieur Savoy, dont les visites sont quotidiennes ou presque, et dont les difficultés pour se déplacer sont importantes. Elle serait également profitable pour Monsieur Emery, si un jour il ne pouvait plus conduire.

### *Communication lors des visites :*

Nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, la relation de couple des Perroud nous est apparue comme particulièrement harmonieuse. Les moments passés ensemble sont faits de partage et de sollicitude. Chacun profite pleinement de la présence de l'autre à ses côtés :

« On oublie qu'on est dans cette chambre [...], on est ensemble, quoi » (Mme Perroud, interview individuelle)

« On a comme une [...] vie commune, des habitudes de vieux couple [...]. On s'assied l'un à côté de l'autre, pis on dit rien. Mais on est ensemble » (M. Perroud, interview individuelle).

Si le plaisir est présent lors des moments passés en couple, il y a néanmoins un bémol : il semble rester pour Monsieur un certain sentiment d'incomplétude, lié au fait de ne plus pouvoir vivre sous le même toit que son épouse. Ceci expliquerait notamment pourquoi il montre sa déception ou sa frustration lorsque sa femme part en week-end ou en voyage (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Mais s'il exprime ce sentiment d'incomplétude lors de son interview individuelle, il ne le fait pas dans l'interview de couple. Ainsi, il garde le silence lorsque sa femme affirme que ses visites biquotidiennes rendent la séparation moins difficile (cf. *supra*, I.1, Prise de décision et démarches).

### *Fonctions des visites :*

Mis à part le fait de passer de bons moments ensemble et de moins souffrir de la séparation, les visites de Madame Perroud remplissent deux autres fonctions. Elles lui permettent de s'occuper de son mari ainsi que d'entretenir les liens familiaux entre celui-ci et leurs descendants :

« Je m'occupe encore de sa barbe (éclate de rires) [...]. De ses cheveux, parce que [j'ai] toujours coupé ses cheveux, des trucs qu'on a eu l'habitude de faire pendant nos 53 ans de mariage [...]. Donc ça, ça reste » (Mme Perroud, interview individuelle).

« Il [me] demande après les petits-enfants, on a un arrière-petit-fils déjà (rires), donc euh il aime bien rester au courant de tout ça » (Mme Perroud, interview individuelle).

A propos du fait pour une épouse de continuer de raser son mari hébergé, Ross, Rosenthal & Dawson (1997b) insistent sur le fait que c'est une tâche jugée importante aux yeux des couples, car elle donne l'occasion d'un contact intime.

## II.4.8 Conclusions

### *Participation aux activités :*

L'analyse de nos données montre qu'aux dires des couples, peu d'activités seraient proposées par les EMS. Dans d'autres cas, les activités leur seraient peu accessibles en raison de l'état de santé de l'un ou des deux conjoints. De manière générale, il y aurait peu de variété dans les activités et l'ennui guetterait les couples qui manquent de moyens de passer du temps hors de l'EMS.

De manière analogue, Martin, Baldwin & Bean (2008) dénoncent le manque d'activités offertes aux couples dans les lieux d'hébergement pour personnes âgées : « les thérapeutes devraient défendre les intérêts des personnes mariées en encourageant les établissements spécialisés à offrir des programmes qui permettent aux conjoints de partager des activités ayant du sens pour eux, de même qu'avec d'autres couples » (notre traduction ; p. 53). Ces chercheuses ont donné l'occasion à

six couples séparés par l'hébergement de l'un des conjoints de participer à une activité de jardinage. Elles ont montré que cette expérience permet aux couples de s'investir dans une activité qui a du sens pour les couples, qu'elle s'est avérée stimulante et leur a prodigué un sentiment de maîtrise sur leur environnement, sentiment qui s'était émoussé en raison de la transition. Elle a également permis aux couples de bénéficier d'une meilleure intégration sociale et de nourrir la relation.

Pourtant, si cette idée d'introduire plus de richesse dans les activités est fort intéressante, reconnaissons avec Stadnyk (2006) que même les activités les plus quotidiennes telles que le fait de regarder la télévision ou partager un repas peuvent avoir du sens pour les couples. D'ailleurs, plusieurs couples ayant participé à notre recherche en ont témoigné. L'auteur affirme que le plus important dans une activité est qu'elle permette le retour au familier : « ce n'était pas seulement les visites ou le soutien mais également les activités partagées qui créaient un sentiment de continuité dans le couple. Les conjoints vivant dans la communauté modifiaient ces activités de manière à ce qu'elles soient adaptées au changement de lieu de vie ou aux changements (souvent liés aux pertes cognitives) dans la capacité de leur époux/se d'entrer en lien avec eux » (notre traduction ; p. 287).

Par conséquent, plus de variété dans les activités ne signifie pas forcément que les couples auront plus de plaisir à être ensemble. La qualité de l'entente y joue une part déterminante, y compris celle d'avant la transition. En effet, le style conjugal des couples âgés apparaît comme un élément qui change peu avec l'avancée en âge et l'hébergement de l'un des conjoints (Gladstone, 1995b ; Walker & Luszcz, 2009).

#### *Trajets et précarité des opportunités de visite :*

S'agissant des possibilités de visite, la situation de plusieurs couples interviewés semble précaire, puisque les conjoints vivant à domicile sont eux aussi âgés et atteints dans leur santé. Par conséquent, les trajets leur sont pénibles. Apparemment, rien ne semble proposé pour aider les couples dans cette situation. Si les difficultés de ces conjoints à domicile devenaient trop importantes, peut-être n'auraient-ils d'autre choix que de solliciter l'aide d'autres personnes pour les conduire (comme Madame Lévy) ou de faire la demande d'être hébergés eux aussi (comme Monsieur Kaufman).

Cependant, une importante proximité entre l'EMS et le domicile, comme c'est le cas du couple Perroud, ne serait pas forcément perçue comme un avantage par tous les couples. Ici encore, l'entente conjugale fait partie des éléments déterminants : pour les couples très conflictuels, cette proximité ne serait probablement pas perçue comme un plus. Et même dans le cas des autres couples, le risque d'une trop grande proximité serait la difficulté de l'un ou l'autre des conjoints de maintenir la distance conjugale dont il a besoin. Enfin, le conjoint vivant dans la communauté peut être attaché à son domicile, et ne pas avoir envie de déménager, même si cela lui permettrait de vivre plus près de l'EMS.

Par conséquent, nous ne considérons pas que le fait pour le conjoint de vivre à « deux pas » de l'EMS soit forcément favorable pour tous les couples. Une autre possibilité serait que l'EMS (ou une autre structure, comme le CMS) offre un service de transport à l'intention des conjoints incapables de se déplacer par leurs propres moyens.

#### *Fonctions des visites :*

Notre analyse montre la grande diversité des fonctions remplies par les visites. Certaines d'entre elles sont liées à la relation de couple en elle-même : il s'agit pour le couple de retrouver la

proximité, d'entretenir le lien et de passer de bons moments. Pour le conjoint vivant à domicile, il peut également s'agir de s'occuper de son conjoint hébergé ; et pour le résident, de chercher à convaincre le conjoint vivant à domicile de le reprendre à la maison.

Mais les visites remplissent encore d'autres fonctions, qui sont moins directement liées à la vie de couple : entretenir les liens familiaux, tromper l'ennui et bénéficier de contacts sociaux permis par l'EMS (pour le conjoint vivant à domicile).

Cette diversité contraste avec les conclusions de Ross, Rosenthal et Dawson (1997a,b,c). Ces chercheuses ont interviewé des épouses de résidents afin de savoir comment elles vivaient la séparation due à l'hébergement de leur mari. Pour elles, il y aurait *une* fonction primordiale des visites, partagée par *la grande majorité* des conjointes interviewées, le fait de prodiguer de la compagnie, de l'amour et du soutien au conjoint hébergé : « l'amour et le dévouement étaient les principales raisons données par les épouses pour justifier les visites. Cela illustre clairement la nature persistante du lien émotionnel entre les conjoints et la force des sentiments des épouses de résident pour leur mari. Les visites leur donnaient une opportunité de se sentir liée à lui et une manière de renforcer le lien conjugal. Leur mari continuait d'être important pour elles et le temps passé ensemble contribuait à la continuité de la relation et à leur propre bien-être » (notre traduction ; 1997a, p. 478).

La situation est bien moins « rose » pour les couples de notre échantillon, en raison de l'ennui, de l'usure conjugale et même des conflits. Johnson (1985), dans sa recherche sur les couples âgés dont l'un des conjoints souffre d'une maladie chronique, donne une image des couples âgés qui est bien plus proche de celle mise en lumière par notre analyse de discours. Elle insiste en effet sur le fait qu'il y aurait peu de romantisme dans leur manière de vivre leur relation, et que cette dernière serait davantage basée sur de l'attachement et de la loyauté.

Relevons que cette différence entre notre analyse et celles de Ross, Rosenthal et Dawson (1997a,b,c) peut être due à la plus grande mixité dans notre échantillon puisque nous avons interviewé chaque fois les deux membres du couple (au niveau du genre, mixité homme/femme ; au niveau du statut, mixité résident(e)/conjoint(e)). Par ailleurs, nous avons peut-être moins été piégée par le biais de désirabilité sociale que ces chercheuses, qui n'ont recueilli que le témoignage des épouses de résidents. En interviewant chaque conjoint séparément et ensuite en couple, nous disposons de paramètres plus complexes pour notre analyse.

Une autre différence entre notre analyse et la littérature scientifique consultée concerne le fait pour le conjoint à domicile de s'occuper du conjoint hébergé pendant ses visites. Les conjoints vivant à domicile que nous avons interviewés s'occupent peu de leur époux ou épouse et la plupart se disent soulagés de ne plus avoir à lui prodiguer de soins. Ce constat contraste avec les analyses de Ross, Rosenthal et Dawson (1997b,c), Gladstone, Dupuis et Wexler (2006) et de Dupuis et Norris (1997), selon lesquelles la plupart des conjointes souhaiteraient continuer de s'investir dans les soins à leur époux. Quant à Vézina et Pelletier (2004), ils affirment à propos des conjoints en meilleure santé que : « leur implication n'a pas de limite, [...] l'aide et les soins qu'ils apportent à [leur conjoint hébergé] occupe toute la place dans leur vie » (p. 67), et qu'ils ont de la peine à déléguer les soins aux soignants. Il est possible que ce décalage, entre d'une part notre analyse et d'autres part celles de ces recherches, dont il faut remarquer qu'elles proviennent toutes du continent Nord-Américain, soit influencé par le contexte social : en effet, dans les EMS de Suisse romande, les conjoints vivant dans la communauté sont peu encouragés à participer aux soins, et la situation est peut-être différente outre-Atlantique.

Enfin, à propos des opportunités de contacts sociaux permises par les visites, Stadnyk (2006) écrit qu'il est fréquent que les conjoints vivant à domicile investissent le nouveau lieu de vie de leur

conjoint hébergé, en créant des liens amicaux avec le personnel ou les autres résidents. Quant aux recherches de Tilse (1997) et de Martin, Baldwin et Bean (2008), elles montrent que le fait qu'ils rendent visite et puissent bénéficier de contacts sociaux leur permet d'éviter la solitude, ce qui concorde avec notre analyse, comme nous l'avons montré pour Monsieur Kaufman et Madame Lévy.

#### *Le vécu des visites :*

Contrairement aux conclusions de Ross, Rosenthal & Dawson (1997a), les visites ne sont pas forcément associées à du plaisir. Nous avons déjà mentionné l'usure conjugale et les conflits, ainsi que l'ennui ressenti par les couples, qui peuvent rendre les visites difficiles à vivre. A cela s'ajoute parfois, pour le conjoint vivant dans la communauté, la souffrance liée au fait d'être témoin de la dégradation de l'état de santé du conjoint hébergé, de même que les préoccupations ou la fatigue liées aux trajets.

S'agissant des couples interviewés, plaisir et souffrance semblent mêlés, dans une plus ou moins grande mesure. Si l'importance du plaisir, respectivement de la souffrance, varie selon les couples, il convient de souligner que les conjoints vivant dans la communauté éprouvent généralement moins de plaisir (ou plus de souffrance) lors des visites que leur conjoint hébergé.

#### *La fréquence des visites :*

Qui gère la fréquence des visites, et donc la distance dans le couple ?

Plus libre que son conjoint hébergé, le conjoint vivant à domicile est celui qui détermine en priorité la fréquence, le moment et la durée des visites. Quant au résident, il semble n'avoir que peu de marge de manœuvre, si ce n'est dans sa manière d'accueillir son conjoint. Cette perte de pouvoir des résidents concernant le choix du moment des visites les réduit à une passivité importante, qui renforce encore leur sentiment de perte de liberté. En effet, les visites, sensées faire plaisir au résident ou à la résidente, peuvent tomber mal pour lui ou pour elle.

Ce décalage entre les conjoints apparaît d'autant plus lorsque la relation est conflictuelle, notamment dans le cas des couples Rochat, Aubort et Lévy. Dans ces trois situations, la conjointe à domicile paraît plutôt intransigeante vis-à-vis de ses propres besoins de distance. Par conséquent, si la fréquence des visites est déterminée en partie par la difficulté des trajets et les contacts sociaux trouvés dans l'EMS, elle l'est bien plus par l'entente dans le couple et par l'investissement du couple par le conjoint vivant dans la communauté.

Relevons que, de manière générale, ce sont les résidents et les résidentes qui manifestent le plus le besoin de présence de leur époux ou épouse. En effet, Monsieur Aubort, Madame Emery, Madame Kaufman, Monsieur Lévy et Monsieur Perroud semblent souhaiter que les visites soient plus fréquentes, ou mieux, continuer de vivre auprès de leur conjoint (s'agissant des couples Rochat et Savoy, il est impossible de déterminer lequel des conjoints a le plus besoin de la présence de l'autre). D'après nous, cette différence peut être provoquée par la fragilité plus importante du conjoint hébergé, qui est durement atteint dans sa santé, et ce de manière irréversible. Les angoisses liées à la fin de la vie, de même que la possible perte du sentiment de soi induite par la maladie (Chardon, 2011), peuvent exacerber son besoin de proximité avec le conjoint vivant dans la communauté, d'autant plus que ce dernier représente le lien avec l'extérieur et avec la vie d'avant la transition.

Il est également probable que le conjoint hébergé souffre de la plus grande liberté du conjoint vivant dans la communauté. Réclamer la présence de ce dernier peut être pour le résident ou la résidente une stratégie pour le ou la retenir et finalement ne pas lui laisser le temps de créer d'autres liens.

Corollairement, les conjoints vivant à domicile sont ceux qui expriment le plus un besoin de liberté et de distance par rapport au conjoint hébergé. Ils affirment vouloir profiter du fait d'être encore autonomes, en raison de leur meilleur état de santé. Il leur est toujours possible d'investir d'autres domaines de leur vie que leur relation conjugale et peut-être même ressentent-ils l'urgence de le faire, puisque leur conjoint arrive au terme de sa vie. Ils éprouvent probablement aussi le besoin de se protéger de l'effet miroir engendré par l'état de santé du conjoint malade, les renvoyant potentiellement à leur propre vieillissement.

D'ailleurs, pour Martin, Baldwin & Bean (2008), les conjoints vivant dans la communauté peuvent souffrir d'un conflit interne depuis l'hébergement de leur partenaire, entre leur désir de préserver l'ancienne situation et la nécessité de s'adapter à la nouvelle. Ils doivent apprendre à vivre seuls (ce qui est souvent quelque chose de nouveau pour eux), même s'ils souhaitent préserver leur identité de couple, ce qui expliquerait leur plus grand besoin d'indépendance par rapport à leur partenaire. Quant à Stadnyk (2006), elle constate que le conjoint vivant à domicile doit préserver la continuité de sa propre identité, malgré ce qui arrive à son partenaire. Pour ce faire, il lui est nécessaire de s'investir dans des activités hors de la relation de couple, afin de traverser la crise induite par la transition.

### III. DYNAMIQUE CONJUGALE

#### III.1 Attachement

La théorie de l'attachement de John Bowlby (1969) et Mary Ainsworth (1969) est une référence importante en psychologie. Si, à son origine, le concept d'attachement a été utilisé principalement dans l'étude du développement socio-affectif de l'enfant, Favez (2013) rappelle qu'il concerne en fait tous les âges de la vie. En effet, le besoin de recevoir de l'affection et du réconfort demeure toujours présent. Les relations d'attachement précoces fondent les modèles internes qui guideront la vie relationnelle de l'individu tout au long de son existence et auront un impact important sur le vécu des relations de couple.

Le style d'attachement construit dans l'enfance (sécure, insécure-évitant ou insécure-ambivalent, auxquels est parfois ajouté le style insécure-désorganisé) ne peut pas être facilement changé au cours de la vie, comme l'ont montré des études de follow up et rétrospectives (Parkes, Stevenson-Hinde & Marris, 1991). En raison de cette persistance, nous pouvons nous attendre à ce que ce style d'attachement influence le vécu des relations de couple à un âge avancé. La théorie de l'attachement, adaptée aux relations de couple, peut donc permettre un éclairage intéressant sur la situation des couples que nous avons interviewés.

Il reste que peu d'intérêt a été porté à l'attachement dans le couple. Pour Favez (2013), nous n'aurions à ce jour encore peu de connaissance sur les comportements adultes en matière d'attachement. Néanmoins, l'auteur insiste sur deux spécificités de l'attachement dans les relations de couple :

- la symétrie, « chaque partenaire [...] 'fournissant' de l'attachement à l'autre » (p. 50),
- l'inclusion de besoins absents de la relation parent-enfant, dont la sexualité.

L'auteur se réfère également à deux modèles portant sur l'attachement dans le couple, dont celui d'Hazan et Shaver (1987). Ces chercheurs ont repris les trois principaux styles d'attachements décrits par Bowlby (1969) et postulent qu'ils restent les mêmes dans les relations conjugales. Ainsi :

- Les personnes adultes ayant un attachement sécure éprouveraient de la confiance dans leur relation de couple. Elles seraient capables d'acceptation envers les défauts de leur partenaire et envers les aléas la relation.
- Les personnes adultes ayant un attachement insécure-évitant manqueraient de confiance dans leur relation de couple et éprouveraient de la crainte vis-à-vis de l'intimité.
- Les personnes adultes ayant un attachement insécure-ambivalent rechercheraient la fusion avec leur partenaire. Elles ne seraient jamais pleinement satisfaites et éprouveraient des sentiments extrêmes de jalousie.

Ce modèle, parmi d'autres, montre qu'un attachement non sûr est lié avec un ensemble de perturbations dans le couple. En effet, les comportements de désactivation (insécure-évitant) ou d'hyperactivation (insécure-ambivalent) de l'attachement malmèneraient la relation. Les partenaires éprouveraient moins de satisfaction conjugale. Les séparations et la violence conjugale surviendraient plus fréquemment. A l'inverse, un attachement sûr cimenterait le couple et lui permettrait de durer (Favez, 2013).

Dans les années 1990, Ainsworth (1991) s'est elle aussi intéressée à l'attachement dans le couple. En la paraphrasant, nous pouvons dire de l'attachement dans le couple qu'il se caractérise par :

- un besoin de maintenir la proximité avec le partenaire, source de sécurité,
- de la détresse et des protestations lors d'une séparation inexplicable,
- du plaisir lors des retrouvailles,
- du chagrin et un sentiment de solitude lors de la perte du partenaire et de la relation.

Par ailleurs, en nous référant à Weiss (1991), nous ajoutons les caractéristiques suivantes de l'attachement adulte, qui sont importantes pour comprendre l'attachement au sein des couples âgés :

- la menace pour soi, pour le partenaire, ou pour la relation de couple suscite des comportements d'attachement (anxiété et recherche de proximité, notamment),
- la spécificité de la figure d'attachement : une fois qu'un lien d'attachement s'est établi avec le partenaire, celui-ci n'est que difficilement interchangeable,
- l'impossibilité de contrôler consciemment l'attachement,
- la persistance : l'attachement ne décroît pas malgré la durée de la relation et persiste même en l'absence de renforcement,
- l'insensibilité à l'expérience : l'attachement tend à persister même si le partenaire est négligent ou violent.

Les différentes dimensions de l'attachement, répertoriée ci-dessus, apparaissent dans les discours de nos interviewés. Dans l'analyse qui suit, nous développerons donc le thème de l'attachement pour chacun des sept couples, en explorant (sous forme de sous-chapitres) :

- la souffrance liée à la séparation,
- le plaisir lié aux retrouvailles,
- la persistance de l'attachement,
- le besoin de proximité,
- les liens entre menace et attachement,
- la possibilité d'une perte de l'attachement.

Remarquons que ce découpage peut paraître parfois quelque peu artificiel, notamment lorsque nous séparons le besoin de proximité et la souffrance lors de la séparation. Si des chevauchements sont inévitables entre les catégories, nous les avons néanmoins séparées pour répondre aux besoins de l'analyse. En outre, relevons que pour certains couples, l'un ou l'autre sous-chapitre ne sera pas abordé, par souci de pertinence.

Enfin, nous ferons des hypothèses concernant le type d'attachement au sein de chacun des couples et réfléchirons à son impact sur le vécu de la transition et de la situation actuelle.

### III.1.1 Couple Aubort (H)

#### *Souffrance liée à la séparation :*

L'entrée en EMS de Monsieur Aubort, de par la séparation qui en a résulté, a engendré une souffrance du couple. Or, nous avons vu que la souffrance lors de la séparation des conjoints constitue l'une des composantes majeures de l'attachement. C'est un thème récurrent dans les propos de Madame, dans son interview individuelle et dans l'interview du couple :

*« Comment c'est pour vous de ne plus vivre sous le même toit que votre mari ? Oh c'est dur [...]. Je trouve que la vie [...] elle mérite plus d'être vécue » (Mme Aubort, interview individuelle).*

« (A propos du couple de l'extrait DECISION) [ce qu'on a en commun c'est cette] séparation [...] qui est venue, quoi (silence). Qui est pas drôle. C'est différent de ce que vous attendiez ? Oh oui ! Ah oui ! Moi j'attendais pas une vie comme ça ! » (Mme Aubort, interview de couple).

Monsieur manifeste également une souffrance liée à la séparation, même s'il lui oppose fréquemment quelque chose de positif, peut-être dans le but d'atténuer les affects douloureux :

« (A propos des visites) y a toujours un petit moment... dur à passer, quand on se sépare à nouveau... mais [...] elle a encore [...] sa voiture, alors on peut sortir un peu [...]. Maintenant qu'elle [...] est à la retraite, elle sera de nouveau un peu plus disponible, pour qu'on se promène un peu plus souvent [...] » (M. Aubort, interview individuelle).

Par contre, dans l'interview de couple, il s'arrête plus longuement sur sa douleur. Dans l'extrait suivant, il est très ému :

« [...] on s'est [rencontré] après des circonstances difficiles [...] et puis... maintenant on est [...] séparés. (Avec beaucoup d'émotion dans la voix) pardon ma chérie (il pose une main sur la cuisse de Madame), mais pour moi [...] c'est un second veuvage... ce séjour en EMS [...]. Malgré que... on se voit... régulièrement [...], je le vis comme ça. Qu'est-ce qui fait que vous le vivez comme un second veuvage ? Ben parce qu'on n'est pas ensemble ! On a passé tous les deux par des circonstances difficiles [...] et... on se retrouve maintenant... ah ! (sourir) on est séparés, on n'est plus ensemble, on est en EMS » (M. Aubort, interview de couple).

Comment expliquer que Monsieur s'exprime plus au sujet de sa souffrance lors de l'interview de couple que lors de son interview individuelle ? Il est possible que la manière dont il entre en contact avec son vécu ait évolué entre les deux interviews, car l'interview de couple a eu lieu une semaine après son interview individuelle. En effet, participer à une recherche telle que la nôtre n'est pas anodin et peut être à l'origine de changements personnels. Cependant, la présence de Madame dans l'interview de couple peut également avoir un effet : il lui est peut-être plus facile d'exprimer ses émotions en présence de son épouse qu'en étant seul avec une chercheuse qui a l'âge de ses petits-enfants et qu'il connaît à peine. En outre, en manifestant de la tristesse, il cherche peut-être à apaiser sa femme, en lui montrant qu'il souffre lui aussi de leur situation. Enfin, il peut s'agir d'une tentative de se rapprocher d'elle : l'interview de couple est peut-être à ses yeux une occasion de rechercher un échange vrai dans son couple. En ce sens, notre présence a pu faciliter l'expression dans l'interview de couple.

#### *Persistance de l'attachement :*

Peut-être plus que ceux des autres couples, les propos des Aubort témoignent de la persistance de l'attachement et de son insensibilité aux expériences négatives. En effet, leur attachement persiste malgré l'habitude liée à plus de 20 années de mariage<sup>32</sup> et en dépit du fait que leur relation soit très conflictuelle (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). A ce propos, cette petite phrase de Madame en dit plus qu'un long discours :

« Malgré tout [ce que je reproche à mon mari], je trouve que la vie [...] elle mérite plus d'être vécue [maintenant que nous vivons séparés] » (Mme Aubort, interview individuelle).

Quant à Monsieur, les extraits cités précédemment et le fait qu'il souhaite qu'elle le rejoigne en EMS témoignent de la persistance de son attachement envers son épouse.

---

<sup>32</sup> Remarquons toutefois que cette durée est nettement inférieure à celle des autres couples ayant participé à notre recherche.

### *Plaisir lié aux retrouvailles :*

Nous l'avons vu, l'une des composantes majeures de l'attachement est le fait que les retrouvailles avec la figure d'attachement, ici le conjoint, engendrent du plaisir. Nous pouvons mettre en évidence cette composante dans les propos des Aubort, malgré leurs conflits conjugaux :

« On a des très bons contacts, et puis on a toujours du bonheur à se rencontrer » (M. Aubort, interview individuelle).

« (A propos des visites qu'elle rend à son mari) souvent [il me dit] 'Je pensais justement à toi. Ah quel bonheur, tu es là !' [...] Ça me fait chaud au cœur [...] » (Mme Aubort, interview individuelle).

Cependant, le plaisir des retrouvailles est à nuancer pour Madame :

« Comment se passent les moments où vous êtes ensemble ? Ben... même si on se dispute un petit coup [...], c'est bien [...]. On essaie toujours d'aller marcher [...], c'est la seule chose qu'on sait faire ensemble [...]. Alors marchons » (Mme Aubort, interview individuelle).

Par ces propos ambigus, Madame nous transmet un double message : si elle se dit heureuse de rendre visite à son mari, elle insiste pourtant sur le fait que les activités qu'ils ont plaisir à partager ensemble sont limitées. Son plaisir est donc moins évident que chez Monsieur ; il est teinté d'ambivalence.

En outre, aucun d'entre eux ne mentionne le plaisir de se retrouver lors de l'interview du couple, malgré le fait que la troisième séquence vidéo proposée mette en scène une épouse rendant visite à son mari. L'occasion leur était alors donnée d'aborder la manière dont se passent les moments ensemble. Pour nous, cette situation provient plutôt de l'attitude de Madame : nous avons déjà mentionné sa froideur vis-à-vis de son époux tout au long de l'interview de couple (cf. *supra*, 3, Description des sept situations). Ce comportement ne témoigne pas d'un plaisir d'être ensemble et n'encourage sans doute pas son mari à aborder ce sujet. Toutefois, cela n'exclut pas le fait qu'elle puisse ressentir ce plaisir à d'autres moments.

### *Besoin de proximité :*

A propos du besoin de proximité dans le couple, nous constatons à nouveau l'ambivalence de Madame : si elle souffre de ne plus vivre avec son mari, elle le tient à néanmoins à distance, comme en atteste le fait qu'elle l'ait laissé seul lors de la fête des familles, organisée par l'EMS. De plus, elle affirme ne rendre visite à son mari que lorsqu'elle est suffisamment « bien dans sa tête » (cf. *supra*, II.4, Visites). Elle vient par conséquent toutes les deux semaines, ce qui montre qu'elle a avant tout besoin de prendre soin d'elle, plus que de proximité avec son mari.

En revanche, Monsieur exprime un net besoin de proximité avec son épouse :

« Si un jour [...] elle doit venir en pension, je souhaite qu'elle vienne ici, et qu'on soit en pension ici ensemble. Ou qu'on trouve autre chose et qu'on aille ailleurs [...]. J'espère que lorsqu'elle aura du mal à assumer sa vie, on se retrouvera ensemble. Quelque part dans une maison de retraite » (M. Aubort, interview individuelle).

Il poursuit d'ailleurs sa réflexion sur l'éventualité de vivre ensemble en EMS par l'importance, à ses yeux, de partager la même chambre :

« [Les couples en EMS qui ne vivent pas dans la même chambre ne] partagent pas la vie comme un couple devrait la partager [...]. *Quels sont à vos yeux les avantages d'avoir une chambre en commun ?*

La communion [...] spirituelle... et affective, aussi [...]. La lecture biblique ensemble [...]. *Et la communion affective ?* Oh ben... s'aimer, tout simplement ! » (M. Aubort, interview individuelle).

Il faut souligner que ni l'un ni l'autre ne témoignent directement de leurs besoins de proximité lors de l'interview de couple. En revanche, ils l'expriment de manière indirecte, en commentant les extraits vidéo pour Madame et en parlant des couples vivant dans l'EMS pour Monsieur :

« (A propos de l'extrait DECISION) [...] ce lieu de collaboration, de vie intime quoi, il est dans leur cœur, peu importe [...] le lieu [...] physique [...]. J'ai aimé ça alors [...], ça exprime leur amour, quoi » (Mme Aubort, interview de couple).

« (A propos des couples vivant ensemble en EMS) ça me réjouit ! Je les admire ! [...] Je me dis ben... c'est une bénédiction que Dieu leur accorde, à ces gens-là [...], d'être ensemble et de vivre une vie harmonieuse... ils ont l'air heureux. *Est-ce que vous les enviez parfois ?* Oh... je n'irai pas jusqu'à parler d'envie mais... je les admire » (M. Aubort, interview de couple).

Il est frappant de constater que lors de l'interview de couple, le besoin de proximité n'est exprimé qu'une seule fois de manière directe, par Monsieur. Cette situation provient sans doute de leur conflit conjugal et de l'ambivalence de Madame. Le besoin de proximité fait peut-être partie des sujets qui fâchent et qu'il vaut mieux ne pas aborder ensemble, sous peine d'avoir à vivre des interactions houleuses.

#### *Style d'attachement :*

La douleur exprimée par Madame Aubort, sa difficulté à accepter de devoir vivre séparée de son mari, bien que dix années soient passées, témoignent en faveur d'un attachement insécur-ambivalent. Le fait qu'elle déclare lors de l'interview du couple que la vie ne mérite plus d'être vécue peut-être compris comme un comportement d'hyperactivation de l'attachement (en d'autres mots comme un appel au secours), auquel son mari ne répond pas (du moins au moment des interviews).

Monsieur souffre lui aussi du fait de devoir vivre séparé de son épouse, même s'il utilise moins de comportement d'hyperactivation de l'attachement que celle-ci. Il est probable qu'il ait lui aussi un style d'attachement insécur-ambivalent.

L'insécurité de l'attachement des conjoints était probablement un aspect ayant rendu la transition particulièrement difficile pour le couple Aubort. Elle explique peut-être aussi leur climat relationnel tendu (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux).

### III.1.2 Couple Emery (F)

#### *Souffrance liée à la séparation :*

Les propos de Monsieur et Madame Emery, parfois accompagnés de pleurs, témoignent d'une importante souffrance liée à la séparation :

« *Est-ce que votre mari vous manque parfois ?* Bien sûr. *Qu'est-ce qui vous manque exactement ?* Tout [...]. Que je sois pas toute seule » (Mme Emery, interview individuelle).

« *Comment c'est pour vous de ne plus vivre sous le même toit que votre épouse ?* Ben c'est difficile [...] surtout le soir [...]. J'arrive à la maison et il faut être tout seul. Je pense qu'elle c'est la même chose, elle me dit aussi hein que c'est dur. Parce [qu']elle est seule aussi » (M. Emery, interview individuelle).

La thématique de la solitude est présente dans les deux extraits ci-dessus. Il est légitime de se demander ce qui, entre le sentiment de solitude et l'attachement pour un conjoint avec qui ils ne peuvent plus vivre, leur cause le plus de souffrance. Pour nous, il s'agit de leur attachement : dans leurs propos, « être seul/e » signifie surtout être sans leur conjoint. Il y a en effet beaucoup de monde autour de Madame, puisqu'elle se trouve dans une proximité forcée avec ses co-résidents, d'autant plus qu'elle partage sa chambre avec l'une d'eux. Elle n'est donc à proprement parler pas seule. Malgré cela, elle se sent « toute seule » lorsque son mari n'est pas là. Quant à Monsieur, il vit certes de manière isolée<sup>33</sup>, mais il est fort probable qu'il souffre avant tout de l'absence de son épouse. En effet, comme l'écrit Ainsworth (1991) à propos des différences entre l'attachement et les autres relations : « les amis ne suffisent pas à combler le vide quand on se sent seul (*sous-entendu : sans la figure d'attachement*), même s'ils peuvent rendre la solitude plus facile à supporter » (notre traduction ; p. 38). Il y a donc une différence de nature entre les relations d'attachement et les autres relations, et les deuxièmes ne parviennent pas à combler les manques vécus dans les premières.

#### *Besoin de proximité :*

Le besoin et la recherche de proximité apparaissent dans les propos des Emery, notamment dans ceux de Monsieur :

« (*A propos du lourd passé médical de son épouse*) on a souffert les deux [...], alors ça nous a soudés. Parce [qu']elle a pas mérité ça [...] et moi [...] non plus [...]. On est les deux alors maintenant, il faut se soutenir l'un l'autre, autrement je crois qu'on tiendrait pas » (M. Emery, interview individuelle).

Au-delà du besoin et de la recherche de proximité, les propos de Monsieur témoignent d'une certaine dépendance envers son épouse (ce qui est réciproque), d'un besoin qu'elle survive :

« Elle a eu énormément de volonté [...] autrement elle aurait pas tenu. Pis moi non plus » (M. Emery, interview individuelle).

Rappelons, avec Rosenkoetter (1996), que l'interdépendance entre conjoints est un aspect fréquent des couples âgés : en effet, avec les différentes pertes liées à l'âge (décès des proches, problèmes de santé, etc.), les conjoints âgés s'appuient progressivement de plus en plus l'un sur l'autre. Ainsi, la relation de couple à l'âge avancé remplirait progressivement des fonctions qui dépassent le champ de la relation amoureuse et sexuelle. En outre, Walker & Luszcz (2009) défendent l'idée d'une tendance au désengagement social chez les personnes âgées, et corollairement le fait qu'ils accordent progressivement de plus en plus d'importance à un petit nombre de relations significatives, dont leur relation de couple.

Les propos de Madame témoignent également d'un important besoin de proximité avec son mari, que rien ne peut remplacer. Relevons que si nous citons plus souvent Monsieur que Madame, c'est parce que le discours de cette dernière était plutôt restreint.

#### *Plaisir lié aux retrouvailles :*

Nous l'avons vu, le plaisir de se retrouver est l'une des caractéristiques importantes de l'attachement. Il est pourtant très peu présent dans les propos de Monsieur et Madame Emery. Nous l'observons uniquement dans ce petit extrait de l'interview de Madame :

---

<sup>33</sup> Mise à part son épouse, il ne se sent lié qu'à un de ses frères.

« [...] Mon mari vient tous les jours [...]. Je suis contente qu'il vienne [...] » (Mme Emery, interview individuelle).

Comment expliquer la rareté des extraits témoignant du plaisir de se retrouver dans leurs interviews ? Tous deux souffrent énormément du fait de ne plus pouvoir vivre ensemble en raison des problèmes de santé de Madame. Par conséquent, leurs récits lors des trois interviews sont particulièrement dramatiques. C'est probablement cette souffrance envahissante qui limite leurs possibilités de ressentir du plaisir ou d'autres émotions positives. Il faut en outre relever l'ennui qu'ils éprouvent lors des moments passés ensemble en EMS (cf. *supra*, II.4, Visites). Voici un extrait qui en témoigne :

« (*Avec les autres résidents*) [...] des fois je joue aux cartes parce qu'il manque une personne [...] mais... j'aime pas beaucoup [...]. *Mais vous le faites quand même ?* Je le fais quand même, parce que comme ça, ça peut aider mon épouse, voyez ? Comme elle aime bien jouer alors ça passe... parce que c'est dur de rester quand même toute la journée là. Elle me dit [...] que c'est pas facile de rester toute la journée sans rien faire. Surtout [...] qu'elle parle pas beaucoup [...] elle peut pas beaucoup parler [...] c'est difficile d'avoir une discussion avec » (M. Emery, interview individuelle).

### *Perte de l'attachement ?*

Cependant, malgré tout ce qui précède, certains moments de l'interview du couple Emery pourraient témoigner en faveur d'une certaine perte d'attachement de Monsieur envers Madame. En voici un exemple :

« (*Après avoir montré l'extrait ENSEMBLE*) *qu'est-ce que vous en pensez ?* [...] moi je pourrais pas tenir, de venir tout seul là [...]. *Tout seul ?* De venir ici, ça serait impossible pour moi. Je vivrais pas longtemps » (M. Emery, interview de couple).

Dans cet extrait, il est frappant que Monsieur parle de venir « tout seul » en EMS alors que son épouse y vit. Se sentirait-il seul malgré la présence de son épouse, en raison des troubles cognitifs de celle-ci et de leurs difficultés à communiquer ? En outre, à un autre moment de cette interview, Monsieur déclare que ça lui serait difficile de vivre en EMS avec son épouse en raison de leurs caractères respectifs (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux).

Cependant, ces deux moments de l'interview ne suffisent pas à témoigner d'une perte de l'attachement de Monsieur pour son épouse, car il est possible de leur opposer bien des propos montrant un fort attachement. Plusieurs interprétations, sans doute complémentaires, sont donc possibles :

- Premièrement, l'attachement constitue le fondement de leur relation : il est donc bien plus profond que les variations dans l'entente, par exemple. Par ailleurs, un attachement fort n'exclut pas un besoin de mettre parfois de la distance.
- Deuxièmement, les propos qui nous ont surpris et que nous citons ci-dessus proviennent peut-être du fait que Monsieur s'identifie fortement à son épouse : pour cette raison, il parle du fait de venir « tout seul » en EMS, comme son épouse l'a elle-même fait quelques mois auparavant.
- Troisièmement, il rejette l'EMS comme cadre de vie (cf. *supra*, II.1, Vécu de l'environnement (EMS)).

*Le style d'attachement :*

Nous postulons la présence d'un attachement sécuritaire chez les Emery. En effet, les deux conjoints ont confiance en leur relation de couple et s'appuient sur elle pour affronter leurs difficultés. Leur importante détresse au moment des interviews s'explique sans doute par le caractère récent de la transition et non par une insécurité de l'attachement.

### III.1.3 Couple Kaufman (F)

Ce qui nous frappe dans les interviews des Kaufman, c'est l'important déséquilibre entre les conjoints. En effet, si Madame manifeste un besoin de proximité et de la souffrance liée à la séparation, ce n'est pas le cas de Monsieur. Dans les propos de celui-ci figurent plutôt des indices d'une perte d'attachement pour son épouse, bien qu'ils coexistent avec d'autres propos témoignant de la persistance de l'attachement pour elle. Cette coexistence est peut-être liée au fait qu'il doit effectuer un travail de deuil et se protéger de ses affects douloureux.

*Besoin de proximité et souffrance liée à la séparation :*

Du côté de Madame, les deux extraits ci-dessous témoignent de son besoin de proximité :

« J'aurais voulu [que mon mari] vienne aussi [dans l'EMS]. Mais... quand on a parlé [...], il a pas voulu venir ici » (Mme Kaufman, interview individuelle).

« (*Vivre ensemble en EMS*) [...] pour mon mari c'est peut-être un peu ennuyeux [...]. Si je suis pas morte, ça va, on peut être ensemble, mais [...] je peux mourir avant lui [...]. *Comment ce serait pour vous de vivre ensemble ici ?* [...] Oh... je serais contente [...] mais lui (rires) d'abord il a dit 'oh ça coûte trop cher ici [...]. Non non, je viens pas' » (Mme Kaufman, interview individuelle).

Nous comprenons que le fait de vivre ensemble serait à ses yeux une perspective agréable, qui compenserait le fait de devoir vivre en EMS. Nous verrons que son mari semble ne pas voir les choses de cette manière.

Ce besoin de proximité est en lien avec la souffrance de vivre séparément dont elle témoigne, même si elle en minimise l'importance, lorsqu'elle compare sa situation avec celle de ses co-résidents veufs, divorcés ou célibataires :

« *Comment c'est pour vous de vivre ici alors que votre mari est à la maison ? C'est pas facile, mais je me disais tout le monde qui est ici, presque tout le monde, est seul* » (Mme Kaufman, interview individuelle).

Il reste qu'à aucun moment de son interview individuelle et de l'interview de couple, Monsieur n'a manifesté un désir d'être plus proche de son épouse. S'il lui rend visite tous les jours, c'est d'après son discours avant tout pour satisfaire un besoin de contact social en discutant avec les soignants et les enfants des autres résidents. Par ailleurs, il a certes prévu de venir lui aussi en EMS, mais d'après ses propos c'est avant tout parce qu'il est fatigué de faire le trajet tous les jours. Enfin, il ne souhaite pas être hébergé dans la même chambre que sa femme.

### *Perte de l'attachement ?*

Nous l'avons souligné, de nombreux indices témoignent d'une perte d'attachement dans les propos de Monsieur. Dans l'interview du couple, il montre qu'il souhaite maintenir sa femme à une certaine distance, notamment dans ce passage :

*Donc vous allez vous retrouver tous les deux ici...*

Monsieur : on [ne sera] pas dans la même [...] chambre, hein, [...]. Mais il y a des ascenseurs, on est vite là, hein.

Madame : deux chambres...

Monsieur : avec une porte qu'on puisse aller tout de suite à l'autre chambre (*sous-entendu, en cas de problème*) mais [...] chacun son lit. C'est mieux quand quelqu'un est malade [...] et pour deux c'est déjà pas assez large, hein ? (rires) (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Deux choses doivent être relevées ici. Il s'agit tout d'abord de l'empressement de Monsieur à nous dire qu'il ne partagera pas la chambre et le lit de sa femme. C'est sans doute important pour son image de lui-même de montrer qu'il ne souhaite pas partager l'intimité d'une femme gravement atteinte dans sa santé physique et aussi – du moins à ses yeux – cognitive, et qu'il ne considère probablement plus comme attirante. Par ailleurs, le fait d'être là pour son épouse quand elle ne va pas bien semble être désormais, à son point de vue, la seule raison d'être de leur relation de couple, ce qui montre encore une fois l'importance des vœux de mariage, même lorsqu'il n'y a plus d'attachement. Monsieur ne vit apparemment plus Madame comme une épouse, mais comme une personne à protéger.

Par ailleurs, comme il l'exprime dans son interview individuelle, ce qui semble le plus déranger Monsieur dans le fait que son épouse vive en EMS, c'est l'aspect financier. À aucun moment il ne témoigne de regret lié au fait de ne plus vivre sous le même toit qu'elle.

Kaplan, Ade-Ridder, Hennon & al. (1995), dont la recherche porte sur les interviews de six épouses de résidents, montrent un processus analogue de perte de l'attachement. En effet, l'entrée en institution de leur mari (et plus largement ses problèmes de santé) a menacé, chez certaines d'entre elles, leur sentiment d'appartenance à un couple. Il est donc possible qu'il en soit de même pour Monsieur Kaufman : suite aux problèmes de santé irréversibles de son épouse et à l'entrée de celle-ci en EMS, son sentiment d'appartenir à un couple s'est amoindri, ce qui a eu pour conséquence de réduire son attachement à son épouse.

### *Persistance de l'attachement :*

Qu'en est-il de la persistance de l'attachement au sein du couple Kaufman ? Peut-elle être mise en évidence dans les interviews et nous permettre de nuancer les paragraphes précédents ? S'agissant de Madame, nous avons évoqué son besoin de proximité avec son époux, qui confirme la persistance de son attachement pour lui. Quant à Monsieur, un extrait de son interview individuelle nous interpelle :

*« Comment les sentiments pour votre épouse ont-ils évolué ? Y a-t-il eu des changements ? Qu'est-ce que vous voulez changer, dites-moi ? On a des soucis (il me décrit les problèmes d'œsophage de son épouse). Ça vous mine le moral ? Ouais naturellement. Est-ce que ça affecte votre relation aussi ? Non, pas du tout, ça pourrait aussi arriver à moi, hein ! [...] C'est pas toujours les « joyances » quand on est marié [...]. Y a des pour et contre, hein [...]. Quels sont les « pour » encore aujourd'hui ? [...] Quand on est jeune, hein, c'est bien quand on a une femme au lit (rires). Mais maintenant, est-ce qu'il y a encore des « pour » ? Non, elle est là et moi je suis à la maison, et avec l'âge [...] y a tout qui passe quand même, euh, vous pouvez rien faire » (M. Kaufman, interview individuelle).*

L'extrait ci-dessus témoigne de la notion de soutien inhérente à son couple. Ses propos renvoient aux vœux de mariage, notamment à celui d'être présent pour l'autre dans la maladie comme dans la santé, auxquels de nombreux couples âgés se réfèrent (Rolland, 1994). Mais il s'agit plus ici de loyauté et d'un sentiment de devoir envers elle que d'un véritable attachement. La non-satisfaction de ses besoins sexuels apparaît en outre comme une dimension importante de sa perte d'attachement.

#### *Le style d'attachement :*

Nous postulons l'existence chez Madame Kaufman d'un attachement sécure. Par contre, nous postulons la présence chez Monsieur Kaufman d'un type d'attachement insécure-évitant. En effet, il nous est apparu comme tenant son épouse à distance par des comportements désactivant l'attachement. Ce style d'attachement peut expliquer qu'il ait vécu la séparation avec une certaine neutralité émotionnelle, du moins de surface, de même que son attitude dénigrante envers son épouse (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux).

### III.1.4 Couple Lévy (H)

#### *Souffrance liée à la séparation :*

Dans les propos de Monsieur et Madame Lévy, la souffrance due au fait de ne plus vivre sous le même toit apparaît clairement, ce qui témoigne d'un fort attachement dans leur couple. Cependant, chaque conjoint exprime différemment cette souffrance. Pour Monsieur, c'est sous la forme de colère, comme en atteste l'exemple suivant :

« (A propos de la fréquence des visites de son épouse) ces temps-ci c'est tous les deux jours, je pense. Elle est venue hier (silence). Ça m'étonne d'ailleurs (rire amer) » (M. Lévy, interview individuelle).

Il est facile de percevoir l'attachement pour son épouse au-delà de ces manifestations de colère, ce que Monsieur confirme d'ailleurs de lui-même, comme nous le verrons plus loin (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Derrière sa colère, outre sa perte de liberté, il y a sa souffrance de se sentir abandonné, ce qui implique un fort lien d'attachement avec son épouse.

Dans les propos de Madame, la souffrance liée à la séparation apparaît aussi de manière récurrente. Elle se manifeste par des sentiments de tristesse liés au fait de ne plus vivre sous le même toit que son époux (cf. *infra*, III.3, Intimité), de même que des sentiments de culpabilité, liés au fait d'avoir placé son époux en EMS :

« Je lui ai demandé la dernière fois 'comment tu vas aujourd'hui?', 'bien puisque t'es là. Mais tu n'étais pas venue hier, ni avant-hier'. Merci de me culpabiliser ! » (Mme Lévy, interview individuelle).

Notons en outre que, dans leur interview de couple, Madame se bat pour que sa propre souffrance soit reconnue par son époux (et peut-être également pour s'assurer qu'elle soit reconnue par nous-même). Mais celui-ci est si aveuglé par sa propre colère qu'il s'imagine être le seul à souffrir. Il ne reconnaît pas la souffrance de sa femme et se réfugie dans le mutisme (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Ces moments de l'interview du couple montrent que leur séparation est à l'origine d'une souffrance importante de chacun d'eux. Ils illustrent les sentiments ambivalents qui peuvent être éprouvés par le conjoint restant à domicile. Le fait que Madame ait pris la décision du placement n'enlève pas sa souffrance.

### *Plaisir lié aux retrouvailles :*

Le fait que leurs retrouvailles engendrent du plaisir n'est mentionné que par Madame :

« Une chose qui est quand même agréable c'est se trouver, et se faire comme une petite fête, boire un verre de vin, et pis être ensemble. Et puis encore échanger quelques souvenirs, échanger [...] quelques vécus » (Mme Lévy, interview de couple).

Quant à Monsieur, il est trop en colère pour ressentir, ou reconnaître l'existence de ce plaisir :

« *Qu'est-ce que ça vous fait quand elle vient vous rendre visite ?* (silence) pas grand-chose » (M. Lévy, interview individuelle).

Comment se fait-il que Madame mentionne leur plaisir lors des retrouvailles, alors que Monsieur ne le fait pas ? Nous faisons l'hypothèse que c'est parce que lui-même n'a eu aucun pouvoir sur la situation. A en croire son épouse, c'est elle qui a décidé seule de son hébergement. Le fait qu'il ait été réduit à la passivité explique sans doute son sentiment de colère envers elle et sa difficulté à profiter des bons moments ensemble.

### *Menace pour l'autre et attachement :*

Comme nous l'avons évoqué, la peur face à une menace perçue pour le partenaire est susceptible, au même titre que la peur face à une menace perçue pour soi-même ou pour la relation de couple, d'engendrer des comportements témoignant de l'attachement, en particulier le fait de rechercher la proximité (Weiss, 1991). Nous avons mis en évidence cette peur pour l'autre dans les propos de Madame Lévy :

« *(Lorsque son mari a fait une grave hypoglycémie à la maison)* [les pompiers] sont venu avec la grue jusqu'à la fenêtre, et ils l'ont embarqué [...]. J'avais les genoux qui faisaient bravo (rires). *Vous aviez très peur ?* Ah oui quand même un peu ! [...]. *Ça devenait dangereux de le garder à la maison.* Ah de toute façon, il mourait [...] c'est pas une mort violente, c'est pas douloureux, mais j'étais pas pressée (rires) » (Mme Lévy, interview individuelle).

### *Besoin de proximité :*

Le besoin de proximité n'est exprimé que de manière implicite dans l'interview individuelle de Monsieur. Nous avons vu plus haut qu'il est sans doute trop en colère pour reconnaître son plaisir lors des visites de son épouse. Il en est certainement de même concernant son besoin de proximité (cf. *infra*, III.3, Intimité). Quant à Madame, elle est ambivalente vis-à-vis de la proximité avec son époux : elle souhaite être proche de son mari seulement dans la mesure où cette proximité n'entrave pas son autonomie. Cette ambivalence est confirmée par d'autres propos :

« *Votre extrait vidéo préféré était donc l'extrait ENSEMBLE ?* Oui. Très net [...] le couple qui est encore ensemble, qui est encore dans les bras l'un de l'autre [...], ça serait mon idéal » (Mme Lévy, interview de couple).

Si cet extrait exprime clairement le besoin de proximité de Madame et sa nostalgie de son couple d'avant, il n'en demeure pas moins que son désir d'autonomie reste le plus fort. Par conséquent, elle ne prévoit pas de rejoindre Monsieur dans l'EMS.

### *Le style d'attachement :*

Compte tenu de ce qui précède, nous postulons l'existence chez Madame d'un style d'attachement sécure. En effet, au-delà des moments où elle dénigre son mari, elle nous est parue comme confiante dans sa relation de couple et à l'aise dans l'expression de ses sentiments envers lui. Il est probable que ce type d'attachement l'aide à s'adapter à leur nouvelle situation de vie (la transition a eu lieu trois mois avant les interviews), malgré des accès de tristesse.

En revanche, nous postulons chez Monsieur l'existence d'un style d'attachement insécure-ambivalent, comme en témoigne son sentiment d'être abandonné et sa jalousie suspicieuse (Favez, 2013) (cf. *infra*, III.3, Intimité). Il nous est apparu comme doutant fortement de l'amour de son épouse. Dans ces conditions, son hébergement lui est particulièrement difficile à vivre.

### III.1.5 Couple Perroud (H)

#### *Souffrance liée à la séparation :*

La souffrance provoquée par la séparation est un thème récurrent dans les propos des Perroud. Voici trois citations, accompagnées de nos commentaires :

- 1) « *Comment s'est passée votre arrivée ici ?* [...] J'ai eu de la peine. Maintenant ça va mieux [...]. *Ça a été difficile pendant combien de temps ?* Oh encore maintenant. De temps en temps je me dis 'ah... on aurait pu faire ci, on aurait pu faire ça'. Et j'ai senti que ma femme [...] ressentait la même chose [...]. Que de se séparer, c'était au fond un divorce [...], un divorce non voulu » (M. Perroud, interview individuelle).

Dans cet extrait, nous constatons qu'aux yeux de l'interviewé, la souffrance qu'il éprouve est aussi importante que si leur relation avait véritablement pris fin en raison d'un divorce qu'il n'aurait pas choisi.

- 2) « Bien sûr, je regrette [...], c'est vrai que l'autre jour j'allais justement chez ma fille [...] et [mon mari] m'a dit 'ah mais je viendrais bien avec', mais c'est plus possible, [...] ça me gêne (rires) parce que... on a tout le temps été ensemble, quoi (*beaucoup d'émotion dans la voix*), on a tout fait ensemble [...]. Donc [...], maintenant là j'arrive chez ma fille (*elle pleure*) [...] et c'est vrai, je suis seule, alors qu'il est [en EMS]. S'il pouvait encore se déplacer, on pourrait encore vivre un petit [...] noyau familial » (Mme Perroud, interview individuelle).

Nous avons évoqué la notion de solitude à propos du couple Emery. Nous la retrouvons chez les Perroud : le fait que Madame soit une femme très entourée, ayant une vie familiale et sociale riche, ne suffit pas à combler le manque ressenti en raison de l'hébergement en EMS de son mari.

- 3) Madame : [...] je crois que nous on a quand même réussi [...] à faire le pas, ma foi chacun est de son côté et puis...  
Monsieur : mais ça a été dur.  
Madame : mais ça a été dur, c'est sûr c'est dur [...] mais... t'étais content quand même que je vienne [...] matins et soirs (rires) [...]. Ça faisait moins dur, quoi [...] (M. et Mme Perroud, interview de couple).

Ici, il est intéressant de mettre en évidence le fait que Madame cherche à orienter leur discussion sur le positif. Cependant, Monsieur a probablement besoin, lui, qu'elle reconnaisse sa souffrance. Nous faisons l'hypothèse que les propos de Madame visent à recouvrir un sentiment de culpabilité, du fait d'avoir fait des démarches pour que son mari soit hébergé.

### *Besoin de proximité :*

Plusieurs propos de Monsieur et Madame Perroud témoignent de leur important besoin de proximité et d'un fort attachement. Pour Monsieur :

« (A propos de leurs 'habitudes de vieux couple') on s'assied l'un à côté de l'autre, pis on dit rien. Mais on est ensemble » (M. Perroud, interview individuelle).

Pour lui, l'essentiel est donc d'être ensemble, au-delà de ce qu'ils font et même s'ils n'ont pas grand-chose à se dire. La présence de son épouse lui suffit.

Madame, quant à elle, insiste sur la chance qu'ils ont de vivre près l'un de l'autre<sup>34</sup> :

« (A propos des visites) moi j'ai beaucoup de chance parce que je suis juste à côté, donc je peux venir euh quand je veux » (Mme Perroud, interview de couple).

Par ailleurs, un autre extrait tiré de l'interview individuelle de Madame montre que le fait de « tout raconter » à son mari lorsqu'elle fait des escapades leur permet de partager ce qu'ils ne peuvent plus vivre ensemble, en se recréant une forme de proximité :

« Il aime bien que je lui raconte tout [...], parce qu'il s'intéresse encore à moi ce que je fais, c'est ça qui est extraordinaire » (Mme Perroud, interview individuelle).

Enfin, Monsieur et Madame Perroud se rejoignent dans leurs besoins communs de proximité, comme le montre l'extrait ci-dessous :

Madame : (à propos de l'extrait DECISION) s'il la voit pas pendant quarante jours [...] (soupir). Moi ça me serait pas possible, quoi. Toi tu supporterais que je ne vienne pas pendant quarante jours ?

Monsieur : non.

Madame : (rires) alors ça va on est sur la même longueur d'ondes (M. et Mme Perroud, interview de couple).

Ces extraits montrent que le fait d'habiter proches l'un de l'autre pourrait être une solution intéressante pour les couples peu conflictuels et éprouvant un fort besoin de proximité, tels que les Perroud. Si les EMS pouvaient mettre à disposition plus régulièrement des appartements protégés pour les conjoints de leurs résidents, la séparation serait peut-être moins douloureuse.

### *Plaisir lié aux retrouvailles :*

Dans chaque interview des Perroud transparaît le plaisir d'être réunis lors des visites de Madame. Comme nous l'avons déjà mentionné, les moments ensemble sont vécus par les deux conjoints comme des moments « pleins », peu importe ce qu'ils font et s'ils ont des choses à se dire ou non (cf. *supra*, II.4.7, Visites). Mentionnons également le fait qu'ils savent profiter de ces retrouvailles, ce qui leur permet par moments d'oublier qu'ils ne vivent plus ensemble, pour reprendre les termes de Madame. Le fait qu'ils vivent peut-être mieux que d'autres couples leur séparation est sans doute déterminé à la fois par leurs ressources personnelles, leur relation conjugale harmonieuse et la proximité de leurs lieux de vie respectifs.

---

<sup>34</sup> Rappelons qu'elle occupe un appartement protégé « à deux pas » de l'EMS où se trouve son mari.

### *Menace pour l'autre/soi et attachement :*

Au moment des interviews, Monsieur et Madame Perroud sont conscients que Monsieur arrive à la fin de sa vie. Le sentiment de menace pour soi peut être mis en évidence dans l'interview de Monsieur :

« *Comment c'est maintenant pour vous d'être ici alors que votre femme est à la maison ? C'est dur [...]. Je sais bien que je n'en ai plus pour des années... on descend la pente... très vite (silence) » (M. Perroud, interview individuelle).*

Dans l'extrait ci-dessus, Monsieur fait lui-même le lien entre le sentiment de menace qu'il éprouve pour sa vie et le fait qu'il souffre de devoir vivre séparé de son épouse. Nous retrouvons cet élément dans la théorie de l'attachement : en effet, pour Weiss (1991), le sentiment de menace pour soi, pour l'autre ou pour la relation de couple, tend à induire des comportements témoignant d'un fort attachement.

Nous constatons en outre que Madame a peur pour son mari, ce qui favorise la recherche de proximité avec lui :

« Depuis deux jours il est sous morphine [...]. Ce mot 'morphine' (*beaucoup d'émotion dans la voix*), quand le médecin en a parlé [...], ça fait un petit choc » (Mme Perroud, interview individuelle).

Comme nous l'avons dit à plusieurs reprises, les Perroud nous sont apparus comme un couple particulièrement lié. Cela tient sans doute à la qualité de leur relation. Mais il est également possible que la proximité de la mort de Monsieur favorise les manifestations de leur attachement.

### *Le style d'attachement :*

Le couple Perroud est caractérisé par un attachement sécurisé des deux conjoints. Chacun a confiance en l'autre et en leur relation, de même qu'il sait faire preuve de tolérance envers les différences et les limites de l'autre. Ce style d'attachement aide le couple à s'adapter à sa nouvelle situation de vie, malgré les émotions douloureuses.

## III.1.6 Couple RoCHAT (H)

### *Perte de l'attachement ?*

Comme nous l'avons dit à plusieurs reprises, Monsieur et Madame RoCHAT forment un couple particulièrement conflictuel, et ce (d'après les dires de Madame) depuis le début de leur histoire conjugale. Leurs propos témoignent d'une importante usure du lien. En voici un exemple :

« *Est-ce que vous arrivez à identifier ce qui vous rend tendue [lors des visites] ? [...]* c'est son comportement, et pis y a plus rien entre nous [...]. Y a même pas de l'affection [...]. Moi je peux plus aimer un homme comme ça [...] » (Mme RoCHAT, interview individuelle).

Ces propos donnent l'impression d'une perte de l'attachement, mais celle-ci est antérieure à la transition.

Comment expliquer que, malgré tout, les RoCHAT se considèrent encore comme un couple ? Cela tient sans doute à la valeur importante accordée au mariage et à la famille par les couples de leur génération. Les propos de Madame le confirment :

« (En reprenant les termes de l'interviewée) c'est quoi votre devoir d'épouse ? (rires) Ben de venir le trouver, de faire ma B. A. ! (rires) [...]. Mais ça vous apporte quelque chose ? Non. Plus rien maintenant, [...] je peux pas dire que c'est une obligation, je viens... parce que c'est le père de mes filles. Garder le contact, parce que nous (elle parle de sa famille d'origine) on est très famille [...] » (Mme Rochat, interview individuelle).

Cependant, il y a peut-être encore d'autres raisons qui font qu'ils se considèrent comme un couple. Nous allons les aborder dans les paragraphes qui suivent.

#### *Persistence de l'attachement :*

Comme nous l'avons vu, la persistance de l'attachement en l'absence de renforcement, et même en cas d'expériences négatives dans le lien, est l'une de ses composantes. Les propos de Madame témoignent de cette persistance :

« (Alors qu'ils cherchaient ensemble un EMS pour accueillir Monsieur) On a été visiter deux-trois EMS et pis... on a visité (nom d'un autre EMS), mais [...] j'aimais pas, c'est froid là-bas [...] et puis à la (nom d'un autre EMS), parce qu'il avait été aussi une semaine quand j'étais partie [...] en vacances, [...] je l'ai mis là bas pendant la semaine pour pas qu'il soit seul à la maison parce que... j'avais un peu la trouille quand même [...]. Mais là-bas non plus ça a pas été, moi j'aimais mieux ici, et lui aussi pour finir » (Mme Rochat, interview individuelle).

Cette citation témoigne d'une forme d'attachement de Madame pour Monsieur, à plusieurs égards. Tout d'abord, Madame a participé à la recherche d'un EMS pour son époux, et en a donc fait une affaire de couple. Ensuite, elle était défavorable à l'hébergement de son mari dans l'un des EMS, car elle le trouvait trop « froid », ce qui montre qu'elle se préoccupe de son bien-être. Enfin, elle nous apprend qu'elle a mis son époux en court séjour par le passé lors de ses voyages, ce qui témoigne aussi d'une préoccupation pour son bien-être et d'une peur qu'il lui arrive quelque chose de fâcheux. Soulignons que, malgré les conflits et les ressentiments qu'elle éprouve envers son mari, elle se préoccupe tout de même de son bien-être.

Même si Monsieur est moins disposé que son épouse à explorer son vécu émotionnel, l'extrait suivant témoigne peut-être de la persistance d'un attachement pour son épouse :

« Maintenant par rapport aux sentiments que vous avez l'un pour l'autre... Oh je l'aime toujours. Donc y a toujours... De l'amour, oui oui, bien sûr. Mais est-ce que ça a changé ? Oui ça a un peu changé, mais [...] c'est pas anormal » (M. Rochat, interview individuelle).

Cette phrase doit pourtant être considérée avec prudence en raison de la contradiction avec d'autres propos de Monsieur, ainsi que du ton utilisé et de son attitude générale lors de l'interview individuelle (cf. *supra*, 3, Description des sept situations).

En revanche, il n'y a aucun signe de la persistance d'attachement dans l'interview de couple. Tous deux affichent de la froideur vis-à-vis du conjoint. Cette réticence à montrer de l'attachement pour l'autre témoigne sans doute de la profondeur de leur conflit.

#### *Plaisir lié aux retrouvailles :*

Nous avons vu que le plaisir provoqué par les retrouvailles est un aspect important des liens d'attachement. Pourtant, celui-ci est très peu présent dans leurs propos. Seul Monsieur s'exprime à ce sujet :

« Vous sentez-vous heureux quand votre femme vient passer du temps avec vous ici ? Bien sûr. C'est quelque chose qui est resté [malgré la séparation] ? Oui oui, bien sûr » (M. Rochat, interview individuelle).

Cependant, ses propos sont très vagues et sont accompagnées de ce ton caractéristique qui semble signifier que cela n'a aucune importance (cf. *supra*, 3, Description des sept situations). Quant à ses « bien sûr », ils nous questionnent : Monsieur Rochat répond-il par la positive car il croit que c'est ce que nous voulons entendre en tant qu'intervieweuse ? Il est en effet possible qu'un biais de désirabilité sociale ait influencé sa manière de répondre à nos questions, d'autant plus lorsque celles-ci induisaient une vision positive (comme dans l'extrait ci-dessus).

#### *Besoin de proximité :*

Chose étonnante, compte tenu des analyses qui précèdent, certains propos de Monsieur et Madame Rochat recueillis lors de leur interview de couple pourraient être interprétés comme témoignant d'un besoin de proximité :

« (Suite à l'extrait DECISION) C'est long un mois sans visites (sous-entendu : du conjoint) ? Oui oui c'est long » (M. Rochat, interview de couple).

*Est-ce qu'il y a un extrait que vous avez moins aimé ?*

Monsieur : c'est l'[extrait DECISION].

Madame : [...] oui [...] parce que cette coupure de trente jours, je vois pas pourquoi. On dirait une punition (M. et Mme Rochat, interview de couple).

Cependant, nous faisons l'hypothèse qu'ils ont formulé ces propos en étant véritablement centrés sur les extraits vidéo, en se mettant à la place de couples ayant une relation moins conflictuelle que la leur. En effet, d'autres passages montrent que si la proximité dans un couple leur paraît enviable, c'est tant qu'il ne s'agit pas de leur couple :

Monsieur : (à propos d'un couple qui vit dans l'EMS) ça se passe très bien [...].

Madame : ben voilà s'ils se sont toujours bien entendus, [...] ils ont eu une belle vie de famille, entre les deux et tout [...]. Vieillir ensemble c'est beau, je dis pas le contraire [...], mais ça sert à rien de, [...] moi je voudrais pas. [Si je devais entrer en EMS j'irais] le plus loin possible [d'ici] (M. et Mme Rochat, interview de couple).

Monsieur semble voir les choses de la même manière que sa femme – rappelons qu'il nous dit dans son interview individuelle que celle-ci ne lui manque pas du tout – même s'il est beaucoup moins clair dans leur interview de couple. Ainsi, nous observons que la présence du conjoint dans les interviews de couple peut avoir pour effet d'inhiber le discours.

#### *Le style d'attachement :*

La forte conflictualité au sein du couple Rochat indique un attachement de type insécure. D'après l'histoire conjugale et son attitude rejetante pendant l'interview du couple, nous postulons chez Monsieur la présence d'un style d'attachement insécure-évitant. Quant à Madame, le fait qu'elle soit restée plus de cinq décennies dans une relation aussi peu satisfaisante témoigne en faveur d'un attachement insécure-ambivalent : peut-être n'avait-elle pas confiance en la possibilité pour elle de vivre une relation de couple satisfaisante ?

### III.1.7 Couple Savoy (F)

#### *Souffrance liée à la séparation :*

La principale difficulté des interviews avec Monsieur et Madame Savoy était leur réticence à mettre des mots sur leur ressenti.

Ainsi, alors que nous lui demandons comment c'est pour elle quand les visites de son mari prennent fin, Madame nous dit sèchement qu'elle met « la bagatelle à part » (cf. *infra*, III.3, Intimité). De toute évidence, elle n'a à ce moment aucune envie d'aborder ce sujet avec nous. Nous faisons l'hypothèse que cette attitude découle d'une souffrance liée à la séparation et qu'elle cherche à mettre cette souffrance à distance.

Cette souffrance possible de Madame trouve un écho dans le discours de Monsieur :

« *Comment c'est pour vous de ne plus vivre sous le même toit que votre épouse ? Ouais ça c'est [...] un peu dur, hein. Ouais. Qu'est-ce qui est le plus dur ? Bon ben c'est quand je pars le soir (rires) [...] quand je quitte [...]. Donc c'est le fait d'arriver chez vous le soir et qu'elle ne soit pas là ? Ouais* » (M. Savoy, interview individuelle).

Monsieur semble minimiser sa souffrance. Concrètement, nous le voyons à l'expression « un peu dur » et à ses rires alors qu'il parle de quelque chose de difficile à vivre. Monsieur Savoy ne s'autorise pas tellement à exprimer (et à vivre ?) ses émotions. D'autres moments des interviews confirment cette hypothèse, comme nous le verrons à propos de la persistance de l'attachement.

Par ailleurs, Monsieur et Madame ne mentionnent pas, dans l'interview du couple, que leur séparation est source de souffrance. Peut-être n'ont-ils pas l'habitude de parler ensemble de leur vécu émotionnel, ce qui expliquerait aussi pourquoi leur interview de couple est très pauvre en termes d'attachement. Mais il est également possible que ce soit dû à une ambivalence des sentiments de l'un envers l'autre (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux).

#### *Persistance de l'attachement :*

Certains propos de Monsieur et Madame Savoy témoignent de la persistance de leur attachement, malgré une usure conjugale et quelques tensions (cf. *infra*, III.2, Conflits conjugaux). Ainsi, pour Madame :

« *Avez-vous quelque chose à ajouter concernant votre relation de couple ? Si on peut dire qu'on s'aime toujours bien, (incompréhensible) qui disparaissent. Qu'est-ce qui disparaît ? [...] la vie sentimentale. La vie sentimentale disparaît, mais vous vous aimez toujours bien, c'est ça ? Oui. Pourquoi elle disparaît ? [...] L'ardeur de la jeunesse mais... c'est pas dramatique. Ça ne vous manque pas, donc. Non... on a assez à faire avec nos [...] pilules* » (Mme Savoy, interview individuelle).

Dans cette citation, nous voyons que l'attachement persiste donc malgré la longévité de la relation conjugale et de l'absence de renforcement, voire même des sentiments ambivalents qui peuvent être éprouvés pour le conjoint.

Les propos de Monsieur témoignent eux aussi d'une persistance de l'attachement envers son épouse :

« *(A propos de ses sentiments pour son épouse) c'est toujours pareil. C'est-à-dire ? (rires) C'est-à-dire... c'est toujours pareil, hein. Et si vous deviez décrire vos sentiments, vous les décririez comment ? Oui ben que je l'aime [...] comme avant* » (M. Savoy, interview individuelle).

Le fait que Monsieur ne fasse pas du tout allusion à l'usure de leur couple est néanmoins interpellant : nous faisons l'hypothèse que l'interviewé cherche à contrôler l'image qu'il donne de lui-même et de son couple. Cette impression est corroborée par le fait qu'il exprime peu son vécu.

*Le style d'attachement :*

Malgré une certaine distance affective et une difficulté des deux conjoints à exprimer leur vécu émotionnel, nous postulons la présence chez les Savoy d'un attachement de type sécure, car tous deux ont confiance dans leur relation de couple et s'appuient sur elle pour affronter les difficultés.

### III.1.8 Conclusions

Analyser la thématique de l'attachement dans nos interviews a révélé que la situation de chaque couple est complexe et unique. Nous relevons ci-dessous quelques tendances importantes.

Premièrement, la souffrance liée au fait d'être séparés est présente chez la majorité des couples et ce malgré le temps passé depuis la transition. Cette souffrance provient au moins en partie du fait que les interviewés savent que leur situation est irréversible : le temps où ils vivaient en couple à domicile est révolu. Quant au fait de vivre ensemble en EMS, ce n'est véritablement une perspective d'avenir que pour le couple Kaufman, mais ces conjoints ne sont pas de ceux qui recherchent le plus la proximité dans leur couple. La décision de Monsieur de rejoindre sa femme dans l'EMS est prise avant tout pour des raisons pratiques (s'épargner les trajets).

Deuxièmement, la recherche de proximité physique est compromise par des obstacles d'ordre pratique :

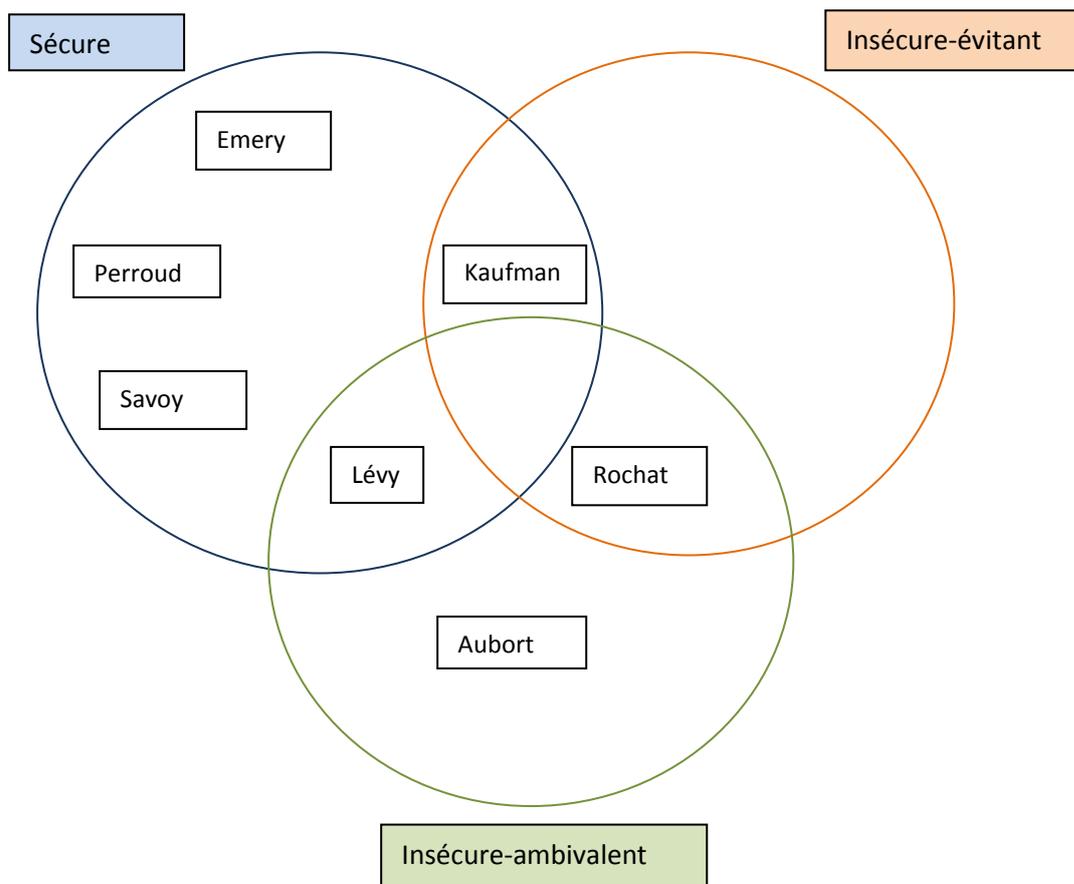
- Du côté des résidents, elle est difficile à mettre en œuvre car ils sont très limités dans leurs capacités de déplacement.
- Du côté des conjoints vivant à domicile, la plupart habitent relativement loin de l'EMS (seules Madame Perroud et Madame Rochat font exception) et les trajets sont parfois pénibles, voire impossibles sans l'aide d'une tierce personne (dans le cas de Madame Lévy).

Troisièmement, la recherche de proximité physique et affective apparaît souvent comme un phénomène unilatéral : ce sont les conjoint(e)s vivant dans la communauté qui ont le plus de moyens pour gérer la proximité dans le couple, bien que les résident(e)s puissent aussi le faire (par exemple, en cherchant à culpabiliser leur conjoint s'il ne vient pas assez souvent). La gestion de la distance conjugale revient donc avant tout, du fait de sa plus grande autonomie, au conjoint ou à la conjointe vivant à domicile, parfois en collaboration avec les soignants.

Quatrièmement, nous avons été frappée par la coexistence d'éléments témoignant d'une persistance de l'attachement et d'éléments témoignant d'une perte de l'attachement dans les discours de certains couples. Cette coexistence témoigne de la complexité de l'attachement dans les couples séparés par l'entrée de l'un des conjoints en EMS. Le vieillissement, source d'un accroissement de la variabilité interindividuelle (Lemaire & Bherer, 2005 ; Brouillet & Syssau, 2000 ; Laverjat, Pennequin

& Fontaine, 2005 ; Forest & Forest-Streit, 1980) et d'un processus d'individuation (Jung, 1990), mais aussi la longévité de la relation et la transition ajoutent des dimensions nouvelles.

Malgré ce caractère unique des relations d'attachement dans chacun des couples interviewés, notre analyse nous a permis de les répartir parmi les trois types d'attachement dans le diagramme de Venn ci-dessous. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, un attachement sécurisé dans le couple est en lien avec des conflits modérés, alors qu'un attachement insécurité est en lien avec des conflits plus importants. Par contre, un attachement sécurisé n'est pas forcément lié à une adaptation plus facile à la nouvelle situation, du moins dans les mois qui suivent la transition.



## III.2 Conflits conjugaux

En nous référant à un ouvrage de Dupré la Tour (2005), psychanalyste de couple, commençons par donner quelques considérations générales sur les conflits conjugaux. Pour l'auteure, le choix du partenaire se ferait toujours autour d'un conflit interne de base, lié à l'histoire infantile, voire même à la « préhistoire » (c'est-à-dire l'histoire des ascendants familiaux) de chaque individu. Par conséquent, chaque partenaire espérerait être libéré par l'autre de son conflit de base grâce à sa vie conjugale. Mais ce conflit ne manquerait pas de resurgir lors d'événements particuliers de la vie, et il est régulièrement à l'origine d'une crise dans le couple.

Dupré la Tour (2005) décrit la crise dans le couple comme se situant à l'articulation entre un événement de vie et la structure relationnelle du couple. Ainsi, si la crise éclate à partir d'un événement, elle révèle la structure sous-jacente du couple, c'est-à-dire les collusions défensives entre les conjoints ; en effet, dans la plupart des couples, chacun a pour rôle de participer à l'organisation défensive de l'autre. Par conséquent, dans chaque crise conjugale, deux niveaux seraient étroitement mêlés : la désillusion – ayant pour objet le conjoint, le couple et soi-même – et le dévoilement de la structure du couple, lié à un retour du refoulé et à l'échec de la collusion entre les partenaires, qui se rapporte à l'événement déclenchant la crise.

Pour l'auteure, la désillusion doit avoir lieu pour que la crise soit dépassée. C'est un processus normal et nécessaire, ouvrant sur un nouveau fonctionnement du couple. Chacun doit faire le deuil du partenaire et du couple idéaux. Derrière ce travail de deuil se profilerait le deuil jamais terminé de la relation avec la figure maternelle et celui d'un environnement s'adaptant continuellement à nos besoins. Finalement, pour que le couple perdure, il est nécessaire qu'il résiste à cette désillusion et parvienne à étayer le lien.

Pourquoi avons-nous choisi d'analyser les conflits de couples dans le cadre de notre recherche ? Parce que, dans nos données, les conflits conjugaux, ouverts ou larvés, ponctuels ou chroniques, passés ou présents, occupent une large place dans les propos des interviewés. Les questions suivantes nous paraissent donc dignes d'intérêt :

- quel est l'impact de l'hébergement en EMS de l'un des conjoints sur les conflits conjugaux ?
- quel est l'impact des conflits conjugaux sur la manière dont le couple vit la transition ?

Afin d'y réfléchir, nous étudierons les dynamiques conflictuelles des sept couples ayant participé à notre recherche. Nous mettrons en évidence le rôle que chacun des conjoints joue dans ces conflits, non pour mettre la faute sur l'un ou l'autre (les comportements des conjoints sont d'ailleurs interdépendants), mais pour comprendre l'implication de chacun. Nous analyserons et comparerons ce qui est dit dans chacun de ces couples à propos des conflits conjugaux avant et après la transition. De même, nous serons attentive aux dynamiques conflictuelles telles que nous avons pu les observer en direct lors des interviews de couple.

Pour ce faire, nous procéderons dans l'ordre suivant : des couples qui nous paraissent les plus conflictuels à ceux qui nous paraissent les moins conflictuels. En effet, les conflits conjugaux des quatre premiers couples sont les plus évidents, alors qu'ils sont plus diffus dans les trois autres couples :

	Importance du conflit
Aubort	Conjugopathie
Rochat	
Lévy	Conflit important
Kaufman	
Savoy	Conflit modéré
Emery	
Perroud	

Enfin, en déplaçant notre analyse du particulier au général, nous comparerons entre elles nos observations de chaque couple afin de synthétiser et mieux comprendre quel peut être l'impact de l'hébergement en EMS de l'un des conjoints sur les conflits conjugaux.

### III.2.1 Couple Aubort (H)

Le couple Aubort nous est apparu comme l'un des deux couples les plus conflictuels de notre étude, comme en témoigne notamment une tension importante dans l'interview de couple. Par ailleurs, la thématique du conflit conjugal est omniprésente dans l'interview individuelle de Madame. Quant à l'interview individuelle de Monsieur, une lecture très attentive est nécessaire pour y déceler quelques indices de conflits conjugaux, indices qui restent difficilement perceptibles si nous ne les mettons pas en rapport avec les propos de son épouse.

Malgré cette forte conflictualité, nous observons que les conflits du couple Aubort sont souvent déplacés, ou restent souterrains : en effet, l'objet du conflit n'est que rarement abordé de manière frontale entre les conjoints, alors que d'autres sujets, moins primordiaux, sont prétextes à des affrontements<sup>35</sup>, visant à décharger l'agressivité conjugale, en particulier celle de Madame.

Le conflit du couple Aubort nous apparaît comme étant de nature chronique. Nous pouvons même, dans son cas, parler de conjugopathie. Blassel (2006), psychanalyste, définit cette notion de la manière suivante : « le terme conjugopathie s'impose si le clinicien pense des troubles uniquement organisés par la relation de couple et relatifs à cette relation, [bien que] la clinique démontre qu'on ne rencontre pas de pathologie du couple indépendamment d'éléments psychopathologiques chez les sujets qui composent le couple » (p. 52). Nous comprenons donc la notion de conjugopathie comme une souffrance importante liée à la vie conjugale, qui affecte les deux conjoints et met en jeu des éléments psychopathologiques chez chacun d'eux (Michel, 2009).

Chez les Aubort, il s'agit en effet d'une souffrance liée à la vie conjugale, qui est massive pour Madame, mais bien réelle aussi pour Monsieur : il exprime, quoi que de manière discrète, une souffrance liée au fait que sa femme ne le reprenne plus à la maison et ait espacé ses visites. Quant à la présence d'éléments psychopathologiques chez les conjoints, Madame a souffert, voire souffre encore, d'une dépression : en témoignent le fait qu'elle dise ne plus trouver d'intérêt à la vie et son incapacité à faire le deuil, dix ans après la transition, de ses rêves d'une vieillesse à deux. Quant à Monsieur, il souffre d'une dépendance à l'alcool et de sérieuses conséquences psychiques et

<sup>35</sup> Cela évoque pour nous le concept de pseudo-hostilité, tel qu'il est décrit par Salem (2001).

cognitives liés à sa consommation d'alcool antérieure (il est aujourd'hui abstinent par obligation médicale).

De plus, à notre point de vue, la chronicité du conflit doit être considérée comme un élément important dans la notion de conjugopathie. À en croire Madame Aubort, leur conflit perdure depuis plus d'une décennie (rappelons que les Aubort ne sont mariés que depuis une vingtaine d'années ; ils ont eu donc peu d'années de sérénité). Dans ce cas, il s'agit d'une souffrance liée à leur vie conjugale et non de conflits ou de désaccords ponctuels.

#### *Avant la transition :*

L'analyse des discours concernant les conflits datant d'avant l'hébergement de Monsieur Aubort (bien que les informations soient rares et toutes issues de l'interview de Madame) montre que les rapports conflictuels du couple étaient déjà présents avant la transition. Madame décrit en effet son époux comme étant peu à peu devenu dénigrant vis-à-vis d'elle. Par ailleurs, elle dit qu'elle éprouvait déjà de la rancœur vis-à-vis de lui en raison de l'impact de sa consommation d'alcool sur son état de santé :

« Depuis quand est-ce que vous lui en voulez ? Oh (soupir) [...] quand le médecin m'a dit que c'était l'alcool [...], alors là [...] j'ai commencé à lui en vouloir » (Mme Aubort, interview individuelle).

#### *Après la transition :*

Pour aborder les conflits du couple Aubort depuis la transition, nous nous arrêterons sur le rôle joué par Madame dans le conflit, le rôle joué par Monsieur dans le conflit et enfin sur le caractère souterrain du conflit.

##### a) Le rôle joué par Madame dans le conflit :

La première chose qui frappe dans l'interview individuelle de Madame, c'est le fait qu'elle dénigre continuellement son mari, notamment en raison de ses problèmes d'hygiène et de ses troubles cognitifs. Elle cherche apparemment à nous donner une image très négative de lui et à nous prendre à parti. Voici un extrait qui en témoigne :

« Quand [le directeur] nous a demandé si [on acceptait de participer à la recherche, mon mari a répondu] : 'Ah on pourrait être des exemples pour les autres !' Ben justement, lui il est un triste exemple ! [...] C'est ça qui me gêne et lui il comprend pas (soupir) » (Mme Aubort, interview individuelle).

Dans la souffrance de Madame, il y a le fait que d'après elle, son mari soit dans le déni de la réalité, ce qui est sans doute déstabilisant pour elle. Cependant, il arrive que sa propre perception de leur situation soit aussi à questionner :

« C'est comme les visites ici [...], il se rappelle jamais, hein. Je lui dis 'quand est-ce qu'on s'est vus la dernière fois ?' C'est toujours y a dix jours. Si y a quinze jours, ou si y a trois jours, c'est la même chose, il me répond il y a dix jours. Alors pour lui ça a pas d'importance, quoi (soupir) » (Mme Aubort, interview individuelle).

A ce moment précis de l'interview, elle prend donc pour un manque d'intérêt pour elle ce qui n'est sans doute dû qu'à des problèmes cognitifs chez son mari, et ne tient pas compte du contentement

qu'il manifeste lors de ses visites (cf. *supra*, III.1, Attachement). Quant à ce dernier, craignant peut-être d'essayer culpabilisation et reproches, il adopte un comportement de façade : il essaie de masquer ses difficultés en répondant au hasard plutôt que de répondre qu'il ne sait pas.

Dans un même ordre d'idées, Madame, lors de son interview individuelle, se plaint de problèmes de communication avec son mari. Puisqu'elle a le sentiment qu'il ne partage pas la même perception de la réalité, elle estime que leur relation ne serait plus que superficielle. Pour Dupré la Tour (2005), les problèmes de communication constituent un motif fréquent de plainte pour les couples, les conjoints souhaitant le plus souvent s'en débarrasser. Pourtant, la restriction de la communication peut avoir une fonction défensive, parfois nécessaire à la survie du couple. D'un point de vue clinique, il est important de se questionner sur la fonction de cette restriction de la communication, qui peut être la seule défense contre le surgissement d'affects violents ou incontrôlables. Cette description de la fonction des problèmes de communication nous paraît particulièrement pertinente dans le cas du couple Aubort.

Par ailleurs, Madame Aubort montre qu'elle tient son mari pour responsable de leur situation actuelle. Elle lui reproche notamment d'avoir brisé ses rêves d'une vieillesse à deux :

« Moi je me suis pas trop gênée, j'ai dit que... [son état] me gênait beaucoup, et puis que c'était de sa faute s'il était ici, que c'était de sa faute s'il était comme ça [...] » (Mme Aubort, interview individuelle).

Cette citation témoigne d'une difficulté de Madame Aubort à accéder à un processus de désidérialisation de son conjoint, de son couple et finalement d'elle-même. Pour Dupré la Tour (2005), ce processus implique de reconnaître le bon et le mauvais en soi-même, de reconnaître ses propres limites à satisfaire les attentes du partenaire, d'accepter les limites de l'autre et enfin l'accès du couple à la position dépressive<sup>36</sup>.

Si Madame reproche à son conjoint d'avoir brisé ses rêves d'une vieillesse à deux en raison de sa dépendance à l'alcool, elle affirme cependant vouloir garder ses distances avec lui et s'investir dans des activités qui l'éloignent de son couple. Elle décrit également un sentiment de soulagement lié à l'hébergement de son mari et laisse entendre que c'était de son point de vue la seule solution. Rappelons que son besoin de distance la conduit même à ne pas se rendre à la fête des familles organisée par l'EMS, sous prétexte qu'elle a « autre chose » (cf. *supra*, II.4, Visites).

Ces deux composantes du vécu de Madame, la souffrance de ne pas pouvoir vieillir à deux et la prise de distance, témoignent d'une profonde ambivalence vis-à-vis de l'hébergement de son conjoint : d'un côté, elle se dit soulagée par l'hébergement et prend ses distances avec son époux, mais de l'autre, elle souffre profondément de ne plus pouvoir vivre dans un couple idéal.

Quant à la rancœur de Madame vis-à-vis de son époux, qui était comme nous l'avons vu déjà présente avant son entrée en EMS, elle s'est intensifiée par la suite :

« Est-ce que vos sentiments envers votre conjoint ont évolué ? Oh oui ! Oh oui alors, hein. Je dois dire que je lui en veux [...], parce que c'est de sa faute tout ça. » (Mme Aubort, interview individuelle).

Le fait pour elle de rejeter toute la responsabilité sur son conjoint est peut-être un moyen de se défendre contre des sentiments de culpabilité liés à son hébergement, voire même au rôle qu'elle a peut-être joué dans son alcoolisme (Van Caloen, Roussaux, Hers & Derely, 1989). Quoiqu'il en soit, Madame nous apparaît comme très mal à l'aise avec sa propre prise de distance vis-à-vis de son conjoint.

---

<sup>36</sup> Bienveillance et acceptation envers soi-même, son partenaire et son couple, malgré leurs faiblesses.

b) Le rôle joué par Monsieur dans le conflit :

Le conflit étant un phénomène interactif, voyons également ce qu'il en est de l'attitude de Monsieur. Comme en témoigne notre analyse de discours, celui-ci reste assez passif : il se refuse à voir et à aborder le conflit, ce qui évoque le déficit d'héroïsme de la personne alcoolique, décrit par Durand et Morenon (1972). Ainsi, Monsieur n'aborde pas la question des conflits conjugaux dans son interview individuelle et interprète la distance prise par son épouse comme un moyen pour elle d'honorer des engagements liés à une activité de bénévole :

« [Votre épouse] vient à quelle fréquence ? (d'une voix très aiguë) Pouh ! C'est variable. Mais... au début elle venait une fois par semaine, pis après ça s'est... étalé un petit peu, mais maintenant elle vient assez régulièrement. Parce qu'au début que j'étais ici, je faisais la semaine du lundi au vendredi, pis je passais le week-end à la maison. Alors elle venait me chercher régulièrement. Et puis... elle avait d'autres activités parce qu'elle s'occupe du CMS. Elle a des personnes âgées à... de qui s'occuper, et puis... elle a fait ça, donc dans l'organisation au CMS, et puis elle a gardé à la retraite, depuis la retraite des contacts avec des personnes... où elle fait du bénévolat... » (M. Aubort, interview individuelle).

Les ambiguïtés présentes dans cette citation, de même que le ton étonnement enjoué, témoignent d'un certain malaise de Monsieur Aubort lié à la question de la fréquence des visites de son épouse, laissant entrevoir que la situation le fait souffrir plus qu'il ne veut l'admettre, ou le laisser paraître.

Nous avons observé également de sa part des mécanismes de fuite devant les conflits dans l'interview du couple. La présence de tels mécanismes s'explique sans doute, en plus d'une propension au déni constitutive des pathologies alcooliques (Gaussot, 2000), par le fait qu'aborder le conflit, et par là même les raisons pour lesquelles il doit vivre en EMS, serait extrêmement douloureux pour Monsieur. Le bref échange que nous rapportons ci-dessous, illustre la manière qu'a Monsieur Aubort de fuir les situations conflictuelles avec son épouse. Dans cet extrait, ils ne sont pas d'accord sur l'identité du médecin qui a décidé de faire héberger Monsieur en EMS :

Madame : (*agacée*) mais c'est de quel médecin que tu parles ?

Monsieur : de... comment il s'appelle, [*nom*], celui qui passe ici.

Madame : (*agacée*) ouais mais c'est pas lui qui t'a fait venir ici ! C'est [*nom*] qui t'a fait venir ici.

Monsieur : ouais, (se racle la gorge) ah ouais celui de [*ville*] ?

Madame : (*agacée*) ben ouais, ton médecin traitant !

Monsieur : bon, enfin... je me trouve... dans cette situation, (inspire) j'essaie euh... de me conduire euh... aussi dignement que possible [...] (M. et Mme Aubort, interview de couple).

Notons que dans ce type de dialogues, Madame semble chercher à mettre son conjoint en échec, peut-être afin de justifier les reproches qu'elle lui adresse et diminuer ses propres sentiments de culpabilité.

c) Les conflits demeurent souterrains dans l'interview de couple :

Nous observons dans l'extrait cité ci-dessus qu'une dispute est proche d'éclater pour un sujet qui est finalement assez secondaire. En effet, ce qui fait le plus souffrir Madame n'est sans doute pas le fait que son mari confonde entre eux les différents médecins, mais plutôt le fait qu'il souffre de déficits cognitifs (lesquels ravivent probablement chaque fois sa colère) et doit vivre en EMS. Il est alors intéressant de constater qu'elle l'attaque sur une question annexe. Peut-être n'est-elle pas non plus en mesure d'aborder franchement le conflit en couple ?

Il est en effet très interpellant qu'elle se soit autant épanchée sur leurs conflits lors de son interview individuelle et qu'elle ait cherché à nous prendre à témoin des « injustices » qu'elle subit, mais qu'elle n'ait pas profité de l'interview du couple pour lui dire sa rancœur en notre présence. En effet, la froideur qu'elle affiche vis-à-vis de son mari et les regards de connivence qu'elle tente d'échanger avec nous lui permettent de nous signifier qu'elle est toujours aussi en colère contre lui, tout en évitant d'aborder le conflit avec son conjoint.

En raison de cette attitude de Madame et des mécanismes de fuite de Monsieur, le conflit n'est pas abordé de manière frontale. Nous constatons donc qu'en raison de leurs comportements respectifs, le véritable conflit demeure souterrain.

*En conclusion :*

Pour le couple Aubort, l'hébergement en EMS de Monsieur semble avoir amplifié des conflits préexistants et concrétisé l'échec du couple aux yeux de Madame. L'entrée d'un conjoint en EMS peut donc renforcer des enjeux liés à la culpabilité du conjoint vivant dans la communauté et la complexité de la situation. Il est néanmoins intéressant de constater que le lien de couple est toujours présent – être en conflit est une manière d'être ou de rester en lien – avec toutes les complications que cela implique du fait que les conjoints ne peuvent plus vivre sous le même toit.

### III.2.2 Couple Rochat (H)

A l'instar du couple Aubort, le couple Rochat souffre d'une conjugopathie. En effet, le conflit est chronique et prend ses racines très loin dans l'histoire du couple. A en croire Madame Rochat, qui profite de son interview individuelle pour s'exprimer à ce sujet, leurs conflits conjugaux auraient déjà commencé avant leur mariage et se seraient intensifiés au fil du temps, notamment dès la phase du « nid vide » (rappelons que les Rochat ont eu deux filles). Précisons que l'objet essentiel du conflit, selon Madame, est la dépendance à l'alcool de Monsieur, le fait qu'il dépensait une grande quantité d'argent dans la boisson et les sorties et qu'il ait entretenu une relation extraconjugale pendant vingt ans. Monsieur, quant à lui, mentionne l'existence de conflits, mais il reste très vague concernant leurs raisons. Toutefois, une analyse fine de son interview individuelle permet de comprendre qu'il ne se sentait pas libre de faire ce qu'il voulait à la maison. Il ne nous a pas été possible d'en savoir plus, Monsieur parvenant habilement à contourner nos questions, comme nous le verrons plus loin.

Par ailleurs, et cela justifie aussi le fait que nous parlions de conjugopathie dans le cas du couple Rochat, nous pouvons mettre en évidence la présence d'éléments psychopathologiques chez les deux conjoints. Aux dires de son épouse, Monsieur souffre en effet, depuis qu'il est jeune adulte, d'une dépendance à l'alcool. Par ailleurs, tous deux ont dû être traités par des antidépresseurs lors des derniers temps de leur vie commune, avant la décision de l'hébergement en EMS de Monsieur. Enfin, Madame déclare devoir prendre des anxiolytiques lorsqu'elle rend visite à son mari, afin d'être moins tendue. Entre dépression, troubles anxieux et dépendance à l'alcool, les éléments psychopathologiques chez Monsieur et Madame Rochat sont multiples.

L'extrait suivant témoigne à la fois de l'ampleur des conflits et de la présence d'éléments psychopathologiques chez les deux conjoints :

*« Comment ça s'est passé pour vous quand [votre mari] est venu [vivre en EMS] ? Ben un soulagement, ouais, autant pour l'un que pour l'autre. Parce qu'on allait chez les médecins, de mon côté j'allais chez le mien, il voyait bien que ça n'allait plus parce que je prenais des antidépresseur et lui aussi [...]. On faisait que de se chicaner et c'était, moi je criais, ça n'allait plus du tout, moi j'étais à bout de force. Et*

puis son médecin aussi et puis le mien ils ont dit 'maintenant faut trouver une solution' » (Mme Rochat, interview individuelle).

Abordons maintenant la manière dont chacun des conjoints entretient le conflit conjugal.

a) Le rôle de Monsieur dans le conflit conjugal :

Tout d'abord, nous observons une tendance chez Monsieur à éviter d'aborder les conflits conjugaux. En effet, lors de son interview individuelle, il mentionne l'existence de conflits sans véritablement entrer en matière. Les incohérences du discours, si elles peuvent être liées à des déficits cognitifs, peuvent également être une manière habile de ne pas aborder nos questions de front :

*« Comment c'est pour vous le fait de ne plus vivre sous le même toit avec votre épouse ? Ça fait rien du tout [...]. C'est une merveille comme je passe mon temps ici. Est-ce qu'il y a des moments où votre épouse vous manque ? Non, pas du tout. Pas du tout. Mais elle est sympathique, bon il faut reconnaître, mais on n'est pas du même bord. Ah oui ? Oui parce qu'elle est à la maison et moi je suis ici [...] Mais vous n'êtes pas du même bord ? C'est pas qu'on est... elle est catholique, moi je suis protestant. Mais alors ça c'est depuis toujours ? Oui oui. Mais est-ce que vous vous trouvez plus différent d'elle maintenant ? On se sent un peu différent parce qu'on n'est plus la même chose » (M. Rochat, interview individuelle).*

De manière analogue, lors de l'interview de couple, Monsieur Rochat fait en sorte que les conflits ne puissent pas être verbalisés, que ce soit par la fuite ou par un refus catégorique du dialogue :

Madame : (*à propos de ses visites*) moi je viens, mais je dis sincèrement des fois je me demande si je fais bien de venir. Il me dit pas un mot [...]. Il me dit 'oh tu te plains quand même tout le temps' [...]. Des fois je trouve [...] qu'y a un peu de trop [...]. Y a rien qui se passe. Je me sens euh... pour lui j'ai toujours été nulle, alors ça continue à être...  
Monsieur : (*d'un ton cassant*) oh alors on n'en discute pas !  
(*Silence, Madame est au bord des larmes*)  
(*A Madame*) c'est triste pour vous.  
Madame : ouais (*long silence*) (M. et Mme Rochat, interview de couple).

Cet extrait débouche pour le couple sur une impossibilité de communiquer au sujet de leurs conflits, ce qui empêche toute éventualité d'un pas vers leur résolution. Notons cependant que notre participation à l'interaction a pu être un frein à l'abord des conflits, car Monsieur avait sans doute besoin de nous donner une image positive de lui-même. Nous verrons plus loin que c'est également le besoin de Madame, bien qu'il se manifeste de façon différente.

Par ailleurs, nous observons une tendance de Monsieur à prendre le pouvoir dans les discussions avec son épouse. En effet, lors de l'interview de couple, il lui coupe fréquemment la parole, et parle très fort, cherchant ainsi à être écouté en priorité. Madame, dans son interview individuelle, témoigne de cette situation :

*« Encore maintenant des fois je viens là, mais il faut que je fasse attention à ce que je dis, parce qu'il, il monte, tout de suite là d'un air euh... oui pis il voudrait tout le temps commander. Il a toujours voulu commander, hein [...]. Encore maintenant, là je suis arrivée l'après-midi, non non il veut toujours avoir raison, toujours, toujours toujours. Moi je dois la boucler [...] » (Mme Rochat, interview individuelle).*

b) Le rôle de Madame dans le conflit conjugal :

Il est important, puisque nous voulons comprendre les conflits de couples dans une perspective dynamique, de se demander de quelle manière Madame Rochat contribue elle aussi à entretenir le conflit conjugal. Relevons tout d'abord qu'elle a des propos très dénigrants à l'égard de son mari, notamment au sujet de son apparence et de sa dépendance à l'alcool. Elle cherche à nous donner une image très négative de son époux. Tout en affirmant qu'elle ne veut pas le critiquer, elle passe finalement son temps à le faire dans son interview individuelle :

« On se disputait tout le temps parce qu'il était jamais rentré, c'était toujours dix heures et demi, onze heures, le soir quand il rentrait, et il était 'fait'. Même à des fêtes de Noël, les fêtes de famille, il était 'fait', tout le temps [...] sous l'emprise de l'alcool. Il en a dépensé de l'argent » (Mme Rochat, interview individuelle).

Par moments, le dénigrement va jusqu'au mépris. Madame ironise et se moque de son époux, alors même que celui-ci manifeste de la souffrance :

« Il m'a dit qu'il voulait se jeter dans la [rivière]. Moi je lui ai dit : 'Tu peux seulement aller dans la [rivière], y a tellement peu d'eau que...' (rires). Il l'aurait jamais fait. Pis il l'a pas fait, hein ! Parce que ceux qui veulent se suicider ils le disent pas » (Mme Rochat, interview individuelle).

D'autres propos montrent la persistance de sa rancune envers son mari :

« (A la fin de l'entretien, à propos de leurs conflits conjugaux) ça fait rien. Je lui ai pardonné, hein. Oui ? Je lui ai pardonné [...]. Je lui ai dit devant lui : 'je te pardonne tout ce que tu m'as fait'. Pis il a pas bronché, rien. Même pas dit un mot » (Mme Rochat, interview individuelle).

Les mots de Madame à son mari, du moins tels qu'elle nous les rapporte, sonnent plus comme un reproche que comme un réel pardon. Il est probable que son mari ait senti qu'elle ne lui a pas pardonné, d'où son mutisme dans cette situation. Sans vouloir nier le fait que Madame ait des raisons de ressentir de la rancune envers son mari, nous postulons qu'une telle attitude contribue à alimenter le conflit conjugal.

Par ailleurs, bien que de manière très différente de son époux, Madame fuit parfois la confrontation avec lui, en particulier par souci du regard des autres, ce qui montre qu'elle aussi se préoccupe de donner une bonne image d'elle-même, quitte à sacrifier la communication avec son conjoint :

« C'est plus des disputes comme à la maison maintenant [...]. J'essaie de me freiner, parce que je veux pas me chicaner devant les personnes [dans l'EMS] » (Mme Rochat, interview individuelle).

Les conflits sont donc peu abordés et l'entente du couple a dès lors peu de chance de s'améliorer. Nous mettons en lien ce constat avec une recherche de Rosenkoetter (1996), selon laquelle l'hébergement de l'un des conjoints tend à diminuer la résolution des conflits, puisque les opportunités de communiquer sont plus rares. Néanmoins, malgré l'ampleur des conflits du couple Rochat et leur existence longtemps avant l'hébergement en EMS de Monsieur, le fait de pouvoir les verbaliser pourrait permettre aux interactions d'être un peu moins tendues.

c) L'hébergement en EMS comme solution pour se séparer :

Etant donné l'importance des conflits conjugaux du couple Rochat, l'instauration d'une distance, permise par l'hébergement en EMS de Monsieur, apparaît comme la solution idéale pour se séparer sans divorcer. En effet, le mariage en tant que tel est une valeur importante aux yeux des deux

conjoints, indépendamment de la mésentente dans leur couple. C'est surtout le cas pour Madame qui justifie le fait qu'elle rende visite à son mari, alors qu'elle n'en retire aucun plaisir, comme une manière de faire son « devoir d'épouse ».

Quant à la séparation des lieux de vie, elle permet à Monsieur de profiter d'une liberté nouvelle, qui semble lui avoir manqué à la maison :

« *Comment s'est passé votre arrivée ici ?* Ça s'est toujours bien passé, parce qu'on... bon on peut faire ce qu'on veut, on peut sortir comme on veut, on est assez libre » (M. Rochat, interview individuelle).

« *A votre avis, comment est-ce que votre épouse vit [le fait] que vous ne soyez plus à la maison ?* Oh elle vit comme elle veut, hein, elle fait comme elle veut. Et moi je fais comme je veux (rires). » (M. Rochat, interview individuelle).

En raison de son importante autonomie, Monsieur apparaît comme un résident privilégié (il sort notamment tous les dimanches pour boire l'apéritif avec un ami). Pourtant, notre habitude des entretiens avec des résidents nous permet d'affirmer que la vie en EMS est rarement associée à un sentiment de liberté par ces derniers. Cette mise en perspective permet d'entrevoir que Monsieur Rochat devait se sentir enfermé dans sa vie de couple, du moins depuis son attaque cérébrale.

Quant à Madame, elle décrit un profond sentiment de soulagement lié à l'entrée en EMS de son mari. Cette distance lui a permis de trouver un peu de sérénité dans sa vie quotidienne, comme en témoignent ces propos :

« *[A propos du fait pour des conjoints d'être séparés par l'hébergement en EMS de l'un d'eux] [...]* si y a un conjoint qui est bien et l'autre euh... plus mal, l'un et l'autre trouvent un semblant de paix ou... même la paix carrément » (Mme Rochat, interview de couple).

Par ailleurs, Madame se sent soulagée de ne plus avoir la responsabilité de son mari à domicile :

« *[A propos du fait que son mari boive toujours]* ah moi [...] je dis plus rien maintenant [...]. Il est sous la responsabilité [...] des aides-soignantes et tout, pis si je lui dis 'arrête de boire', mais il va m'engueuler. Alors j'aime mieux rien dire, je le laisse. Ça vaut pas la peine » (Mme Rochat, interview individuelle).

### *Conclusion :*

Le caractère hautement conflictuel du couple Rochat nous renvoie au mythe de Médée, tel qu'il est décrit par Dupré la Tour (2005) : pour l'auteure, ce mythe figure la rupture sans élaboration, l'impossibilité de se séparer (toute séparation impliquant justement une élaboration psychique) et la transformation de l'objet d'amour en objet de haine. A ce propos, l'auteure parle de « passion du désamour » (p. 187). En effet, le caractère passionnel de la relation demeure : l'idéalisation ne se transforme pas en désidéalisation (ce qui serait le processus normal), mais en contre-idéalisation. L'autre est dénigré, déprécié, ce qui s'accompagnerait souvent d'un souhait de mort plus ou moins conscient.

Le seul objet sur lequel Monsieur et Madame sont d'accord, ce sont les bénéfices liés au fait d'être séparés par l'entrée en EMS de Monsieur : tous deux tirent profit de cette distance nouvelle et la vie de chacun est plus sereine. Dans leur situation, l'impact de l'hébergement a donc été une diminution de la tension liée à leurs conflits. Ceux-ci ne se sont ni intensifiés, ni apaisés avec la transition : ils sont simplement devenus moins fréquents.

Plus que peut-être dans n'importe quel autre couple de notre recherche, la situation des Rochat nous montre que le conflit doit être compris non comme un élément perturbateur à supprimer, mais plutôt comme un compromis, permettant au couple de perdurer. Cela permet d'expliquer pourquoi ce couple, malgré la mésentente qui le caractérise, perdure depuis cinquante-quatre ans.

### III.2.3 Couple Lévy (H)

Le conflit prend également une place importante chez le couple Lévy. Cependant, contrairement aux deux couples précédents, nous ne pouvons pas parler ici de conjugopathie. En effet, d'après les propos recueillis, ce conflit serait très récent : c'est l'hébergement en EMS de Monsieur, deux mois avant les interviews, qui en serait l'origine. Par contre, la relation d'avant l'hébergement nous est décrite comme harmonieuse. Il s'agit donc probablement d'une crise conjugale limitée dans le temps, susceptible de s'apaiser si le couple parvient à trouver un nouvel équilibre.

#### a) Le rôle de Monsieur dans le conflit conjugal :

La colère intense de Monsieur Lévy envers son épouse constitue l'élément le plus visible de leur conflit. Cette colère provient de son sentiment d'avoir été abandonné en EMS et trahi par elle :

*« Est-ce que vous dites [à votre épouse] que c'est difficile pour vous [de vivre en EMS] ? Non mais, (il élève la voix, tristesse dans la voix) y a une fois elle m'a, [...] on avait dit qu'on n'irait pas dans un EMS. Ni l'un ni l'autre. Mais la première chose qu'elle fait c'est de me foutre ici ! [...] Comme ça elle... elle est tranquille au moins (rire amer). Vous êtes en colère contre elle ? Un... un peu (silence) (rire amer) » (M. Lévy, interview individuelle).*

Et plus loin dans la même interview :

*« A votre avis comment votre histoire de couple va-t-elle continuer ? Oh, je sais pas. Elle va prendre un... amant, peut-être. Je sais pas. Ou si elle en a déjà un. J'en sais rien. Vous pensez ? (silence) (rire amer). Vous vous sentez abandonné ? Ben un peu, oui. » (M. Lévy, interview individuelle).*

Chardon (2011), psychologue clinicienne, donne des pistes pour comprendre le sens de telles soupçons d'adultère au grand âge : selon elle, « le sentiment premier de soi [...] se trouve menacé » (p. 55) par une maladie, ou plus largement par une diminution des capacités physiques ou psychiques de la personne. Rappelons à ce sujet que Monsieur Lévy a souffert de sept accidents vasculaires cérébraux, qui l'ont rendu hémiparétique et lui ont fait perdre une partie importante de ses moyens cognitifs. Par ailleurs, son entrée soudaine en EMS, suite à un problème de santé de son épouse, a pu le désécuriser et menacer profondément son sentiment de continuité d'être. Pour Chardon (2011), la perte du sentiment de soi serait souvent à l'origine de ce qui est mis en scène dans la crise du couple, puisque le soi se constitue toujours dans le lien à l'autre. Les angoisses d'être abandonné par l'autre seraient ainsi « d'autant plus importantes que [la personne] aurait eu précocement à éprouver un défaut de portage, de holding » (p. 56) au sens de Winnicott (1974).

Dans son article, Chardon (2011) soulève les questions suivantes : « l'adultère violemment reproché au grand âge ne serait-il pas l'expression de la crainte de la disparition du moi et de ses objets internes, notamment des objets internes parentaux ? Ne signerait-il pas l'amorce d'un processus de désintégration de la personnalité du sujet sous la pression de l'angoisse de mort ou d'un savoir, inconscient, d'une maladie neurodégénérative ? » (p. 58). Un processus de cet ordre chez Monsieur Lévy expliquerait son sentiment d'être abandonné et trahi par son épouse. Dans le même ordre d'idée, la thèse centrale de l'ouvrage de Dupré la Tour (2005) nous permet également de mieux comprendre le vécu d'abandon de l'interviewé : « le couple avec ses crises et leur dépassement [est]

un lieu spécifique de traitement d'éléments non symbolisés en attente chez chacun des conjoints et mis en commun au moment de la rencontre amoureuse, éléments de leur histoire infantile ou de leur préhistoire souvent en écho » (p. 17).

Par ailleurs, en plus de la colère et du vécu d'abandon de Monsieur, nous observons un mouvement de distanciation de sa part. Ainsi, il cherche à s'éloigner affectivement de son épouse pour moins souffrir :

« *Qu'est-ce que ça vous fait quand elle vient vous rendre visite ?* (silence) *pas grand-chose. Pas grand-chose ? Mmh...* (rire amer) » (M. Lévy, interview individuelle).

En outre, l'attitude de Monsieur démontre qu'il a de la peine à reconnaître les difficultés rencontrées par son épouse :

« Je sais pas. Je sais pas pourquoi elle a laissé... faire ça. *Mmh. Elle m'a dit qu'elle a été opérée... Oh une fois, ouais* » (M. Lévy, interview individuelle).

En effet, le « une fois », alors que son épouse est encore en train de se remettre d'une opération sérieuse de l'intestin, est peut-être pour lui une manière d'éviter de reconnaître les difficultés qu'elle traverse et le caractère dès lors irréalisable de son rôle d'aidante à domicile. Toutefois, nous ne pouvons exclure que cette perception soit provoquée par des troubles cognitifs, Monsieur ayant peut-être de la difficulté à réaliser dans quelle situation son épouse se trouve.

#### b) Le rôle de Madame dans le conflit conjugal :

Si les propos de Madame d'écrivent une vie de couple harmonieuse avant l'hébergement, l'extrait suivant laisse entrevoir que tout n'était pas forcément aussi facile qu'elle veut bien le dire. Elle a probablement dû s'imposer pour être respectée dans son couple :

« Je sentais ses besoins, il avait pas obligatoirement besoin de me parler, même si je l'exigeais, 'tu peux demander'. Et pis des 's'il-vous-plaît', des 'merci', j'y tenais » (Mme Lévy, interview individuelle).

Cette citation montre que Monsieur Lévy avait peut-être parfois des comportements tyranniques envers son épouse, dans la mesure où il la considérait comme étant à son service. Ceci nous donne un nouvel éclairage sur leur situation actuelle et sur les reproches qu'il adresse à son épouse.

Dans son interview individuelle, nous observons que Madame tend à minimiser leur conflit, qui ne nous est apparu dans toute son ampleur que lors de l'interview individuelle de son mari et dans leur interview de couple. Cette minimisation provient-elle d'un désir de Madame de donner une image positive de leur relation ? Ou témoigne-t-elle d'une difficulté à comprendre le fait que son mari souffre ? Quoiqu'il en soit, elle déclare éprouver des sentiments de culpabilité lors de discussions épineuses avec son mari :

« Hier [...], je lui ai dit 'écoute, j'ai encore pas eu le courage de me faire à manger.' 'Ben il faut me reprendre !' (rires) [...]. Ah il perd pas le nord, hein [...]. Moi j'ai chaque fois [...] un petit pique comme ça, 'ben t'as qu'à me reprendre !' *Il vous dit ça chaque fois ?* Oh... oui, 't'es pas venue hier, t'es pas venue avant-hier, je vais bien que quand tu es là'. Voilà. Mais je, je ne suis encore pas prête à aller vivre là » (Mme Lévy, interview individuelle).

La minimisation du conflit se voit à l'expression « petit pique », aux rires et au ton en général. On dirait qu'elle parle de petites querelles entre époux, alors que le conflit est sérieux : nous n'avons pu le réaliser que lors des deux interviews qui ont suivi (celle de Monsieur, puis celle du couple).

Ainsi, le conflit éclate lors de l'interview de couple. Peut-être que le contexte de ce dialogue à trois avec une psychologue leur a servi d'occasion pour aborder le conflit de manière franche. Madame, en particulier, semble avoir utilisé ce contexte pour mettre en mots sa souffrance :

« *Avez-vous des remarques complémentaires pour terminer l'entretien ?* Non, je crois que je vous ai vidé mon sac (rires) » (Mme Lévy, interview de couple).

Dans l'interview du couple, l'un des aspects saillants du conflit est le fait que Madame persiste à vouloir faire voir à son mari les côtés qu'elle juge « positifs » dans son hébergement, comportement qui lui permet sans doute aussi de réduire ses sentiments de culpabilité. Il est en outre probable que plus elle cherche à lui faire voir le positif de leur situation, plus son mari se montre malheureux. Leurs échanges sont constitués de nombreuses escalades témoignant d'interactions de type symétrique. En voici un exemple :

Madame : c'est trop d'efforts ? De penser au positif que tu pourrais encore avoir ?

Monsieur : oh, positif ! Pfff ! Arrête ces conneries !

Madame : c'est pas des conneries, on peut voir le positif dans toute situation ! [...] et, y a... certainement des beaucoup plus malheureux que toi [...], tu peux sortir euh... comme tu veux. Ton fils vient te chercher, euh moi je viens, tu n'es pas en prison [...]. Si t'arrivais à bouger ta chaise roulante comme y a certaines personnes qui arrivent, tu pourrais même sortir toi-même, aller faire un tour à *[nom du village]*, hein. Oui ?

Monsieur : *(reste silencieux)*

Madame : Mais tu t'es assez arrêté à je ne peux plus, c'est pas un peu ça ?

Monsieur : *(reste silencieux)*

Madame : *(à nous)* mais vous croyez que c'est masculin ? Cette attitude-là ? (rires) (M. et Mme Lévy, interview de couple).

Nous observons que plus Madame cherche à convaincre son conjoint que sa situation a des aspects positifs, plus celui-ci est en colère après elle et malheureux de sa situation. Finalement, étant lui-même très limité dans sa capacité à communiquer, il devient mutique, ce qui exaspère Madame. Elle y réagit en le dénigrant :

« *[A nous, face au mutisme de son mari]* (rires) ce qu'il est stimulant, ma pauvre fille ! » (Mme Lévy, interview de couple).

Relevons encore le « vous croyez que c'est masculin ? » de l'avant-dernier extrait. Madame nous est apparue, tout au long de leur interview de couple, comme souhaitant faire alliance avec nous « contre » le problème « posé par » son époux. Comme nous l'avons mentionné, elle utilise la situation d'entretien pour dire ce qu'elle a sur le cœur et obtenir de la compréhension de notre part. Elle semble souffrir, dans son couple, du fait que son mari ne comprenne pas que la situation est également difficile pour elle :

« C'est pas seulement dur pour lui, c'est aussi dur pour moi. C'est pas rigolo tous les jours [...]. C'est sans doute important de dire que c'est dur et pour l'un et pour l'autre. Ah oui, ça c'est très important parce que lui il a un peu le sentiment que c'était à cause de moi, qu'on s'est séparés, mais, c'est pas rien qu'à cause de moi, c'est à cause de ma santé. Parce que j'aurais bien continué encore [à m'occuper de lui] » (Mme Lévy, interview de couple).

Et plus loin dans l'entretien :

Madame : maintenant la séparation on la vit aussi mal l'un que l'autre *(elle pleure)*. Hein ? Hein c'est juste ?

Monsieur : *(reste silencieux)* » (M. et Mme Lévy, interview de couple).

*En conclusion :*

Parmi les sept couples interviewés, seuls les Lévy sont entrés en notre présence dans un conflit ouvert intense. Cela a sans doute été rendu possible par notre bonne alliance avec Madame, lors de son interview individuelle et lors de discussions informelles avant les interviews ; l'interview de couple était alors le contexte idéal pour qu'elle vide son sac, pour reprendre sa propre expression. En outre, elle nous semble avoir utilisé la situation de l'entretien pour faire alliance avec nous contre son mari. Avec le recul, nous réalisons que nous nous sommes par moments laissée piéger dans cette triangulation.

Le changement semble radical pour ce couple : l'harmonie conjugale antérieure à l'hébergement – bien qu'elle soit à nuancer, comme nous l'avons dit – a été remplacée par un conflit intense. Cela montre que l'entrée de l'un des conjoints en EMS peut être à l'origine d'un véritable conflit, provoquant de part et d'autre une agressivité importante.

Peut-être ce conflit conjugal sera-t-il limité dans le temps. En effet, l'hébergement de Monsieur est très récent (un peu moins de trois mois) et le couple, qui a perdu ses repères, doit trouver un nouvel équilibre. Mais il est également possible qu'en raison d'un sentiment de continuité de soi fragile chez Monsieur, le conflit demeure irrésolu.

### III.2.4 Couple Kaufman (F)

Si Monsieur et Madame Kaufman ne mentionnent pas la présence de conflits dans leur vie conjugale, ni avant, ni suite à l'hébergement, ceux-ci sont décelables lorsque nous interviewons le couple. La dynamique du conflit apparaît comme répétitive : Monsieur se montre dénigrant envers sa femme, celle-ci se révolte et l'attaque, il se dérobe. En voici deux exemples :

Monsieur : [...] elle a peur qu'elle commence avec Alzheimer parce que... elle oublie tout.

Madame : mais... tu oublies aussi pas mal de choses !

Monsieur : moi ?

Madame : oui !

Monsieur : ah oui, les noms, naturellement, hein ? (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Monsieur : *(suite à un silence de Madame)* qu'est-ce que tu veux dire ? *(A nous)* elle sait pas s'exprimer !

Madame : mmh ?

Monsieur : tu sais pas t'exprimer ! [...] *(A nous)* le français est difficile et maintenant elle oublie...

Madame : mais... je parle pas... je parle pas beaucoup comme toi !

Monsieur : c'est toujours moi qui parle aussi à la cafétéria avec ces dames [...] (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Relevons en outre que l'attitude dénigrante de Monsieur envers son épouse est présente tout au long de l'interview du couple, sans pour autant que Madame y réagisse systématiquement :

« *[Alors que nous demandons à sa femme si elle a pu bien entendre l'extrait DECISION, Monsieur répond]* oh elle comprend rien ! » (M. Kaufman, interview de couple).

L'utilisation du pronom « elle » est révélatrice : rares sont les moments où Monsieur Kaufman s'adresse directement à son épouse, en lui disant « tu ». Il semble ainsi vouloir l'exclure de l'interaction, en la dénigrant. Cette attitude résulte peut-être d'un manque d'information au sujet des difficultés de son épouse et de son propre désarroi face à elles.

Par ailleurs, se servant de son humour, il cherche plusieurs fois à plaisanter avec nous au détriment de son épouse, comme en témoigne l'extrait suivant :

Madame : [un médecin m'a dit qu']avec l'âge, on oublie beaucoup [...]  
Monsieur : (*à nous*) pour finir on oublie qu'on est marié ! (rires)  
Madame : non, c'est vrai...  
Monsieur : (rit aux éclats) (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

De manière encore plus claire, l'extrait suivant témoigne du fait que Monsieur ne considère plus son épouse comme une partenaire digne d'une vie conjugale :

*Vous trouvez que c'est une bonne chose d'être ensemble en EMS ?*  
Monsieur : ah oui, comme ça je pourrais surveiller un peu ma femme, là.  
Madame : (rires)  
(rires)  
Monsieur : pour quand ça va pas ou bien, c'est pas (rires) pour le reste, hein (rires) [...] (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

La mise à distance de son épouse coïncide chez Monsieur avec des tentatives de se rapprocher, par son humour et en faisant du charme, de femmes plus jeunes, c'est-à-dire nous-même et l'animatrice de l'EMS qui nous a présenté le couple. Par ailleurs, Monsieur nous dit rechercher le contact avec les soignants de l'EMS et les enfants de résidents, qui sont des personnes plus jeunes que lui et son épouse. Il semble chercher ainsi à appartenir à la catégorie des « plus jeunes », qui disposent de tous leurs moyens cognitifs<sup>37</sup>.

En effet, c'est bien de capacités cognitives qu'il s'agit. Monsieur dénigre son épouse en raison de ses troubles mnésiques, de son oubli des langues (le français et l'allemand, sa langue maternelle), de sa difficulté à comprendre des choses qui lui paraissent évidentes, tels que nos extraits vidéo. Pour s'en convaincre, il suffit de retourner aux premiers extraits d'interviews cités, où il est question de sa femme qui « oublie tout » et ne « comprend rien ». Par conséquent, Madame se retrouve dénigrée en raison de sa maladie, ce qui lui est probablement douloureux.

*En conclusion :*

Nous formulons l'hypothèse que le caractère conflictuel de la relation des Kaufman n'est pas nouveau. Madame ayant fait « des dépressions » étant plus jeune, la relation de couple n'était déjà pas simple. En effet, une interaction, ou une co-construction, entre la dépression et les problèmes de couple est probable. Par ailleurs, au moment des interviews, le dénigrement de Monsieur vis-à-vis des troubles cognitifs de son épouse est au cœur du conflit. L'hébergement en EMS en tant que tel, dans leur cas, n'y est peut-être pour rien.

Nous venons d'analyser la situation des quatre couples les plus conflictuels de notre recherche. Passons maintenant aux trois couples les moins conflictuels.

### III.2.5 Couple Savoy (F)

Le couple Savoy nous est apparu comme relativement peu conflictuel, du moins si on le compare aux couples déjà décrits. En effet, il est peu question de conflits dans les propos des conjoints. Par ailleurs, au sujet de leur histoire de couple, Monsieur affirme :

---

<sup>37</sup> Et peut-être qui sont encore « attrayants »...

« Ça a été continu, ma femme elle était plutôt facile... (Rires). Ouais ouais (rires), plutôt facile. Bon moi aussi. Alors on s'est bien entendu » (M. Savoy, interview individuelle).

« Avez-vous des remarques complémentaires pour terminer l'entretien ? Non. C'est une vie de couple toute simple, hein. Ouais, ouais. Pas d'histoires. Non. Y a jamais eu d'histoires ? Non [...] » (M. Savoy, interview individuelle).

Le fait de paraître un couple « sans histoires » semble primordial aux yeux de Monsieur. Il est donc possible qu'il refuse d'aborder avec nous les éventuels problèmes. D'ailleurs, bien que les informations dont nous disposons soient lacunaires, il est intéressant de confronter les propos de Monsieur avec une petite phrase, incomplète mais significative, de Madame :

« Nous on s'aime bien, mais... » (Mme Savoy, interview individuelle).

Malheureusement, Madame Savoy s'interrompt et n'en dira pas plus, malgré nos tentatives pour relancer son discours. Toutefois, malgré son incomplétude, il importe de ne pas minimiser l'importance de cette petite phrase, qui montre à elle seule que tout n'est probablement pas aussi harmonieux que son mari voudrait le laisser entendre.

Un passage de l'interview de couple montre également l'existence de quelques tensions entre les conjoints :

Monsieur : (*à son épouse, qui a reçu une mauvaise nouvelle concernant l'évolution de sa vue*) [...] mais c'était... c'était juste pour la... la vue ! [...] ou l'état général ?

Madame : pour la vue [...].

Monsieur : parce [que la doctoresse] dit quoi là, là... pour la vue ? ça a baissé ?

Madame : elle a pas vraiment été claire. Elle a pas dit que ça a évolué, mais elle a dit [...] qu'on pouvait pas faire plus que donner des gouttes. Je peux ni lire ni écrire [...]. Pis moi j'aimais beaucoup... j'écrivais des petites nouvelles [...].

Monsieur : tu peux pas lire ? Tu peux pas lire, non ?

Madame : (*agacée*) on ne peut pas dire que je ne peux pas.

Monsieur : ouais.

Madame : (*agacée*) j'ai des difficultés. Ça fait une nuance, une nuance, quoi... je ne suis pas aveugle, mais... ça joue pas, quoi. On peut pas dire que c'est en ordre quand on a la vision qui nous emm-  
*Ce n'est plus la même chose...*

Madame : ah non alors...

Monsieur : mmh (M. et Mme Savoy, interview de couple).

Dans l'extrait ci-dessus, Monsieur apparaît comme peu empathique envers son épouse : il minimise les raisons de sa souffrance (« c'était juste pour la vue »), ce qui a pour conséquence d'agacer Madame. Ce bref échange laisse supposer l'existence de conflits plus ou moins latents dans le couple. Cependant, ces conflits ne semblent pas liés à l'hébergement de Madame, qui est vécu avec une certaine neutralité émotionnelle.

### III.2.6 Couple Emery (F)

Les Emery affirment avoir eu une vie de couple plutôt harmonieuse. Madame, notamment, insiste à plusieurs reprises sur le fait que son mari et elle se sont toujours bien entendus (rappelons toutefois qu'elle souffre de troubles cognitifs et que son discours est assez pauvre). Monsieur, quant à lui, est plus nuancé et décrit quelques difficultés, qui semblent d'importance mineure, du moins avant l'apparition des premiers problèmes de santé de Madame (rappelons qu'elle a continuellement été malade depuis les années 80, cf. *supra*, 3, Description des sept situations) :

« Quand on avait des difficultés [entre nous], moi j'étais plus nerveux, alors qu'elle elle était plus... Elle se défendait aussi, hein, elle savait bien se défendre. Mais quand même elle était plus, plus patiente que moi, hein. Mais on s'est toujours bien... non non, c'est l'entente qui nous tient encore » (M. Emery, interview individuelle).

Les problèmes de santé de Madame, quant à eux, semblent avoir engendré une crise majeure dans le couple, qui a failli conduire à leur séparation. Le discours de Monsieur, malheureusement, reste assez laconique à ce propos :

« J'ai souvent pensé ben nom de bleu je ne sais pas si on devrait se se... divorcer ou se, une combine comme ça. *Divorcer* ? Ça devenait, avec toutes ces difficultés, j'avais quand même ces, ces... pis elle aussi, hein. On en a discuté avec euh, qu'elle pensait pas divorcer, mais se séparer, quoi. *Oui* ? Mais... non, c'est justement ce qui nous a tenu c'est ça. C'est notre amour » (M. Emery, interview individuelle).

Face à cette ambiguïté, il est légitime de se demander ce qui a pu les pousser, l'un comme l'autre, à envisager une séparation. Dans le cas de Monsieur, cela pourrait être dû à une frustration dans sa vie conjugale, liée aux problèmes de santé de son épouse. Comme nous le verrons ultérieurement (cf. *infra*, III.3, Intimité), il est celui de nos interviewés qui exprime avec le plus de force une frustration liée à des manques sur le plan sexuel depuis les différents séjours à l'hôpital de sa femme, dont l'entrée en EMS est le prolongement. Cela nous conduit à nous poser la question suivante, qui restera ouverte puisque nous manquons d'éléments pour y répondre : Monsieur a-t-il, à un moment ou à un autre, eu une ou des relations extraconjugales ? Le fait que sa femme ait envisagé la séparation rend cette possibilité d'autant plus plausible.

Malgré ce bémol, il est surtout question, dans le discours de Monsieur, d'amour et d'importance du lien avec son épouse. Il est cependant difficile de dire s'il s'agit de loyauté ou d'une réelle harmonie conjugale. Il est en effet possible qu'il n'ait pas quitté son épouse en raison de sentiments de culpabilité, puisqu'elle était très malade.

Nous nous demandons également dans quelle mesure son discours n'est pas influencé par un biais de désirabilité sociale (de même que chez Madame, d'autant plus que cette dernière n'aborde pas du tout la question des conflits). Cependant, si nous ne pouvons exclure l'influence d'un biais de désirabilité sociale dans son interview individuelle, Monsieur fait preuve de franchise dans l'interview de couple, lorsqu'il aborde les difficultés qu'il aurait à vivre en couple en EMS :

Monsieur : ce serait difficile, hein. On a chacun son caractère, comme on appelle. Je sais pas. Je sais pas [...], à mon point de vue ça n'irait pas.

Madame : pourquoi ?

Monsieur : ben parce qu'on a chacun un peu son caractère, alors...

Madame : mais on s'est toujours bien entendu.

Monsieur : ouais, on s'est toujours bien entendu, mais j'espère justement que ça continue.

Madame : oui.

Monsieur : mais... en étant ensemble, c'est pas sûr que ça continue, justement.

Madame : (*à nous*) je dis, on serait embêté, on serait là toute la journée pour ne rien faire (M. et Mme Emery, interview de couple).

Dans cet extrait, nous observons que Madame souhaiterait plus de proximité avec son époux, alors que celui-ci résiste et cherche à maintenir une certaine distance. Cela témoigne, en dépit de leurs discours sur leur vie conjugale harmonieuse, d'une certaine lassitude, au moins pour Monsieur. Cette distance nous semble quelque peu comparable à celle instaurée par Monsieur Kaufman avec son épouse, bien qu'elle soit ici justifiée sur un ton plus doux. Nous faisons l'hypothèse que, de manière analogue à Monsieur Kaufman, les difficultés cognitives de l'épouse peuvent pousser le mari à

prendre ses distances. Monsieur Emery, en effet, revient avec insistance dans l'interview du couple sur les déficits de son épouse :

« *(A propos des activités dans l'EMS) ça ne l'intéresse pas parce que... elle sait pas lire, alors elle a plus la mémoire, alors ils lisent un chapitre, après elle sait plus, elle se rappelle plus [...] du chapitre d'avant, hein [...]. C'est ça le problème, c'est que y a le vide [...] de la tête [...]* » (M. Emery, interview de couple).

Nous sommes ici évidemment loin du « oh, elle comprend rien ! » de Monsieur Kaufman. Mais l'effet sur le mari des troubles cognitifs de l'épouse paraît comparable dans les deux situations. Là encore, cet effet peut-être dû à un manque d'information et au désarroi du conjoint en meilleure santé face à ces troubles.

Dans l'avant-dernier extrait cité, relevons encore le fait que Madame, dans sa dernière phrase, reporte finalement la raison de l'impossibilité de vivre ensemble en EMS sur l'EMS lui-même. Elle veut dire que ce cadre de vie n'est pas favorable à une vie de couple, puisqu'elle s'y ennue. Par contre, Monsieur fait référence à des difficultés intrinsèques à leur relation de couple, en raison de leurs caractères respectifs. Peut-être est-ce dû, encore une fois, à un biais de désirabilité sociale, Madame voulant nous donner de son couple une image idéale. Ainsi, pour elle, en cas de difficulté, cela ne peut qu'être la faute d'un aspect extérieur à leur relation. Il est possible également que Madame ne réalise pas que leur relation n'est pas aussi harmonieuse qu'elle le voudrait.

Dans la situation du couple Emery, il est difficile de déterminer avec précision quel a été l'impact de l'hébergement sur les conflits conjugaux. Peut-être cet impact a-t-il été négligeable si on le compare à celui des problèmes de santé de Madame. En effet, ce sont eux qui apparaissent comme à l'origine de la mise à distance de son épouse par Monsieur.

### III.2.7 Couple Perroud (H)

Le couple Perroud apparaît comme le couple le moins conflictuel de notre étude. Les propos recueillis témoignent d'une vie conjugale harmonieuse :

« [C'était] le paradis [...]. *Vous avez eu une vie de couple heureuse ?* Très » (M. Perroud, interview individuelle).

« *Avez-vous des remarques complémentaires pour terminer l'entretien ?* Non, à part qu'on a été super heureux (rires) [...]. On s'est super bien entendu... » (Mme Perroud, interview individuelle).

L'entrée en EMS de Monsieur Perroud semble n'avoir que peu entaché cette bonne entente. Il n'y a qu'un bémol, lorsque Madame parle des escapades qu'elle se permet pour « recharger ses batteries » et auxquelles Monsieur ne peut participer en raison de sa santé :

« Je me permets aussi des petites escapades, je retourne volontiers à [*nom du village où ils ont vécu*] pour un week-end ou comme ça (rires), il l'accepte... oui, il l'accepte (rires), en faisant un peu la grimace, mais je le connais quoi (rires) c'est son... c'est sa façon de voir les choses, alors il aime bien que je lui raconte tout » (Mme Perroud, interview individuelle).

La liberté de Madame fait donc souffrir Monsieur puisqu'il ne peut pas participer à ses escapades. Afin de désamorcer le conflit, Madame fait preuve de compréhension envers son mari et le laisse faire la grimace sans être réactive. Par ailleurs, ils ont convenu qu'elle lui raconte « tout » ce qui s'est passé lors de ces escapades, ce qui permet sans doute à Monsieur de moins se sentir mis de côté. C'est là une stratégie importante mise en œuvre par le couple, qui permet à Madame de se sentir moins coupable, tout en permettant à Monsieur de partager autant que possible ses escapades.

Cependant, cette situation comporte potentiellement des risques. En effet, selon Dupré la Tour (2005), le fait pour un couple de rechercher la transparence servirait souvent d'écran à des enjeux de pouvoir entre les conjoints.

Cependant, nous observons que, malgré ses grimaces, Monsieur fait preuve de beaucoup de compréhension envers son épouse : il comprend en effet qu'elle ne puisse plus s'occuper de lui à domicile (cf. *supra*, I.1, Prise de décision et démarches). S'il est difficile de savoir ce que son mari pense vraiment de leur situation, il cherche à préserver son épouse le plus possible de ses éventuels sentiments de culpabilité.

Au-delà des quelques bébais que nous relevons, l'ambiance lors de leur interview de couple nous a donné l'impression d'une réelle harmonie conjugale : plus que dans les autres couples de notre recherche, les conjoints partagent tendresse et complicité. Leurs propos témoignent d'une forte continuité dans leur style relationnel, malgré l'hébergement en EMS : si leur vie conjugale était harmonieuse avant la transition, elle est demeurée comme telle. Il est d'ailleurs probable que la proximité géographique entre les conjoints (rappelons que Madame habite un appartement protégé situé à quelques mètres de l'EMS) soit un élément leur permettant d'entretenir le lien et qu'elle contribue à la continuité de leur style relationnel.

### III.2.8 Conclusions

Notre analyse témoigne d'une présence importante des conflits dans les discours des interviewés. Nous nous questionnons sur les raisons de cette présence, alors que les autres recherches ont porté sur des échantillons de couples généralement peu conflictuels (cf. *supra*, Revue de la littérature). Nous formulons les trois hypothèses suivantes :

- Les soignants nous ont peut-être référé des couples conflictuels dans l'espoir que des entretiens avec une psychologue puissent les aider,
- Les conflits dans le couple peuvent conduire à des conduites maltraitantes (le dénigrement, par exemple). Dans un tel cas, les professionnels (par exemple le médecin de famille) sont peut-être plus enclins à proposer l'hébergement au conjoint malade. Les couples conflictuels auraient donc plus de probabilité de se retrouver séparés par l'entrée en EMS d'un conjoint,
- Enfin, notre démarche, et notamment le fait de croiser les discours obtenus dans les trois interviews de chaque situation, a pu nous aider à contourner d'éventuels biais de désirabilité sociale dans les propos des interviewés.

Au début de ce chapitre, nous nous posons la question suivante : quel est l'impact de l'hébergement de l'un des conjoints sur les conflits du couple ? Notre analyse dévoile la complexité de cette question. Chacune des situations est unique : les dynamiques conflictuelles avant la transition étaient déjà d'une grande diversité et elles le restent après la transition. De plus, la manière dont s'est faite la transition (cf. *supra*, chapitre I.1, Prise de décision et démarches) a également une influence sur l'adaptation du couple à cette nouvelle étape et sur les conflits.

Le tableau récapitulatif suivant rappelle, pour les quatre couples les plus conflictuels, les objets, stratégies et finalités des conflits conjugaux, avant et après la transition :

	Objet(s)		Stratégie(s)		Finalité(s)	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Aubort	Consommation d'alcool et conséquences	Consommation d'alcool et conséquences	Dénigrer	Dénigrer Fuir	Culpabiliser	Culpabiliser Echapper au conflit
Rochat	Dénigrement Consommation d'alcool	Dénigrement	Dénigrer Refuser dialogue	Dénigrer Refuser dialogue Eviter disputes	Qui a raison ? Rejeter l'autre	Qui a raison ? Rejeter l'autre
Lévy	Inconnu(s)	La transition	Inconnue(s)	Culpabiliser Ne pas reconnaître vécu de l'autre Minimiser le conflit Dénigrer	Inconnue(s)	Faire reconnaître sa souffrance Convaincre Mme de le reprendre à la maison
Kaufman	Difficultés cognitives	Difficultés cognitives	Inconnue(s)	Dénigrer Mettre à l'écart Se révolter	Rejeter	Rejeter

Dans ce tableau, nous avons différencié pour les quatre couples les plus conflictuels :

- l'objet du conflit : à propos de quoi le couple entre-t-il en conflit ?
- les stratégies : comment les conjoints entrent-ils en conflit ?
- la finalité : quels sont les buts recherchés dans le conflit ?

Nous pouvons voir quels sont les changements dans les conflits avec la transition. Voici de manière synthétique ce qu'il en est pour chacun de ces quatre couples :

- 1) Couple Aubort : nous observons une discontinuité dans les stratégies et les finalités du conflit. L'aggravation de l'état de santé de Monsieur et son hébergement contraint l'ont rendu passif et enclin à fuir les conflits conjugaux.
- 2) Couple Rochat : la transition a libéré le couple de l'un des objets du conflit, la consommation d'alcool de Monsieur. Les stratégies de conflit ont changé aussi : l'EMS étant un lieu public, les affrontements sont plus modérés par souci du regard des autres.
- 3) Couple Lévy : la transition apparaît comme à l'origine du conflit chez un couple auparavant plutôt harmonieux.
- 4) Couple Kaufman : nous n'observons pas de changement important lié à la transition dans les conflits conjugaux.

Ainsi, l'hébergement d'un conjoint en EMS semble avoir relativement peu d'impact sur l'objet et la finalité des conflits. La seule exception concerne le couple Lévy, car l'objet du conflit est l'hébergement lui-même. Relevons également que la transition en EMS peut retirer au couple certains objets de conflits, comme c'est le cas chez les Rochat.

Par contre, l'hébergement en EMS peut avoir une influence directe sur les stratégies des conflits, tout d'abord en sa qualité de lieu public. Il est donc probable que de nombreux couples très conflictuels, tels que les Rochat, aient des scrupules à se disputer comme à la maison. Par ailleurs, une certaine passivité peut être induite chez le résident par le fait d'avoir perdu une bonne part de son autonomie, ce qui peut également transformer ces stratégies de conflit.

S'agissant des trois couples les moins conflictuels (Emery, Savoy et Perroud), la transition semble n'avoir eu que peu d'impact sur leurs conflits rares ou modérés.

De manière générale, notre analyse donne une impression générale de continuité dans le style conflictuel des couples âgés séparés par l'entrée de l'un des conjoints en EMS, mises à part les quelques nuances évoquées plus haut.

Il n'y a finalement que la situation du couple Lévy qui témoigne d'une discontinuité importante dans la dynamique conflictuelle du couple. En effet, l'entrée en EMS de Monsieur apparaît comme étant à l'origine d'une crise conjugale majeure. Observons que cette crise conjugale se trouve à l'articulation entre l'événement (l'entrée en EMS) et la structure du couple (qui comprend le désir de Monsieur d'une relation fusionnelle avec son épouse et d'être complètement pris en charge par elle), ce qui va dans le sens des conclusions de Dupré la Tour (2005).

Rappelons toutefois que c'est pour ce couple que la transition est la plus récente ; celle-ci a eu lieu moins de trois mois avant les interviews et elle s'est faite de manière particulièrement soudaine, suite aux problèmes de santé inattendus de Madame. Les conclusions de Lundh, Sandberg et Nolan (2000), au sujet du caractère moins traumatique de l'entrée en EMS de l'un des conjoints si c'est à la suite d'une hospitalisation, vont dans ce sens. Il est donc possible que le couple Lévy retrouve son style relationnel habituel une fois que les conjoints auront trouvé de nouveaux repères.

### III.3 Intimité

L'intimité est un thème essentiel dans l'étude du couple. Elle comprend la sexualité mais ne s'y limite pas. En effet, comme l'affirme Colson (2007), en reprenant une idée défendue par Erikson (1968) : « [...] l'intimité affective vient combler le besoin de retrouver le lien de l'unité duelle primitive et la sécurité affective. Elle permet aussi de se renforcer narcissiquement dans le jeu de séduction. L'intimité affective existe dans la révélation mutuelle de soi, le partage des pensées, des sentiments et des émotions, le sentiment d'être compris et validé par l'autre, la confiance en l'autre, la proximité et les manifestations d'affection dans le couple » (p. 67). Quant à la sexualité, elle est incluse dans l'intimité : elle fait partie de ses nombreuses dimensions. D'ailleurs, toujours pour Colson (2007), « le lien intime, une fois établi au sein du couple, pourra continuer d'exister et se conjuguer autrement, même si la sexualité se retire ou se modifie » (p. 67).

L'intimité peut également être définie comme suit : un « espace » privé, non seulement au sens physique mais aussi au sens intersubjectif, permettant aux conjoints de se rencontrer sans intrusion de la part de tiers. Dans le cas des couples interviewés, les tiers sont notamment les soignants, les proches et les autres résidents.

Le vieillissement, de même que la longévité du couple, ont un impact sur l'intimité, en particulier sur l'intimité sexuelle. Si le désir change peu au cours de la vie (Mishara & Riedel, 1994), six facteurs expliqueraient le déclin de la sexualité avec l'âge (Masters & Johnson, 1966) : la monotonie des relations sexuelles répétitives, les préoccupations professionnelles ou économiques, la fatigue psychologique et physique, l'abus de nourriture et d'alcool, les infirmités physiques et psychiques et la crainte de l'échec sexuel. Quant à la croyance, répandue chez les personnes âgées comme chez les plus jeunes, que la vieillesse est une période asexuée (Mishara & Riedel, 1994), elle contribue également au déclin de la sexualité. Comme nous le verrons par la suite, ces différents facteurs se retrouvent dans les situations des couples interviewés.

En outre, nous nous demandons quel est l'impact de l'hébergement en EMS de l'un des conjoints sur l'intimité des sept couples qui ont participé à notre recherche. C'est une question que nous avons investiguée lors des interviews individuelles. Nous avons en effet demandé à chaque interviewé s'il y avait eu des changements du point de vue de l'intimité dans son couple depuis la transition. Par contre, nos interviewés ont peu abordé le sujet de leur intimité lors des interviews de couple. La présence du conjoint peut en effet inhiber l'expression au sujet de l'intimité, surtout lorsqu'il y a un décalage dans le couple entre les attentes à cet égard (nous verrons que tel est souvent le cas) et d'autant plus en présence d'un témoin (la chercheuse).

Analysons maintenant les données concernant l'intimité pour chacun des couples. Nous procéderons selon l'ordre suivant : des couples pour lesquels nous avons le plus d'informations à ceux pour lesquels nous en avons le moins.

#### III.3.1 Couple Emery (F)

Ce qui nous frappe au sujet du couple Emery et le différencie des autres couples, c'est que Monsieur exprime de manière claire une frustration sexuelle importante. Il est le seul de nos quatorze interviewés à le faire. Cet extrait en témoigne :

« Vous savez, c'est dur d'être un homme, [et d']être près d'une année [...] sans rapports [...]. *Les rapports sexuels vous manquent ?* Ouais, [...] il faudrait qu'il y ait des chambres [...] qu'avec une seule personne [...] hein, c'est pas possible autrement [...]. Et puis [ma femme] ça lui manque aussi je pense [...], c'est aussi pénible pour elle que pour moi » (M. Emery, interview individuelle).

Deux choses importantes doivent être relevées ici. Premièrement, le fait que le résident ou la résidente partage une chambre avec une autre personne rend impossible les relations sexuelles du couple et plus largement l'intimité (sauf dans des cas hypothétiques où des arrangements pour le temps d'occupation de la chambre peuvent être trouvés, mais cela n'en fait pas forcément une solution satisfaisante). Le fait que les chambres soient partagées et de n'avoir aucun espace intime constitue un véritable problème non seulement pour les couples (Gladstone, 1995b), mais aussi pour les autres des résidents (Parker, 2006 ; Darnaud, 2007). Quant à l'établissement de « chambres d'intimité » dans certaines institutions gériatriques, s'il peut être perçu comme une solution novatrice, il n'en comprend pas moins d'importantes limites, par exemple (Dupras, 2007) :

- la nécessité de programmer l'utilisation de la chambre enlève toute spontanéité à la relation sexuelle,
- le pouvoir de décision des soignants dans l'attribution de la chambre tend à privilégier une certaine sexualité, celle des personnes jugées « aptes » et ayant une relation de couple stable, et à marginaliser celle qui ne correspond pas à cet idéal,
- la difficulté d'occuper la chambre en toute discrétion, en raison de la présence des autres résidents, des soignants et visiteurs dans l'institution.

Deuxièmement, les propos de Monsieur Emery rapportés ci-dessus sont un peu ambigus. Il commence par dire que c'est frustrant pour lui de ne plus avoir de relations sexuelles parce qu'il est un homme. Il sous-entend par là qu'à son point de vue, les hommes ont plus de besoins sexuels que les femmes. Pourtant, il poursuit en expliquant que cette situation est difficile à vivre pour sa femme également. Or, à aucun moment des interviews elle n'exprime de frustration sexuelle.

Plusieurs interprétations sont possibles et peuvent être complémentaires. Il est probable que Monsieur et Madame ne vivent pas la même frustration du fait de ne plus avoir de rapports sexuels : Madame exprime un besoin de proximité avec son époux et non un besoin de relations sexuelles. Leurs besoins respectifs au sujet de la sexualité semblent en décalage. Mais il est également possible que Madame n'ait pas eu envie de s'exprimer sur leur sexualité dans le cadre des interviews. Enfin, nous avons observé dans l'interview de couple que Madame cherchait souvent à ne pas contrarier son mari (notamment en le validant à propos de ses idées de persécution). Il est donc possible qu'elle lui dise que la sexualité lui manque dans ce même but.

D'ailleurs, l'un des thèmes des idées de persécution de Monsieur Emery est en lien avec le manque d'intimité dont il se plaint :

*« Et ici, est-ce que vous pouvez parfois vous retrouver en tête-à-tête ? Pas ici, non [...] il y a quand même les personnes autour, [les résidents] sont toujours en surveillance, là. Il y a une porte de sortie, l'autre elle est fermée, et y a une alarme » (M. Emery, interview individuelle).*

*« Quand vous dites que vous êtes surveillés, c'est par qui exactement ? Oh [...] c'est les infirmières qui sont là, ils sont tous là, voyez ? » (M. Emery, interview individuelle).*

Sans minimiser les raisons de sa souffrance, une certaine capacité de sublimer sa frustration sexuelle semble faire défaut à Monsieur Emery et expliquer la présence de telles idées de persécution. En effet, pour Le Gouès (2000) : « [...] quand [la sublimation] défaille, la relance de la projection lui succède, comme si la solution délirante était le second moyen de lutte contre la castration » (p. 37).

Cependant, les « idées de persécution » de Monsieur ne sont pas sans fondement. Le fait que les résidents des institutions gériatriques soient surveillés est une réalité, qui est justifiée par les soignants au nom d'une recherche de sécurité maximale. Or, bien souvent, cette recherche de

sécurité empiète sur l'intimité, « puisque rien ne doit échapper à la surveillance des professionnels » (Darnaud, 2007, p. 91).

En raison de son vécu douloureux, Monsieur Emery cherche des opportunités d'avoir des relations sexuelles avec son épouse en dehors de l'EMS. Malheureusement, d'autres obstacles viennent s'y opposer :

« Le 24 on veut aller manger les deux ensemble [pour leur anniversaire de mariage], pis après on verra [...] si on peut [...] aller à [notre] appartement [...]. [Mais] c'est difficile [...] y a beaucoup de bruit, et puis on entend un peu tout ce qui se passe dedans hein, alors il faudra voir comment est-ce qu'on veut faire » (M. Emery, interview individuelle).

Si les relations sexuelles ne sont pas possibles dans l'EMS, le couple décrit par contre des moments d'intimité au sens large – bien que Monsieur ne considère pas que ce soit de l'intimité :

« On est à sa place [à la cafétéria], [...] on discute les deux [...], alors là on peut bien discuter. Et en général ils nous laissent tranquilles. Ils nous laissent ensemble. Parce que (soupir) [...], c'est pas encore de l'intimité, ça on n'a pas [...] mais on peut discuter de tout ce qu'on veut, de tout ce qu'il faut... ouais parce qu'y a quand même des choses qu'on ne peut dire qu'ensemble, hein » (M. Emery, interview individuelle).

Pourtant, cette forme d'intimité ne suffit pas à consoler Monsieur.

Le besoin de proximité et corollairement la souffrance de ne plus pouvoir vivre sous le même toit, constitue le seul aspect de l'intimité que Monsieur et Madame abordent ensemble dans leur interview de couple :

Monsieur : [...] c'est plus une vie comme on est. Pas, elle elle est ici, moi je suis à la maison [...], on n'a plus une vie [...] saine, quoi, comme on appelle [...].

*A cause du fait d'être chacun...*

Monsieur : chacun de son côté.

Madame : on est séparés.

Monsieur : ouais pis [...] y a pas beaucoup de possibilités d'être ensemble, hein (M. et Mme Emery, interview de couple).

Le fait que les conjoints n'abordent pas les autres aspects de l'intimité dans leur interview de couple corrobore notre hypothèse mentionnée plus haut d'un décalage dans leurs attentes sexuelles.

### III.3.2 Couple Aubort (H)

L'intimité sexuelle semble être un lointain souvenir pour le couple Aubort :

« *Qu'est-ce que vous entendez par la communion affective ?* Oh ben... s'aimer, tout simplement ! Mais on ne le manifeste plus physiquement, voilà le problème [...]. Avec l'âge, on s'aime de cœur ! Mais... plus de la même manière que quand on est... un jeune couple. *Qu'est-ce qui a changé ?* Ben la sexualité ! L'amour est plus profond, mais il ne se manifeste pas physiquement [...] » (M. Aubort, interview individuelle).

« Oh vous savez, l'intimité [...] elle s'est un peu évaporée (rires) [...] » (Mme Aubort, interview individuelle).

Les propos des deux conjoints montrent qu'ils n'ont plus de rapports sexuels et qu'ils mettent ça sur le compte de leur âge – et peut-être également sur une certaine usure conjugale, pour Madame.

Cependant, le « voilà le problème » de Monsieur montre que ce n'est pas une situation facile à vivre et qu'il doit en faire le deuil. Ses propos révèlent la présence d'une certaine frustration sexuelle, même si elle n'est pas directement exprimée.

Par ailleurs, et cela confirme notre hypothèse qu'il s'agit d'une situation plutôt difficile à vivre, l'absence de relations sexuelles du couple est probablement en lien avec le conflit conjugal. En effet, Madame est si dénigrante avec son mari (cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux) qu'il est facile d'imaginer qu'elle n'ait plus de désir pour lui. En effet, pour Tordjman (1988), l'absence de désir est souvent un moyen détourné d'exprimer la frustration, l'hostilité ou l'amertume envers le partenaire. Rappelons en outre que Madame s'est montrée très froide à l'égard de son mari lors des moments que nous avons passés les trois (lors de l'interview de couple et lors des moments informels avant et après les interviews).

Un autre indice témoigne en faveur d'une absence de relations sexuelles. Si Monsieur parle des passages imprévisibles des soignants, il nous signifie que cela ne le dérange pas :

« Avec le personnel tout va bien, y a pas de problème, c'est très bien. Le toubib fait sa visite, il arrive accompagné d'une infirmière, il entrouvre la porte, il dit à peine bonjour, il referme pis il s'en va [...]. Alors moi ça me convient parfaitement bien ! (rires) » (M. Aubort, interview individuelle).

Cependant, l'ambiguïté de ses propos et peut-être même leur ironie ne nous a pas échappé. Si cette citation témoigne d'une absence de relation sexuelle, elle révèle aussi une certaine colère chez Monsieur, liée en tout cas à ses relations avec les soignants, mais peut-être aussi à l'absence de possibilités d'avoir de l'intimité dans l'EMS.

Quant à Madame, elle a des réticences à aborder avec nous le sujet de l'intimité sexuelle. Après qu'elle nous ait dit que l'intimité s'est évaporée, lorsque nous l'avons invitée à en dire plus, elle dévie le cours de ses propos pour parler de l'intimité dans les discussions avec son mari.

Puisque l'intimité ne se limite pas à la sexualité, que disent Monsieur et Madame Aubort des autres formes d'intimité ? Les propos de Monsieur témoignent d'un désir de proximité, de partage affectif et spirituel avec son épouse, qui renvoie à un désir d'intimité au sens large. Notons que le recours à la religion est peut-être pour Monsieur Aubort une manière de sublimer la frustration sexuelle. En effet, selon Le Gouès, « la sublimation en tant que plaisir substitutif est [...] le meilleur moyen dont dispose l'appareil psychique pour lutter contre les effets négatifs des pertes » (Le Gouès, 2000, p. 33).

Quant à Madame, elle semble considérer que toute forme d'intimité est perdue. Outre les propos que nous avons déjà cités, elle dit ne plus pouvoir se confier à son mari car elle trouve qu'il n'est plus assez réceptif. Relevons encore qu'elle reste de marbre lorsque son mari exprime sa tristesse et son besoin de proximité dans leur interview de couple.

Par ailleurs, dans l'interview du couple, lorsque nous évoquons le fait que le couple de l'extrait vidéo ENSEMBLE projette d'entrer ensemble en EMS, Madame nous rétorque :

« Est-ce que c'est une chance ? » (Mme Aubort, interview de couple).

Le fait qu'elle soulève cette question montre bien que pour elle, le fait de vivre en EMS avec son mari ne serait pas une situation enviable. Elle revient d'ailleurs à plusieurs reprises, dans son interview individuelle, sur son besoin de mettre des distances dans la relation avec son mari.

Pourtant, malgré les problèmes cognitifs que son épouse lui reproche violemment (cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux), Monsieur nous est apparu par moments comme très lucide à propos des décalages entre leurs attentes respectives d'intimité :

« *Que fait votre femme pour vous aider dans les moments difficiles ?* Ben... pas spécialement parce que je ne m'ouvre pas beaucoup justement pour pas la charger ou lui procurer du souci [...]. Je veux surtout pas lui parler des moments de cafard que je vis quand je suis seul [...]. *Et est-ce qu'elle vous parle de ses soucis à elle ?* Non. Pas beaucoup non plus [...] parce que... elle en a, mais... » (M. Aubort, interview individuelle).

Le fait qu'il ne se confie pas à son épouse, alors qu'il en éprouve visiblement le besoin, montre qu'il est conscient que la disponibilité de Madame est limitée.

### III.3.3 Couple Lévy (H)

S'agissant du couple Lévy, nous disposons de plusieurs indices témoignant en faveur d'une perte de l'intimité sexuelle. Premièrement, Monsieur partage sa chambre avec un autre résident, ce qui constitue un obstacle important à la sexualité, comme nous l'avons mentionné. Deuxièmement, les conjoints sont en conflit depuis l'hébergement en EMS de Monsieur. Le dénigrement par Madame de son mari et la rancœur de Monsieur envers son épouse sont sans doute des éléments peu favorables au désir et à la sexualité. Enfin, Monsieur craint que son épouse prenne un amant maintenant qu'il vit en EMS. Cette crainte de Monsieur est non seulement liée au fait qu'il vive désormais séparément de son épouse, mais peut-être également à leur impossibilité d'avoir des relations sexuelles, en lien avec un cadre institutionnel peu favorable et avec ses propres problèmes de mobilité (rappelons que Monsieur est « presque hémiparétique » suite à une attaque cérébrale).

Par ailleurs, lorsque nous lui demandons ce qu'était devenue leur intimité depuis l'entrée de son mari en EMS, Madame ne nous répond qu'au sujet d'une intimité non sexuelle, faite de partage émotionnel et de présence<sup>38</sup>. Ainsi, ses propos témoignent d'une perte de l'intimité, au sens large, depuis la transition :

« *(A propos d'une fois où elle a pleuré, seule à la maison)* [ce qui était triste], c'était le fait qu'il soit plus avec moi, qu'on pouvait pas partager [...]. C'est le lien, [parce qu']on était un couple fusionnel [...] » (Mme Lévy, interview individuelle).

« *J'ai besoin d'un lit pour moi. Parce que couchée à côté d'un trou, c'est pas marrant, hein (rires). Et puis là ça manquait vraiment. Je me réveillais, je toussais, je me dis 'oups, j'ai réveillé mon mari... ah mais non il est plus là' [...]* ça fait chaque fois un petit coup » (Mme Lévy, interview individuelle).

Les efforts des soignants pour respecter le besoin du couple d'avoir un espace pour lui (cf. *supra*, II.2, Relations avec les soignants) ne semblent pas suffire. L'intimité des Lévy se voit donc réduite au fait de manger en tête à tête ensemble.

Face à cette perte d'intimité, le fait hypothétique que son épouse le rejoigne en EMS est perçu comme une solution pour Monsieur :

*(A propos du couple de l'extrait ENSEMBLE) ils vont dans un EMS [...] en couple. Qu'est-ce que vous pensez de ça ?*  
Monsieur : [...] oui c'est mieux, oui [...]  
*Pourquoi est-ce que c'est mieux ?*

---

<sup>38</sup> Quant à Monsieur, il n'a pas voulu répondre, et s'est montré très gêné par notre question.

Monsieur : mais parce qu'on est ensemble ! (M. Lévy, interview de couple).

*Si vous viviez ensemble en EMS, est-ce que vous partageriez la même chambre ?*

Monsieur : oh... euh... ensemble, quoi [...]

Madame : (*taquine, à son mari*) si possible dans le même lit, hein ? (rires) [...]

Monsieur : oh !

Madame : peut-être pas obligatoirement, mais dans la même chambre, c'est sûr [...]. Il faut quand même avouer, on a toujours vécu ensemble [...]. Et ici c'est, c'est la grande rupture (M. et Mme Lévy, interview de couple).

Cependant, le fait de rejoindre son mari en EMS n'est pas envisageable pour Madame, car elle se sent encore trop jeune (à 69 ans, elle est la plus jeune de notre échantillon). Si la vie en couple lui manque, elle tient plus encore à son autonomie, comme le montre l'extrait ci-dessous :

« (*A propos d'un couple qui vit dans l'EMS*) on les voit se promener main dans la main [...] c'est très touchant. Maintenant y a chez nous [...] quand même une grande différence d'âge. J'ai huit ans de moins que Monsieur. Alors pour moi ce n'est encore pas du tout d'actualité de me trouver dans [un EMS] et puis d'abandonner mon autonomie et mon indépendance. Je fais quand même encore tout moi-même, si tout d'un coup on me disait 'non non, tu fais plus rien', [...] je vivrais ça assez mal, moi personnellement » (Mme Lévy, interview de couple).

Le fait que l'interviewée parle de son mari en disant « Monsieur » est un indicateur de distance, qui contraste avec l'image qu'elle donne d'un autre couple dont elle parle, qui se promène main dans la main dans le jardin de l'EMS. Elle semble chercher à maximiser l'écart entre elle et lui, sans doute pour mettre le plus à distance possible l'éventualité de le rejoindre en EMS, qui serait délétère pour son image d'elle-même. Par conséquent, les Lévy font partie des couples de notre recherche pour lequel nous observons un important décalage entre les besoins et attentes des conjoints vis-à-vis de l'intimité.

### III.3.4 Couple Perroud (H)

La transition a eu un effet délétère sur l'intimité du couple Perroud :

« Le plus dur [c'est] de pas pouvoir la rejoindre à l'appartement. Que ce soit pour un repas, que ce soit pour discuter [...]. On est ficelé ici » (M. Perroud, interview individuelle).

« (*A propos du fait de vivre séparément*) ça me gêne (rires) parce que... on a tout le temps été ensemble, quoi, (*beaucoup d'émotion dans la voix*) on a tout fait ensemble [...] » (Mme Perroud, interview individuelle).

Les propos rapportés ci-dessus se rapportent à une intimité non sexuelle. Quant aux propos des conjoints sur les allées et venues parfois imprévisibles des soignants, ils témoignent en faveur d'une perte de leur vie sexuelle :

« *Les soignants respectent-ils les moments où vous souhaitez être seul avec votre femme ?* Oui. Disons que quand ma femme est là, l'infirmière arrive pour je sais pas quoi, elle ouvre la porte 'oh pardon' » (M. Perroud, interview individuelle).

« *Pensez-vous que les soignants respectent suffisamment votre intimité quand vous êtes ensemble ?* [...] oui, [...] elles sont très discrètes. Elles savent plus ou moins que je viens le matin vers dix heures et demie [...] et ils savent aussi qu'en général entre trois heures et demie et quatre heures et demie je viens aussi donc [...] non pour ça alors pas du tout [...] envahissantes, quoi [...] » (Mme Perroud, interview individuelle).

Le décalage subtil entre leurs perceptions respectives témoigne du fait que Madame n'est pas gênée par les passages imprévisibles des soignants que décrit son mari. Si elle n'en est pas dérangée, c'est sans doute qu'elle n'a plus d'attente de relations sexuelles avec lui. Quant aux propos de Monsieur, ils expriment de manière très discrète un probable malaise lié à ces allées-venues. Ce décalage est probablement révélateur d'attentes différentes entre les conjoints concernant leurs moments d'intimité. Cependant, il est également possible que le conjoint vivant à domicile ne vive pas le même envahissement de la part des soignants que le conjoint hébergé, qui est constamment dans l'EMS.

Quant à notre expérience en tant qu'intervieweuse, elle corrobore la perception de Monsieur. En dépit de notre demande de ne pas être dérangée pendant les interviews, nous avons été interrompue trois fois : une fois pendant l'interview individuelle de Monsieur et deux fois pendant l'interview du couple (il s'agit des deux interviews qui ont eu lieu dans la chambre de Monsieur). Remarquons en outre que ces interviews avaient lieu aux horaires habituels des visites de Madame. Cette situation, rencontrée uniquement dans cet EMS, témoigne d'une difficulté des soignants à entendre et respecter le désir d'intimité des couples. Bien entendu, dans une telle situation, une intimité sexuelle n'est pas envisageable.

### III.3.5 Couple Savoy (F)

Malgré une certaine réticence de départ, Madame Savoy s'est exprimée au sujet de la sexualité dans son couple, ou plutôt de la perte de celle-ci :

*« Est-ce que c'est difficile pour vous [quand votre mari s'en va le soir] ? Ben écoutez je mets la bagatelle à part, hein [...]. La bagatelle ? Oui, la vie sentimentale » (Mme Savoy, interview individuelle).*

Ces propos, exprimés d'un ton sec, témoignent d'un refus d'aborder le thème de la sexualité dans l'interview (et peut-être plus largement d'un rejet de la sexualité). En outre, lorsque nous l'invitons à définir ce qu'est pour elle la « bagatelle », elle s'esquive en parlant de la vie sentimentale. Mais cette résistance ou ce rejet apparaît avant tout pour Madame comme une stratégie pour moins souffrir lorsque son mari la quitte le soir.

Plus loin dans l'entretien, elle reviendra d'elle-même sur le thème de la sexualité, comme pour s'expliquer et compléter les propos cités avant :

*« (A propos des changements dans le couple, avec le temps) qu'est-ce qui disparaît ? [...] L'ardeur de la jeunesse mais... c'est pas dramatique. Ça ne vous manque pas ? Non... on a assez à faire avec nos [...] pilules [...]. Parce que l'important pour beaucoup de jeunes femmes, [c'est] la sexualité [...]. Nous si on avait un bébé il fallait... faire attention, [c'était] interdit, quoi [...]. Alors on est [de] cette école-là, qui fait sourire... vos petites compagnes, là. Mais... on n'en meurt pas, hein, en tout cas pas de ça [...]. Donc la sexualité était quelque chose de moins... De moins important » (Mme Savoy, interview individuelle).*

Ces propos montrent que Monsieur et Madame Savoy n'ont probablement plus de relations sexuelles. Les raisons évoquées par Madame sont l'âge, les problèmes de santé, le temps qui passe et qui induit une certaine usure conjugale, de même qu'un effet de cohorte, puisque selon elle, la sexualité était moins importante lorsqu'ils étaient jeunes que de nos jours. D'ailleurs, elle ajoute :

*« Vous savez ça n'a jamais été la grande démonstration [entre nous], mais c'est du solide » (Mme Savoy, interview individuelle).*

Monsieur quant à lui ne s'est pas du tout exprimé au sujet de leur intimité, sexuelle ou non. Nous n'avons pas osé lui poser directement la question, en raison de sa résistance à parler de son vécu et de ses émotions. Toutefois, le témoignage de Madame permet d'avoir des informations sur ce qu'il en est de leur sexualité, même si elles restent incomplètes. Par ailleurs, les propos de Monsieur et Madame décrivent une intimité désormais limitée au fait de prendre leurs repas ensemble, ce qui renforce notre hypothèse d'une perte de la sexualité dans leur couple.

### III.3.6 Couple Kaufman (F)

Dans son interview individuelle, Monsieur Kaufman décrit une perte de l'intimité sexuelle provoquée par l'âge :

« Quand on est jeune [...], c'est bien quand on a une femme au lit (rires). *Mais maintenant, alors que vous et votre épouse êtes âgés ?* Non, elle est là et moi je suis à la maison, et avec l'âge, hein [...]. Qu'est-ce que vous voulez, y a tout qui passe quand même [...], c'est pour tout le monde. Vous savez quand vous allez vers les nonante, hein, vous verrez une fois comment ça va (rires) » (M. Kaufman, interview individuelle).

Néanmoins, son attitude et ses propos dans l'interview de couple montrent que l'âge n'est pas le seul en cause. Monsieur accorde toujours une grande importance à la sexualité, comme en témoignent une certaine nostalgie dans ses propos (voir ci-dessus) et son attitude ambiguë avec les femmes plus jeunes, nous comprise. La perte des rapports sexuels semblent donc plutôt liée à une usure conjugale. En effet, Monsieur cherche à nous faire comprendre, à nous comme à son épouse, qu'il n'y a plus entre eux ni sexualité ni intimité au sens large. Enfin, il insiste sur le fait que lorsqu'il rejoindra sa femme dans l'EMS, il ne partagera pas la même chambre qu'elle (cf. *supra*, III.1, Attachement).

Madame quant à elle ne s'exprime pas du tout au sujet de la sexualité. Elle semble cependant désirer plus d'intimité que son époux, notamment dans sa recherche de proximité (cf. *supra*, III.1, Attachement). Nous observons donc dans leur cas aussi un décalage du point de vue de leurs besoins respectifs.

### III.3.7 Couple Rochat (H)

La conjugopathie des Rochat (cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux) semble avoir eu raison de toute forme d'intimité dans le couple. Pour Madame :

« [A propos du couple de l'extrait VISITE] voilà [...] encore une fois, là y a encore de l'affection, de la tendresse, parce qu'à notre âge c'est ça qui compte [...]. C'est ce qu'il y a de principal. Mais quand y a plus rien, ben... » (Mme Rochat, interview de couple).

Conséquence de cette perte d'intimité, le seul but que Madame trouve dans les visites à son mari est de faire ce qu'elle appelle son « devoir d'épouse » :

« *Quand vous venez l'après-midi, ça se passe comment ?* Plus ou moins bien, on discute pas beaucoup, je fais mon [...] devoir d'épouse, c'est tout. Parce que maintenant on n'a plus rien entre les deux. C'est fini, oui. Il m'a dit plusieurs fois qu'il m'aimait pas, alors, qu'il m'a jamais aimée » (Mme Rochat, interview individuelle).

Non sans humour, soulignons que l'expression « devoir d'épouse » fait traditionnellement référence au devoir des épouses d'accepter les avances sexuelles de leur mari. Pour Madame Rochat, en nous

référant à son histoire conjugale (cf. *supra*, 3, Description des sept situations), il semble y avoir une transposition de son inappétence pour les relations sexuelles d'hier aux visites d'aujourd'hui.

Quant à Monsieur, son indifférence vis-à-vis de son épouse témoigne également d'une absence de toute forme d'intimité dans leur couple :

« A votre avis, comment est-ce que votre épouse vit le fait que vous ne soyez plus à la maison ? Oh elle vit comme elle veut, hein, elle fait comme elle veut. Et moi je fais comme je veux (rires) » (M. Rochat, interview individuelle).

Finalement, la seule chose sur laquelle Monsieur et Madame Rochat se rejoignent, c'est l'insatisfaction quant à leur relation conjugale, en lien avec une absence de l'intimité :

Madame : [*à propos du couple de l'extrait DECISION*] moi j'aime bien parce qu'ils sont [...] près l'un de l'autre. Ils se comprennent [...]. Pis ils s'aiment. Ils doivent s'aimer.

*Est-ce que vous trouvez qu'ils vous ressemblent ?*

Madame : non.

Monsieur : pas du tout [...] (M. et Mme Rochat, interview de couple).

Pour Ribes, Abras-Leyral et Gaucher (2007), il arrive qu'un couple âgé conflictuel ne perde qu'en raison de sa longévité, qui enlève tout sens à une séparation. Tel nous semble être le cas du couple Rochat.

### III.3.8 Conclusions

Notre analyse révèle que si certaines formes d'intimité sont toujours présentes au moins chez quatre couples (Emery, Lévy, Perroud et Savoy), la vie sexuelle des sept couples interviewés est arrivée à son terme.

Comme nous l'avons mentionné, plusieurs interviewés invoquent leur âge avancé pour expliquer la perte de leur vie sexuelle. Nous nous demandons pourtant si l'âge en soi est le véritable responsable, ou si les couples n'utilisent pas cette raison pour justifier leur absence de sexualité. En effet, ne serait-ce pas plutôt le cadre institutionnel qui constitue un obstacle à la vie sexuelle ? Ou encore les problèmes de santé ? Ou les conflits conjugaux et l'usure conjugale ? Ou d'autres raisons encore ? Invoquer l'âge peut être une stratégie des couples pour éviter une confrontation désagréable entre des désirs sexuels potentiels et ce qui est désormais possible, compte tenu de l'hébergement de l'un des conjoints, de l'état de santé des conjoints et de l'entente conjugale.

Seul Monsieur Emery reproche explicitement au cadre institutionnel d'être un obstacle à la vie sexuelle de son couple. Mais qu'en pensent nos autres interviewés, y compris ceux qui – majoritairement – bénéficient d'une chambre individuelle ? Comme nous l'avons mentionné plus haut, une chambre individuelle ne suffit pas à garantir une intimité propice aux relations sexuelles, notamment en raison des allées et venues ainsi que de la surveillance exercée par les soignants. C'est donc plutôt une question de mentalité des soignants qui devrait changer. En effet, pour Darnaud (2007), les institutions gériatriques sont souvent conçues pour satisfaire un impératif panoptique, impératif qui attribue une position centrale au bureau des soignants et « traduit incontestablement la nécessité de surveillance [qui leur est] conférée » (p. 95).

L'intimité est-elle donc possible en EMS ? Ou mieux, quelles sont les formes d'intimité possibles ? Comme nous l'avons évoqué, les récits de nos interviewés donnent le sentiment d'une réelle

pauvreté de l'intime, qui se limite généralement au fait de prendre des repas ensemble et de se parler en tête à tête.

Mis à part le contexte institutionnel peu favorable aux relations sexuelles, les problèmes de santé des interviewés, en particulier ceux des conjoints hébergés, jouent certainement un rôle important. En effet, chacun des résidents interviewés souffre au moins d'une pathologie ou d'un handicap physique très lourd. En effet, puisque le fait de vivre en couple tend à retarder l'entrée en institution (Kemp, 2007), les conjoints hébergés sont généralement plus gravement atteints dans leur santé que leurs co-résidents qui vivaient seuls. Les atteintes physiques sont donc sans doute particulièrement invalidantes dans notre échantillon. Par ailleurs, les impératifs de notre recherche impliquaient d'interviewer des personnes sans pathologie démentielle : par conséquent, les résidents et résidentes ayant participé à notre recherche devaient présenter des pathologies ou handicaps physiques lourds pour que leur hébergement soit justifié (la seule exception étant Monsieur Rochat, car son hébergement était avant tout décidé en raison du problème conjugal).

Par conséquent, notre hypothèse est la suivante : les pathologies ou handicaps physiques invalidants dont souffrent les résidents interviewés (suites d'accidents vasculaires cérébraux, maladie de Parkinson, conséquences de l'alcoolisme, troubles au niveau de la prostate) sont sans doute un frein majeur à la réalisation de la sexualité, probablement plus que ne le sont les pathologies psychogériatriques. Les conclusions de Colson (2007) vont dans le sens de cette hypothèse : « chez l'homme comme chez la femme, la perte de mobilité, particulièrement importante et invalidante avec le grand âge, semble tout particulièrement affecter [...] la pratique de la sexualité » (p. 71). Rappelons que, dans notre échantillon, les pertes de mobilité affectent cinq résidents sur sept (cf. *supra*, 3, Description des sept situations).

Par ailleurs, les traitements médicaux visant à stabiliser les pathologies chroniques peuvent également être à l'origine de difficultés sexuelles (Zwang, 1998). Quant au conjoint en meilleure santé, il « rédui[rai]t souvent son propre espace intime, proportionnellement à la gravité de la situation de handicap » du conjoint malade (Ribes, Abras-Leyral et Gaucher, 2007, p. 43).

Conséquence des maladies et handicaps, il y aurait souvent pour Le Gouès (2000) un décalage entre le désir sexuel, toujours présent malgré l'avancée en âge, et les moyens de le réaliser : « Au cours du vieillissement, la génitalité corporelle diminue la première, avant la génitalité psychique. Ce décalage temporel crée un écart dans le moi du sujet vieillissant, écart qui ébranle son narcissisme jusqu'à provoquer parfois des troubles de l'identité, en particulier lorsque les performances corporelles ne sont plus au rendez-vous du désir comme auparavant » (p. 10).

Au final, ce sont les deux résidents des couples les plus conflictuels qui sont les moins atteints dans leur mobilité physique : Monsieur Aubort et Monsieur Rochat. Tous deux bénéficient en outre des privilèges d'une chambre individuelle. Par conséquent, lorsque les conditions du point de vue de la santé et du cadre de vie semblent aussi favorables que possible pour l'intimité du couple, ce sont les conflits conjugaux qui font obstacle aux relations sexuelles.

Relevons encore avec Colson (2007) que la tendance de la majorité des personnes âgées à se percevoir comme des êtres ne pouvant plus inspirer ou éprouver de désir peut constituer un frein important à la sexualité. Il est probable que cette tendance concerne aussi nos interviewés, en particulier les résidents et résidentes, en raison de leurs importants problèmes de santé.

Le tableau récapitulatif suivant montre les obstacles à l'intimité sexuelle pour chaque couple :

	<b>Obstacles à l'intimité sexuelle</b>
<b>Couple Aubort (H)</b>	Passages imprévisibles des soignants Problèmes de prostate du RES Conflits conjugaux, distance affective Décalage des attentes dans le couple
<b>Couple Emery (F)</b>	Chambre partagée, surveillance Décalage des attentes dans le couple
<b>Couple Kaufman (F)</b>	Conflits conjugaux, distance affective Décalage des attentes dans le couple
<b>Couple Lévy (H)</b>	Chambre partagée Hémiplégie du RES suite à attaque cérébrale Conflits conjugaux, distance affective Décalage des attentes dans le couple
<b>Couple Perroud (H)</b>	Passages imprévisibles des soignants Maladie de Parkinson du RES Décalage des attentes dans le couple
<b>Couple Rochat (H)</b>	Conflits conjugaux, distance affective
<b>Couple Savoy (F)</b>	Problèmes de santé des deux conjoints Usure conjugale, distance affective

Nous avons évoqué à plusieurs reprises les décalages entre les attentes respectives des conjoints au sujet de l'intimité (au sens large, la sexualité étant incluse). Il est intéressant de constater que les interviewés faisant part plus ou moins clairement d'un manque d'intimité sont majoritairement des hommes plutôt que des femmes, et majoritairement des résidents plutôt que des conjoints vivant à domicile. Il s'agit en effet de Monsieur Aubort, Monsieur Lévy, Monsieur Perroud et Madame Kaufman pour les résidents, et de Monsieur Emery pour les conjoints. Deux hypothèses peuvent être avancées :

- 1) Si les hommes sont les plus nombreux à exprimer, même discrètement, un manque concernant l'intimité avec leur épouse, c'est peut-être dû à un effet de cohorte : en raison des tabous anciens concernant la sexualité féminine, ils se sentent peut-être plus légitimés que leurs épouses à exprimer un manque d'intimité sexuelle.
- 2) Si les résidents sont les plus nombreux à exprimer un manque d'intimité avec leur partenaire, c'est non seulement en réaction à la privation concrète de leur liberté, mais peut-être aussi en raison d'un sentiment d'être réduit à la passivité. En effet, c'est souvent leur conjoint qui a organisé le placement avec les soignants et qui régule la proximité conjugale, en décidant par exemple du moment et du rythme des visites.

Enfin, revenons sur le fait que plusieurs interviewés nous ont paru peu disposés à parler de leur intimité, et en particulier de leur sexualité. Nous pouvons craindre qu'ils ne demandent pas d'aide en cas de souffrance liée à un manque. Il est également possible que leurs résistances aient été induites par la situation particulière de notre recherche : en effet, c'était la première fois qu'ils nous rencontraient<sup>39</sup> et nous avons l'âge de leurs enfants ou petits-enfants. Il leur était probablement difficile d'aborder cette thématique avec nous.

<sup>39</sup> Nous avons en effet posé cette question lors des interviews individuelles, soit lors de la première rencontre.

### III.4 Analyse des interactions

Nous terminerons notre analyse de discours par un chapitre un peu différent des précédents. Ici, ce n'est pas un thème particulier qui sera abordé, mais la manière dont se sont passées les interactions, entre les conjoints et avec nous-même, lors des interviews de couple. Dans cette dernière partie de notre travail, nous nous intéresserons donc davantage à la forme qu'au contenu du discours.

Il est utile de rappeler ici le contexte des interviews de couple : pour éviter un vécu de confrontation entre les conjoints, nous leur avons proposé de réagir à trois extraits vidéo montrant des couples âgés dans différentes situations (cf. *supra*, 2, Démarche). Rappelons en outre de quoi sont faits ces extraits vidéo :

- 1) L'extrait DECISION : on y voit un couple âgé à son domicile prenant la grave décision de l'hébergement de l'épouse.
- 2) L'extrait ENSEMBLE : on y voit des conjoints âgés qui nous parlent de leur projet de vivre ensemble dans un EMS.
- 3) L'extrait VISITE : on y voit une femme âgée qui rend visite à son conjoint hébergé en EMS.

Observer et analyser les interactions est important pour comprendre les couples. En effet, selon Hervé (2001), la « conversation » entre conjoints est au cœur de la relation des couples de l'époque « moderne », que l'auteur situe à partir du début du XXe siècle jusqu'à nos jours. Ces couples dits modernes seraient caractérisés par un début d'émancipation des femmes, qui deviennent, sinon les égales des hommes, au moins leur interlocutrices, puisqu'elles se positionnent en tant que sujets.

Quant à l'étude de Wright sur les couples âgés dont l'un des conjoints souffre de la maladie d'Alzheimer (1994), elle montre aussi l'importance d'analyser les interactions dans les couples. En effet, pour cette chercheuse, la qualité des interactions dans le couple influencerait grandement le cours de la maladie, y compris la survenue de la mort du conjoint malade, dans les deux ans à venir. Cette influence de la qualité des interactions serait plus déterminante que celle de l'état de santé du conjoint malade au moment du premier contact entre la chercheuse et les couples. Pour expliquer ce constat, Wright se réfère aux théories du développement humain de Riegel et Lerner (1973 ; 1979), selon lesquelles les interactions entre les individus et leur environnement sont essentielles pour tout développement (rappelons que le développement de la personne a lieu tout au long de sa vie, quel que soit son âge et son état de santé).

Pourquoi des interactions de qualité sont-elles cruciales pour tout développement, et même pour la survie ? Pour Wright (1994), des explications peuvent être trouvées dans des recherches qui n'ont pas porté sur les personnes âgées, par exemple celle de Spitz sur l'hospitalisme (1945). Ces recherches ont montré à quel point l'attachement, dont les interactions sont un aspect central, est important. Cependant, ces questionnements ont été peu exploités dans les recherches portant sur les couples âgés dont l'un des conjoints souffre d'une démence (Wright, 1994) – ou, ajoutons-nous, d'une autre atteinte à la santé, comme les personnes que nous avons interviewées (maladie de Parkinson, suite d'AVC, problème cardio-vasculaire, etc.).

#### *We-ness et analyse des interactions :*

Le concept de *we-ness*, développé par Reid, Dalton, Laderoute, Doell et Nguyen (2006), nous est apparu comme intéressant pour analyser les interactions des couples. La *we-ness* peut être définie comme la capacité de chacun des conjoints de se concevoir comme faisant partie d'une unité, le couple. En d'autres mots, il s'agit de l'identité de soi comme faisant partie d'un « nous », qui est plus ou moins développée selon les personnes. C'est en ce sens qu'un couple est davantage que la

« somme » des conjoints : la propriété émergente d'une relation de couple est cette identité en relation avec l'autre.

Partant d'une approche systémique-constructiviste, les auteurs font le postulat qu'une augmentation de la *we-ness* entraîne un accroissement de la satisfaction dans le couple. Ainsi, une intervention psychothérapeutique basée sur cette approche permet à chaque conjoint d'élargir ses représentations pour inclure la manière dont l'autre vit la relation. Mieux, elle lui permet de développer à la fois une conscience de chaque perspective individuelle et de la manière dont elles nourrissent la relation de couple. Par conséquent, chacun des conjoints développe sa capacité à se percevoir d'une manière plus réflexive et sa conscience de l'impact de son comportement sur la relation. Cette nouvelle conception tend à diminuer la primauté de notre point de vue personnel et à augmenter l'acceptation, la tolérance, la capacité de pardon et l'adaptation aux changements dans la relation.

Reid et al. (2006) ont établi un système de codage des interactions dans le couple afin d'évaluer le niveau de *we-ness* de chacun des conjoints, puis celui du couple. En effet, les conjoints étant interdépendants, les auteurs considèrent que la moyenne des niveaux de *we-ness* des époux renseigne sur le niveau de *we-ness* de la dyade. Ainsi, la *we-ness* et ses effets peuvent être mis en évidence au niveau du couple. Il y a en tout six niveaux de *we-ness*, subdivisés chacun en quatre sous-niveaux (cf. *infra*, Annexe 3).

Nous choisissons de nous inspirer de ce modèle afin d'analyser les interactions des couples ayant participé à notre recherche. Ainsi, nous évaluerons dans quelle mesure la *we-ness* est développée chez ces couples et si nous pouvons mettre le niveau de *we-ness* en lien avec la dynamique de couple, le vécu de la transition et de la situation actuelle.

#### *Autres aspects de l'analyse :*

Pour chaque couple, nous rappellerons en quelques mots comment s'est passée l'alliance avec nous lors des interviews individuelles. En effet, il est important de voir si l'alliance avec nous change ou reste pareille lorsque les interviewés sont en couple. Ensuite, nous ferons ressortir :

- les similitudes et différences avec les interviews individuelles,
- la manière des conjoints de mettre en scène leur couple : que nous montrent-ils de leur couple ?
- l'utilisation des extraits vidéo par les interviewés.

Nous observerons également les pronoms utilisés : les conjoints se parlent-ils l'un à l'autre, en employant le « tu » ? Ou parlent-ils l'un de l'autre, en employant le « il/elle » ? Dans quelle mesure le conjoint est-il inclus dans la discussion, ou mis à l'écart ? Par ailleurs, les interviewés utilisent-ils le « nous » ou le « on » ? Si oui, dans quelle mesure est-ce un indice que leur couple est, à leur yeux, toujours vivant ?

#### III.4.1 Couple Aubort (H)

Lors des interviews individuelles de Monsieur et de Madame Aubort, nous avons eu un bon contact avec chacun des conjoints. Monsieur semblait content de nous parler ; cependant, l'échange est resté assez superficiel, car il n'a pas abordé ses conflits conjugaux. Quant à Madame, elle nous a paru en lien avec ses émotions. Mais elle semblait attendre que nous la plaignions en raison du comportement de son mari, qui a selon elle gaspillé sa santé et leurs perspectives de retraite à deux.

### *Interactions dans le couple :*

L'interview de couple des Aubort se caractérise par une grande pauvreté des interactions entre les conjoints. En exagérant à peine, c'est comme s'il s'agissait de deux entretiens individuels en co-présence et non pas d'un entretien de couple. Les moments d'interaction directe entre eux sont rares : Madame interpelle à deux reprises son mari et son mari ne l'interpelle qu'une fois.

Lorsque Madame interpelle son mari, ils ont un début d'interaction, mais elle s'agace :

Monsieur : bon (se racle la gorge) ce médecin (*qui a ordonné son placement*)... je voulais lui demander un complément d'explication, je réussi pas de le voir [...].

Madame : (*agacée*) mais c'est de quel médecin que tu parles ?

Monsieur : [...] (*nom*), celui qui passe ici.

Madame : (*agacée*) ouais mais c'est pas lui qui t'a fait venir ici ! C'est (*nom*) qui t'a fait venir ici.

Monsieur : ouais, (se racle la gorge) ah ouais [...]. ?

Madame : (*agacée*) ben ouais, ton médecin traitant !

Monsieur : bon, enfin... je me trouve... dans cette situation, (*inspire*) j'essaie [...] de me conduire [...] aussi dignement que possible, mais... il me reste une arrière-pensée, c'est que... j'ai des doutes sur le choix et le verdict des médecins (M. et Mme Aubort, interview de couple).

Il est probable que Madame interpelle son époux dans le but de lui (ou nous) montrer qu'il a perdu ses moyens et que son placement était justifié. D'ailleurs, nous observons à sa manière de lui répondre que Monsieur est mal à l'aise. Comme nous l'avons évoqué plus haut (cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux), il se retire de l'interaction. Il paraît assez inhibé par cette situation d'interview de couple, comme s'il craignait l'agressivité de son épouse. Il nous a par contre paru plus libre lors de son interview individuelle.

L'interaction entre les conjoints rapportée ci-dessus témoigne de la forte complémentarité dans les interactions de Monsieur et Madame Aubort, voire même de leur complémentarité rigide (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1972). En effet, Madame n'interpelle son mari que pour le mettre en échec et finalement le dénigrer. Elle occupe la position haute dans toutes leurs interactions, du moins lors de l'interview. Quant à son mari, il ne se défend pas, ce qui contribue à maintenir cette complémentarité. Talpin et Joubert (2008) affirment que la complémentarité entre des conjoints âgés peut s'accroître avec la fragilisation de l'un d'eux. Elle peut conduire à la prise de pouvoir du conjoint en meilleure santé sur le conjoint malade, voire même constituer une forme de perversion. Il y aurait ainsi une rigidification des positions complémentaires des conjoints.

Nous observons toutefois que Madame dénigre un peu moins son mari dans l'interview de couple qu'elle ne l'a fait lors de son interview individuelle. Elle inhibe donc en partie ses critiques en présence de Monsieur. Il est possible qu'elle craigne ses réactions, ou qu'elle renonce à l'humilier d'avantage en présence d'une tierce personne.

Quant à Monsieur Aubort, s'il ne se défend pas contre les attaques de son épouse lors de l'interview, il ne prend aussi que rarement l'initiative d'une interaction. Ainsi, il apparaît comme plutôt passif dans leurs échanges. Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, il n'y a qu'un moment de l'interview où c'est lui qui interpelle son épouse :

« (*Emu*) pardon ma chérie (*il pose une main sur la cuisse de Madame*) mais pour moi [...], c'est un second veuvage... ce séjour en EMS [...]. Malgré que... on se voit... régulièrement... aussi souvent que possible, mais... (*inspire*) je le vis comme ça. *Qu'est-ce qui fait que vous le vivez comme un second veuvage ?* Ben parce qu'on n'est pas ensemble ! On a passé tous les deux par des circonstances difficiles, mon épouse beaucoup plus sévères que moi, et... on se retrouve maintenant... ah ! (*soupir*) on est séparés, on n'est plus ensemble, on est en EMS » (M. Aubort, interview de couple).

Malgré le fait que Monsieur parle de son vécu, et que ce soit accompagné d'un mot et d'un geste tendre à l'égard de sa femme, celle-ci n'a aucune réaction. Elle reste de glace et se comporte comme s'il n'existait pas, comportement qui nous rappelle le concept d'infirmité selon Laing (1961). En effet, Madame Aubort ne répond pas à l'intention de son mari, ce qui constitue une forme d'infirmité.

#### *Interactions avec nous :*

Tout au long de l'interview du couple, Madame Aubort cherche notre approbation. Elle veut que nous nous rendions compte de la gravité, à son point de vue, des troubles dont souffre son mari et du fait qu'il lui était impossible de s'occuper de lui à la maison. Elle cherche également à se faire plaindre de nous. Ainsi, dans la citation ci-dessous, elle accentue les aspects positifs de la situation du couple de l'extrait DECISION, pour montrer devant témoin que c'est différent de la manière dont se passe sa relation de couple :

« C'est merveilleux, ils ont [...] un contact... ils ont du dialogue, qui sont [...] agréables. Ça [...] reflète bien... le genre de vie qu'ils ont eu [...]. Moi [...] j'ai aimé ça alors, je trouve que [...] ça exprime leur amour, quoi » (Mme Aubort, interview de couple).

Quant à Monsieur, il revient toujours au leitmotiv, déjà présent dans son interview individuelle, selon lequel il ne comprend pas pourquoi il doit vivre en EMS. Il cherche ainsi à être reconnu dans sa souffrance et dans sa difficulté à trouver un sens à sa situation. Il a probablement besoin que nous le confirmions dans son vécu, mais il essaie également de se désresponsabiliser à nos yeux. Si nous faisons au mieux pour accueillir son vécu, Madame quant à elle se comporte comme si elle ne l'entendait pas. Peut-être est-ce dû à de la lassitude, car elle entend certainement ce leitmotiv depuis des années.

Par ailleurs, Monsieur ne réagit pas non plus au leitmotiv de Madame, selon lequel elle ne s'attendait pas à vivre sa retraite toute seule et que son plus grand souhait serait de se « réveiller morte » le lendemain. Peut-être que ce leitmotiv est à l'origine de sentiments de culpabilité chez Monsieur. Au final, pendant l'interview, ni l'un ni l'autre ne reconnaît le vécu de son conjoint, ni ne réagit à sa souffrance.

#### *Utilisation des pronoms :*

La pauvreté des interactions dans le couple, de même que l'attitude dénigrante de Madame envers son mari, peut donner l'impression que leur relation de couple est morte. Cependant, l'emploi fréquent, par l'un comme par l'autre, du « nous » vient contrebalancer cette impression :

« Bon la différence (avec le couple de l'extrait DECISION) c'est que nous on n'avait pas [...] un long [...] chemin commun, comme eux ils avaient, nous on avait dix ans [de vie commune] (sous-entendu, au moment de la transition) » (Mme Aubort, interview de couple).

« Nous, [en tant que] chrétiens, on est en attente de... jours meilleurs, de... la vie éternelle, et chaque jour qui passe (tousse) on demande... la force de vivre cette journée dignement, et la patience d'attendre le moment que Dieu a choisi pour nous reprendre auprès de lui » (M. Aubort, interview de couple).

Par contre, tous deux n'emploient que très peu la troisième personne du singulier. Ils évitent ainsi le plus souvent de parler de leur conjoint en présence de celui-ci. Les quelques « il » ou « elle »

apparaissent d'ailleurs en général sous une forme plus respectueuse, qui témoigne de la présence du lien : ils disent alors « mon mari », ou « mon épouse ». Ces formulations montrent qu'à leurs yeux, ils forment toujours un couple.

#### *Utilisation des extraits vidéo :*

Madame nous donne d'elle l'image d'une élève appliquée, qui fait de son mieux pour commenter les extraits et répondre à nos questions. Monsieur, par contre, se montre sur la défensive. Il répond systématiquement qu'il n'y a pas assez d'informations sur les couples dans les vidéos, car les extraits ne disent pas s'ils sont chrétiens ou non. Il semble avoir beaucoup de mal à imaginer une histoire et à se projeter à partir du matériel proposé. De plus, à une occasion, il montre que la tâche proposée n'a pas de sens pour lui :

« Avez-vous encore des remarques concernant l'extrait [ENSEMBLE] ? [...] non vraiment pas » (M. Aubort, interview de couple).

#### *Niveau de we-ness :*

Le niveau de *we-ness* du couple Aubort apparaît comme bas. Nous l'évaluons à 2 (sur 6), en raison :

- du dénigrement de Madame pour Monsieur (niveau 1B),
- de l'impassibilité de Madame devant le geste et les mots tendres de son mari (2H),
- de l'ignorance de Monsieur vis-à-vis de la souffrance de son épouse (2F),
- du fait que chacun persiste à donner la primauté à son point de vue individuel (2G)

Il faut noter cependant :

- une tentative de Monsieur d'atténuer l'impact sur son épouse de ses propos par un geste et des mots tendres (4M),
- deux références à leur histoire commune (5R).

### III.4.2 Couple Emery (F)

Lors de son interview individuelle, Madame Emery affichait une certaine méfiance envers nous et la situation d'entretien, peut-être parce qu'elle avait peur de n'être pas capable de répondre à nos questions. Par contre, notre alliance avec Monsieur Emery était excellente. Il nous a semblé que, dans leur couple, c'est avant tout lui qui tenait à participer à notre recherche. Il se sentait en confiance et nous a parlé avec sincérité de son vécu. Nous avons été très touchée par son histoire difficile, en raison des problèmes de santé de son épouse qui se sont enchaînés durant presque trois décennies.

#### *Interactions dans le couple :*

Malgré le fait que son épouse souffre de troubles cognitifs, Monsieur Emery l'encourage à s'exprimer et à prendre part à l'interaction. Cette attitude, qui est à l'opposé du dénigrement dont ont fait preuve d'autres conjoint(e)s de résident(e)s, est un avantage pour la continuité de leur identité de couple. En effet, pour Braithwaite (2002), pour qu'un couple âgé puisse perdurer malgré les pertes, il est nécessaire que les conjoints adaptent leurs attentes aux nouvelles limites de la communication, de même que la définition de leurs rôles respectifs dans la relation. De cette manière, Monsieur

Emery fait de son épouse une partenaire d'interaction, malgré des déficits qui auraient découragé plus d'un conjoint. En un mot, il lui donne de l'importance. Ainsi, après avoir vu l'extrait DECISION :

Madame : c'était quoi ? J'ai rien compris, moi.

Monsieur : ouais c'est... tu vois, [...] la femme elle va dans un home, alors ils [disaient] que c'est pas un endroit agréable. Qu'est-ce que t'en penses ?

Madame : j'y suis, je dois rester. C'est tout (M. et Mme Emery, interview de couple).

Dans la plupart de leurs interactions (toutes sauf une), c'est Monsieur qui interpelle son épouse pour l'encourager à s'exprimer. Néanmoins, nous observons que malgré sa sollicitude envers elle, il occupe la position haute dans ces interactions. C'est en effet lui qui prend les décisions et qui a le dernier mot (par rapport au fait de ne pas vivre ensemble en EMS, par exemple). Quant aux interventions spontanées de Madame, elles visent pour la plupart à confirmer les propos de son époux. Ainsi, lorsque Monsieur se plaint des soignants qui ne s'occupent pas assez de son épouse, elle confirme que c'est bien le cas en disant qu'ils ne lui font rien et ne lui disent rien.

Voici un autre exemple de cette confirmation :

Monsieur : on peut plus rien faire grand-chose, nous. Je sais pas, toi [...] tu demandes même plus, elle demande même plus [...] de revoir [...] ses sœurs...

Madame : je sais plus rien, hein, je sais plus rien (M. et Mme Emery, interview de couple).

Nous voyons que Madame adhère à cette vision catastrophiste de son état, probablement pour deux raisons : elle souffre également de ses pertes cognitives et ne veut pas contredire son mari.

De manière générale, leurs interactions sont caractérisées par de la sollicitude et de l'affection. Monsieur montre notamment qu'il prend soin de son épouse et se préoccupe de son bien-être. Par exemple, à propos des douleurs à la nuque de celle-ci, il a insisté auprès de son médecin pour qu'il s'occupe d'elle. Cependant, au-delà de cette préoccupation pour son bien-être, c'est peut-être aussi pour lui un moyen de jouer le rôle de l'homme « fort ». De manière réciproque, Madame montre qu'elle se préoccupe du bien-être de son mari. Par exemple, elle se montre compatissante avec lui lorsqu'il se plaint de ses problèmes avec les nouveaux propriétaires du garage situé sous son appartement. De même, à propos de l'éventualité de vivre ensemble en EMS, elle affirme :

« Moi je sais que mon mari il aimerait pas, donc moi j'aimerais pas non plus » (Mme Emery, interview de couple).

*Interactions avec nous :*

Monsieur et Madame Emery se confirment mutuellement à propos des difficultés qu'ils rencontrent, ce qui contribue à donner un aspect dramatique à leur situation. Ils nous donnent parfois l'impression de penser que le monde entier est contre eux. Ainsi, dans la citation ci-dessous, Monsieur parle de ses conflits avec les nouveaux propriétaires du garage :

Monsieur : maintenant je dois toujours me bagarrer pour tout, [...] quoi. C'est ça qui est le plus pénible pour moi, [...]. J'ai pas de satisfaction de la vie parce que... tout ce que je fais, [ils disent que] c'est pas vrai, [...] et ils sont contre moi maintenant...

Madame : ils l'embêtent au garage.

Monsieur : ouais ils m'embêtent, mais alors sérieusement, hein. Et puis, qu'est-ce que vous voulez, [...] tout ce qu'ils font, ils le font en douce, [...] y a jamais de témoin, ce que je raconte c'est pas vrai [...] c'est ce qu'ils m'ont dit aujourd'hui [...], 'on est toute l'équipe on est d'accord de dire que c'est pas vrai, alors vous vous êtes le seul à nous dire le contraire' (M. et Mme Emery, interview de couple).

Vis-à-vis de nous, ils se montrent ainsi comme des conjoints unis dans l'adversité, ce qui témoigne d'une identité de couple forte.

L'alliance est un peu meilleure entre nous et Madame dans l'interview de couple que dans son interview individuelle. En effet, elle se montre moins méfiante et plus proche de ses émotions. Peut-être se sent-elle rassurée par la présence de son mari. Par contre, notre alliance avec Monsieur est moins bonne dans l'interview de couple que lors de son interview individuelle. En effet, il nous met régulièrement en échec lorsque nous proposons des pistes pour faire face à leurs problèmes, peut-être parce que leurs difficultés ont pour bénéfice secondaire le fait qu'ils se sentent liés en tant que couple, contre l'extérieur. En voici un exemple :

*(A Monsieur, qui se plaint des effets secondaires du traitement de sa femme sur ses facultés) c'est peut-être important d'avoir un deuxième avis médical.*

Monsieur : ouais mais il faut le prendre où, ce deuxième avis médical ?

*Auprès d'un autre médecin.*

Monsieur : [...] mais il faut trouver l'autre médecin, c'est ça [...]. Il nous faudrait aller à E. *(chez le cardiologue de sa femme)*, moi je crois bien que je veux y aller à E.

Madame : oui [...].

*Pour lui demander son avis.*

Monsieur : son avis, oui. Mais... faut déjà qu'il nous reçoive, c'est ça le problème... (M. et Mme Emery, interview de couple).

Ainsi, à plusieurs moments, Monsieur nous apparaît comme assez réfractaire à tout apport de l'extérieur dans la situation de son couple. Il semble chercher à être plaint par nous et que nous les considérons comme des victimes du système de soin, et des autres en général :

Madame : *(à propos d'un résident qui a été « drogué »)* [...] on l'entend plus ce monsieur.

Monsieur : et puis toi aussi, c'est ce qui t'arrive à toi aussi.

Madame : moi je dis rien, je ne sais pas que dire.

Monsieur : [...] mais c'est ce qui t'est arrivé aussi hein, parce que [...] quand tu es arrivée [en EMS] t'étais quand même beaucoup plus [...] consciente, comme on appelle.

Madame : oui (M. et Mme Emery, interview de couple).

Dans la citation rapportée ci-dessus, il est intéressant de constater que Monsieur insiste jusqu'à ce que son épouse confirme sa vision catastrophiste des faits. Elle-même n'adhère peut-être pas totalement à l'image de victime que son mari veut donner d'elle.

A un moment de l'interview, Madame nous interpelle pour nous demander d'intervenir en leur faveur auprès des médecins, demande que nous n'avons pas pu satisfaire :

Madame : *(à nous, alors que son mari se plaint des médecins)* vous pouvez faire quelque chose vous avec ça ?

Monsieur : *(s'interpose)* non non, vous pouvez rien faire là, *(à son épouse)* elle peut rien faire...

*Je ne suis pas médecin...*

Monsieur : *(à son épouse)* non non, c'est pas..., elle peut rien faire...

Madame : *(à nous)* non non, mais de ce qu'ils disent, [...] qui est pas juste...

Monsieur : *(à nous)* ouais parce qu'avant elle parlait [...] beaucoup mieux, hein *(il poursuit à propos des déficits de sa femme)* (M. et Mme Emery, interview de couple).

Ce passage est intéressant à bien des égards :

- 1) Si Madame n'interpelle que rarement son mari dans leur interview de couple, ce n'est pas parce qu'elle n'en est pas capable, mais c'est plutôt en lien avec sa position basse dans leurs interactions. En effet, elle se montre capable de nous interpeller nous, et s'avère même assez tenace.

- 2) Peut-être que Madame, contrairement à son mari, cherche à demander de l'aide, alors que celui-ci souhaite avant tout être plaint.
- 3) Cependant, elle semble attendre une aide « magique » de notre part : elle veut que nous défendions leur cause auprès des médecins, sans qu'ils n'aient rien à faire eux-mêmes.
- 4) Le leitmotiv de Monsieur concerne encore et toujours les déficits de sa femme depuis qu'elle vit en EMS et qu'elle prend un traitement médical qu'il diabolise.
- 5) Nous sommes mal à l'aise face à Madame qui nous demande de prendre parti.

#### *Utilisation des pronoms :*

Les « nous » et les « on » sont nombreux dans les propos de Monsieur et de Madame. Ils témoignent d'une forte identité de couple chez les deux conjoints. Ils apparaissent dans des propos témoignant du destin commun des conjoints. Par exemple :

« Moi je pense pas qu'on a encore beaucoup d'années à vivre [...]. Nous on a trop [...] travaillé, [...] on a eu une vie trop dure, [...] je crois pas qu'on arrivera à 100 ans » (M. Emery, interview de couple).

Nous observons également une oscillation entre l'emploi du « elle » et du « tu » dans le discours de Monsieur. Ainsi, même lorsqu'il s'adresse à nous, il implique toujours son épouse dans l'interaction, en disant « tu ». Cependant, s'il l'implique, c'est parfois uniquement pour la prendre à témoin de ses propres déficits :

Monsieur : [avant], elle se rappelait quand même de beaucoup de choses, [...] tu discutais encore de ta maman, de ton papa [...].

Madame : oui.

Monsieur : tandis que maintenant c'est plus rien, elle se rappelle de plus rien (M. et Mme Emery, interview de couple).

Quant à Madame, de manière comparable à la grande majorité des résidents que nous avons interviewés, elle n'emploie jamais le « tu » en s'adressant à son mari.

#### *Utilisation des extraits vidéo :*

La tâche de commenter les extraits vidéo n'intéresse pas Monsieur et Madame Emery. Ainsi, alors que nous demandons à Monsieur quel est son extrait préféré :

« Oh (soupir) même pas, non. Non parce que c'est un peu [...] en général ce qui se passe [...] dans un home hein, qu'est-ce que vous voulez [...]. *Est-ce qu'il y en a un que vous avez moins aimé ?* Non pas même. Oh peut-être... non non on ne peut pas dire que j'en aie moins aimé un. C'est un peu général, quoi » (M. Emery, interview de couple).

Quant à Madame, elle ne réagit pas aux extraits vidéo, si ce n'est à l'extrait DECISION pour dire qu'elle n'a rien compris. Monsieur et Madame Emery ont d'autres préoccupations à ce moment de leur vie et ne parviennent pas à trouver du sens à cette tâche.

*Niveau de we-ness :*

Le niveau de *we-ness* du couple Emery apparaît comme élevé (nous l'évaluons à 5), en raison :

- Des références à une union interpersonnelle et à des compromis de la part des deux conjoints (5S),
- Des références à une histoire et un destin communs (5R),
- Du fait que chacun soit affecté par les difficultés rencontrées par l'autre (6W)

Cependant, il arrive que Monsieur cherche à imposer son point de vue dans l'interaction (2G).

### III.4.3 Couple Kaufman (F)

Lors de leurs interviews individuelles, nous avons eu une bonne alliance avec Monsieur et Madame Kaufman. Si cette dernière nous a semblé un peu méfiante lors du premier contact, elle a rapidement pris confiance au fil de l'entretien. Quant à son mari, c'est un homme qui aime le contact. Même si l'expression de son vécu restait parfois superficielle, il était à l'aise avec nous et cherchait à nous faire rire, tout en nous montrant des aspects plus sombres de sa personnalité.

*Interactions dans le couple :*

Lors de leur interview de couple, nous sommes frappée par l'important déséquilibre dans la prise de parole entre Monsieur et Madame Kaufman : si le premier parle beaucoup et facilement, la seconde a des difficultés à s'exprimer. Monsieur tend à prendre toute la place dans les interactions<sup>40</sup>. Par ailleurs, il occupe d'emblée la position haute : il se montre dénigrant avec son épouse et parle d'elle plutôt qu'il ne lui parle. Par exemple, au début de l'entretien, alors que nous venions de leur montrer l'extrait DECISION :

Monsieur : je comprends rien.

*C'était pas assez fort ? Et pour vous Madame c'était comment ?*

Monsieur : oh elle comprend rien ! (M. Kaufman, interview de couple).

Fait intéressant, dans le cas des Kaufman, c'est le fait de les voir interagir dans l'interview de couple qui nous a révélé l'attitude dénigrante de Monsieur envers son épouse. En effet, cette attitude ne nous était pas apparue clairement lors des interviews individuelles.

La plupart du temps, les interactions de Monsieur et Madame Kaufman sont de type complémentaire. En effet, Monsieur cherche continuellement à se montrer supérieur à son épouse et à avoir le dernier mot. Les moments où son épouse se révolte (cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux) et lors desquels elle rétablit une certaine symétrie dans leurs interactions sont relativement peu nombreux sur l'ensemble de l'entretien. Par ailleurs, Monsieur montre que c'est lui qui prend les décisions, notamment à propos de son choix d'avoir une chambre individuelle lorsqu'il sera lui aussi hébergé dans l'EMS.

Quant à son épouse, elle reste passive à ce moment-là de l'interview, même si elle ne semble pas en accord avec la décision de son mari de vivre dans des chambres séparées. Comme nous l'avons déjà vu à propos du couple Aubort, une accentuation de la complémentarité dans les interactions peut survenir suite à une évolution dissymétrique de l'état de santé des conjoints et constituer à l'extrême

---

<sup>40</sup> Contrairement à Monsieur Emery par exemple, qui aide sa femme à prendre part à l'interaction.

une forme de perversion (Talpin & Joubert, 2008). L'attitude dénigrante de Monsieur Kaufman envers son épouse peut en être le signe.

Globalement, l'attitude de Monsieur témoigne d'un manque d'égards vis-à-vis de son épouse, comme par exemple lorsqu'il se plaint devant elle que le fait qu'elle soit en EMS est en train d'épuiser leurs économies :

Monsieur : [...] moi je paie déjà entre quatre mille et cinq mille francs [par mois] pour ma femme, hein, [...] je paie [en] plus la caisse maladie pour elle [...]. Et après je paie encore la caisse maladie pour moi, hein [...]. Ça fait [en tout] 130 mille francs par année. C'est déjà pas mal, hein ?

*Mais c'est les EMS qui sont chers, c'est comme ça.*

Monsieur : ah oui ! Alors il faut [...] presque être millionnaire !

Madame : oui (rires) (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Apparemment, Monsieur ne se préoccupe pas du tout de ce que son épouse ressent lorsqu'il tient ces propos. De même, en commentant l'extrait VISITE, il dit que la dame est « toujours vivante », sous-entendant qu'elle parvient toujours bien à s'exprimer. Cela signifie-t-il que son épouse n'est plus vivante à ses yeux ?

Comme nous l'avons mentionné, il arrive que Madame se révolte face à l'attitude dénigrante de son mari et qu'elle rétablisse une certaine symétrie dans l'interaction :

Monsieur : *(suite à un silence de Madame)* qu'est-ce que tu veux dire ? *(A nous)* elle sait pas s'exprimer !

Madame : mmh ?

Monsieur : tu sais pas t'exprimer ! [...] *(A nous)* le français est difficile et maintenant elle oublie...

Madame : mais... je parle pas... je parle pas beaucoup comme toi !

Monsieur : c'est toujours moi qui parle aussi à la cafétéria avec ces dames [...] (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Nous observons que Monsieur parle de son épouse au lieu de parler avec elle, en utilisant la troisième personne du singulier, ce qui renforce encore le côté dénigrant de ses propos. Pourtant, avec son 'mmh ?', Madame le force à s'adresser directement à elle, montrant qu'elle est prête à prendre une part active dans l'interaction. Finalement, elle se révolte et cherche à affirmer son droit d'être telle qu'elle est, mais n'est pas confirmée par son mari. Le fait que ce dernier réponde en prenant la tangente peut sans doute être compris comme une infirmation de l'autre, au sens de Laing (1961).

Comment comprendre le comportement dénigrant de Monsieur Kaufman envers son épouse ? Une explication possible est donnée par Moss et Moss (2007) : en effet, la société occidentale attend des hommes qu'ils évitent la faiblesse, l'expression de la tristesse et la dépendance affective, de même que l'intimité dans leurs attachements. L'attitude de Monsieur Kaufman est donc peut-être une défense contre des affects qu'il ne se sent pas le droit d'éprouver.

D'autres interactions dans le couple sont par contre plus « pacifiques » que celles décrites plus haut. Monsieur et Madame se rejoignent par exemple dans le fait de critiquer les autres résidentes de l'EMS<sup>41</sup> (cf. *supra*, II.3, Relations avec les autres résidents) et aussi à propos d'un manque de partage lorsqu'ils sont ensemble, que tous les deux ressentent :

Madame : qu'est-ce qu'on fait [lors de tes visites] ? Tu viens le matin, tu lis le journal, moi je lis aussi quelque chose, plus tard tu vas peut-être à la cafétéria...

Monsieur : lire la tribune.

---

<sup>41</sup> Il est possible que cela apaise les tensions entre eux.

Madame : lire la tribune, [...] mais on parle pas beaucoup [...], non.

Monsieur : [...] on n'a rien vécu, [...] c'est toujours la même euh... *(fait un moulinet avec ses mains)* chose.

*La même rengaine ?*

Monsieur : (rires) ah ouais ouais, qu'est-ce que vous voulez discuter ? On n'a plus la voiture, on peut plus faire des petits tours, c'est fini... ah ! (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

### *Interactions avec nous :*

Face au déséquilibre important dans la prise de parole entre les conjoints, nous tentons, dans nos interventions, de plus solliciter Madame que Monsieur. Ces efforts encouragent Madame à rétablir la symétrie avec son mari dans certaines interactions. Cependant, le déséquilibre est tenace, Monsieur n'hésitant pas, par exemple, à répondre à la place de sa femme à des questions qui lui sont adressées.

Rendue mal à l'aise par ces comportements de Monsieur, nous cherchons parfois à prendre soin de son épouse. Par exemple, alors qu'il décrit les difficultés de sa femme et émet l'idée qu'elle puisse avoir la maladie d'Alzheimer, nous lui rétorquons :

*Mais ce n'est pas parce qu'on oublie qu'on a forcément la maladie d'Alzheimer.*

Monsieur : ouais, ouais, d'accord, ouais, ouais ! Mais elle a peur qu'elle commence avec Alzheimer parce que... elle oublie tout.

Madame : mais... tu oublies aussi pas mal de choses ! (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Ce qui est intéressant, c'est que suite à cette intervention de notre part, Madame commence à se révolter contre l'attitude dénigrante de son mari. C'était la première fois dans cette interview. Il est possible qu'elle ait à ce moment compris qu'elle n'est pas seule et que nous cherchons à faire alliance non seulement avec son mari mais aussi avec elle. Ainsi, elle parvient parfois à se sortir de la position basse.

Autre signe de son attitude dénigrante envers son épouse, Monsieur cherche, à deux reprises, à plaisanter avec nous au détriment de cette dernière. Ainsi, alors que son épouse se plaint de ses oublis :

Monsieur : *(à nous)* pour finir on oublie qu'on est marié ! (rires)

Madame : non, c'est vrai...

Monsieur : (rit aux éclats) (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Rappelons que Monsieur cherchait déjà à nous faire rire lors de son interview individuelle. Une dimension supplémentaire à ce comportement apparaît ici : il s'agit de faire rire une tierce personne aux dépens de son épouse, présente.

Par ce comportement et par ses propos, Monsieur cherche à nous montrer que son couple est mort. Sa femme s'en rend probablement compte et réagit parfois de manière assez agressive. Dans la citation ci-dessous, elle lui signifie que s'il a toujours ses moyens cognitifs, il ne perd rien pour attendre :

Madame : tu sais pas... ce qui arrive avec toi, [à ton] âge... ouais...

Monsieur : ouais... je pourrais mourir d'un jour à l'autre.

Madame : non, tu pourrais avoir Alzheimer ou une démence (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

### *Utilisation des pronoms :*

Nous avons déjà mentionné la tendance de Monsieur de parler de sa femme plutôt que de lui parler directement. Par conséquent, il emploie fréquemment le « elle », au détriment du « tu ». Il ne semble se préoccuper aucunement de la manière dont elle se sent lorsqu'il parle ainsi en sa présence. Peut-être part-il du principe qu'elle ne comprend pas ce qu'il dit.

Contrairement aux autres résidents interviewés qui n'emploient presque jamais le « tu », Madame s'adresse directement à son mari, en particulier dans les moments où elle se révolte contre son attitude dénigrante, ce qui montre qu'elle tente de rétablir une certaine symétrie dans ses interactions avec lui.

Quant aux « nous » et aux « on », ils sont très rares dans les propos des deux conjoints. Le tout premier « nous » n'apparaît que dans la dernière partie de l'interview, après que nous leur ayons montré le dernier extrait (VISITE) :

Madame : nous avons 60 [ans de mariage]...

Ensemble : ... en septembre (M. et Mme Kaufman, interview de couple).

Ce court passage donne l'impression que le seul élément qui reste de leur couple, c'est le fait d'être mariés. Si Madame est toujours attachée à son mari et à leur couple (cf. *supra*, III.1, Attachement), Monsieur se présente avant tout comme un individu séparé d'elle. En effet, comme le soulignent Kaplan, Ade-Ridder, Hennon & coll. (1995), le fait d'être marié n'implique pas forcément que l'on se sente marié et que l'on ait envie de se conduire comme un homme ou une femme marié(e).

### *Utilisation des extraits :*

Monsieur Kaufman s'implique volontiers dans la tâche proposée. Commenter les extraits vidéo lui permet de parler de manière indirecte de sa relation avec son épouse. Ainsi, réagissant à l'extrait DECISION, il déclare :

« Quand il faut s'occuper encore de la femme qui est plus à 100% hein, c'est difficile, hein ! » (M. Kaufman, interview de couple).

Et plus loin :

« Une fois que sa femme est dans l'EMS, il est plus tranquille » (M. Kaufman, interview de couple).

Monsieur s'identifie donc très facilement au conjoint visiblement en meilleure santé des extraits vidéo, c'est-à-dire à l'homme de l'extrait DECISION et à la femme de l'extrait VISITE. Par conséquent, il identifie sa femme au conjoint qui est malade et ce d'autant plus lorsque celui-ci a de la peine à s'exprimer :

« [La] femme (de l'extrait VISITE) est encore à 100%, elle (sous-entendu : contrairement à son mari). Et à votre avis c'est comment quand y a des différences comme ça dans un couple ? Oh [...] pour finir on s'habitue, hein. Les deux là... c'est elle qui doit plus parler que lui, n'est-ce pas, [...] c'est elle qui demandait, qui pose les questions. Parce que lui il est plus capable de faire la conversation (M. Kaufman, interview de couple).

Quant à Madame Kaufman, elle réagit peu aux extraits, si ce n'est pour poser des questions de compréhension. Elle semble avoir plus de difficultés que son mari à faire des liens avec leur propre situation.

Niveau de *we-ness* :

Le niveau de *we-ness* des Kaufman apparaît comme bas. Nous l'évaluons à 2, en raison :

- Des comportements d'exclusion de Madame par Monsieur (1A),
- Du fait que Monsieur dénigre son épouse (1B),
- De la primauté des points de vue individuels (2G),

Relevons cependant un moment où les conjoints font référence à leur histoire commune (5R).

#### III.4.4 Couple Lévy (H)

Rappelons que lors de son interview individuelle, nous avons vécu de manière assez difficile la communication avec Monsieur Lévy. En effet, il était déprimé et replié sur lui-même, tout en bouillonnant de colère à l'égard de sa femme. Il répondait de manière minimale à nos questions, ce a écourté son interview. A l'inverse, notre alliance avec Madame Lévy était excellente.

*Interactions dans le couple :*

Monsieur et Madame Lévy font partie des couples pour lesquels nous observons un déséquilibre important dans les interactions des conjoints. Monsieur est en effet désavantagé en raison de quelques troubles cognitifs et d'une perte importante de son ouïe, qui rendent sa participation difficile. Il reste donc souvent silencieux, mais il est possible aussi que ce soit pour lui une manière de résister aux argumentations de son épouse. Celle-ci, qui est très vive et s'exprime facilement, occupe la position haute dans leurs interactions. Ce déséquilibre constitue peut-être une situation nouvelle dans leur vie de couple, car dans son interview individuelle, Madame décrit son mari comme un homme qui était entreprenant et qui occupait la place de chef de famille. Or, leurs rapports ont changé depuis les AVC de Monsieur : par moments, Madame nous a même semblé jouer le rôle d'une enseignante, qui met à l'épreuve et évalue les compétences de son mari :

Madame : (*à propos de l'extrait VISITE*) qu'est-ce que t'as compris ? [...]

Monsieur : ben, [la dame] racontait comment elle avait connu son mari [...].

Madame : oui c'est l'essentiel. Elle a aussi dit [depuis] combien d'années [...] ils étaient mariés, donc (rires) c'était le test, ça (M. et Mme Lévy, interview de couple).

Autre signe de la position haute occupée par Madame, elle cherche à lui imposer sa manière de voir leur situation et de la vivre :

« Il faut [...] saisir la minute présente et en profiter, (rires) c'est ce que j'essaie de te prêcher depuis je ne sais pas (rires) une bonne décennie ! » (Mme Lévy, interview de couple).

Par ailleurs, comme nous l'avons relevé dans le chapitre sur les conflits conjugaux, Madame en vient parfois même à dénigrer son époux, signe supplémentaire de sa position dominante.

Cependant, le fait qu'elle occupe la position haute dans les interactions n'a pas que des désavantages. Il arrive en effet qu'elle interpelle son mari et l'encourage à prendre part à l'interaction. Elle l'aide à formuler ses pensées et est parfois même empathique avec lui :

Madame : *(à propos de l'extrait DECISION)* tu trouves triste ? [...]

Monsieur : ah ben... ouais. C'est triste un peu, ouais (M. et Mme Lévy, interview de couple).

Par contre, Monsieur ne prend que rarement l'initiative d'une interaction avec son épouse. Il n'y a qu'un moment où il l'interpelle, avec une relative insistance, sans doute car il a compris un élément nouveau de leur histoire conjugale, important à ses yeux :

Madame : à l'époque *(du deuxième AVC de Monsieur)* on m'avait déjà proposé de le mettre [en EMS].

Monsieur : ah bon ?

Madame : Y a de ça [...] 13 ans.

Monsieur : ah bon ?

Madame : oui ! Sans moi tu serais déjà là depuis X temps (rires) (M. et Mme Lévy, interview de couple).

Le passage rapporté ci-dessus témoigne d'un moment important de l'interview, car Monsieur réalise que si sa femme l'a placé en EMS, c'était après avoir tout essayé pour le garder à la maison et au prix de sa santé.

#### *Interactions avec nous :*

Tout au long de l'interview de couple, nous nous préoccupons de rétablir une certaine égalité entre Monsieur et Madame Lévy, pour que chacun ait de la place pour s'exprimer. Ainsi, par exemple, nous changeons l'ordre de passage des extraits : nous débutons par l'extrait VISITE, que Monsieur serait susceptible de mieux comprendre que l'extrait DECISION, car il est enregistré plus fort. Nous voulons ainsi éviter que Monsieur se sente hors-jeu dès le tout début de l'entretien. Nous essayons aussi de relancer davantage Monsieur que son épouse, mais cette dernière répond souvent à sa place.

Vis-à-vis de nous, Madame cherche à donner une image positive d'elle-même. Elle souhaite notamment faire figure de « bonne élève », en montrant qu'elle a bien compris les extraits vidéo et qu'elle sait les commenter avec à propos. Par ailleurs, elle cherche à se justifier par rapport à sa décision de placer son mari en EMS, comme c'était déjà le cas dans son interview individuelle :

« Lui il a un peu le sentiment que c'était à cause de moi qu'on s'est séparés, mais c'est pas rien qu'à cause de moi, c'est à cause de ma santé » (Mme Lévy, interview de couple).

Ses justifications constituent un aspect important de l'attitude de Madame lors de l'interview de couple : elle recherche constamment notre approbation. Elle nous prend à témoin et se réfère à notre visite chez elle (pour son interview individuelle), lors de laquelle nous avons, selon ses dires, « bien vu » qu'il lui était impossible de continuer de prendre soin de son mari à la maison (en raison notamment de l'exiguïté de la salle de bain et du fait qu'il n'y ait pas d'ascenseur dans l'immeuble).

A d'autres moments, elle montre qu'elle aurait besoin non seulement de notre approbation mais aussi de la reconnaissance de Monsieur vis-à-vis de la manière dont elle s'est auparavant occupée de lui :

« *(13 ans plus tôt, lorsqu'on lui a proposé de placer son mari en EMS)* je les ai écoutés, j'ai dit 'stop, je vous ai assez entendus, [je vais le reprendre à la maison et] je pense que dans son milieu familial, il va récupérer'. Et j'avais encore [fait venir une physiothérapeute], elle est venue des mois à la maison, [...] on [nous] a prêté une bicyclette d'appartement, on a eu l'ergothérapie qui est venue à la maison, tout ça j'avais mis en place. Tout en travaillant. Et il s'est remis, il s'est remis en forme » (Mme Lévy, interview de couple).

Mais elle n'obtient qu'une demi-reconnaissance de la part de son mari, ce qui est peut-être dû en partie aux difficultés d'expression de celui-ci, ou de sa rancœur envers elle :

*Et qu'est-ce que ça vous fait de savoir ça maintenant, aujourd'hui ?*

Monsieur : (silence)

Madame : oh c'était quand même gentil, tu peux le dire ! (rires)

Monsieur : mmh.

*Ça vous fait plaisir quand même ?*

Monsieur : ouais (rire) (M. et Mme Lévy, interview de couple).

Par ailleurs, les propos de Madame montrent qu'elle aurait besoin d'être reconnue dans sa propre souffrance par nous, de même que par son mari :

*« (S'adressant à nous) écoutez, très sincèrement, on ne s'imagine pas (elle pleure)... une retraite... comme ça. Hein ? On s'est dit oui pour les bons et mauvais jours, et puis quand vous [...] sentez que vous n'arrivez plus à assumer ce que vous avez promis, ben c'est dur [...]. Mais c'est pas seulement dur pour lui, c'est aussi dur pour moi »* (Mme Lévy, interview de couple).

Madame : maintenant la séparation on la vit aussi mal l'un que l'autre (elle pleure). Hein ? Hein c'est juste ?

Monsieur : (silence) (M. et Mme Lévy, interview de couple).

Au moment de cette interview, nous sommes plus touchée par la souffrance de Madame que par celle de Monsieur, peut-être parce que la première a plus de facilité à mettre des mots sur son vécu et que sa manière de voir les choses est plus proche de la nôtre. En effet, son leitmotiv, selon lequel on peut voir du positif dans toutes les situations, trouve un écho chez nous :

Madame : [...] toi aussi tu devrais rechercher quelques plaisirs, ce qui fait encore plaisir. Même si on n'est... pas tout à fait l'un avec l'autre.

*Est-ce que vous arrivez à faire ça Monsieur ?*

Madame : t'as de la peine, hein ?

Monsieur : (rires amer) (M. et Mme Lévy, interview de couple).

En raison de cette proximité avec nous dans sa manière de voir les choses, nous avons dû veiller à ne pas prendre parti pour Madame Lévy au détriment de son mari. Nous sommes parvenue à conserver une certaine distance et une position de neutralité bienveillante envers chacun des conjoints.

#### *Utilisation des pronoms :*

Dans son discours, Madame emploie autant le « tu » que le « il ». Il y a par conséquent un bon équilibre entre les moments où elle nous parle de son mari et ceux où elle s'adresse directement à lui. Il est probablement inévitable qu'il y ait des passages entre le « tu » et le « il/elle » dans une interaction à trois.

Quant à Monsieur, il n'emploie le « tu » qu'à une occasion (lorsqu'il demande à sa femme d'arrêter ses conneries, cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux). De même, il n'emploie le « elle » qu'à une reprise, pour dire qu'il réagit à un extrait vidéo de la même manière que sa femme. Il ne parle donc pas de sa femme et ne l'interpelle qu'une fois ; ceci nous donne une impression de passivité de sa part dans la relation de couple.

En revanche, nous remarquons que les « nous » et « on » sont peu présents dans leur discours par rapport aux interviews des autres couples. Madame utilise souvent le « je », ce qui témoigne d'une

prise de distance vis-à-vis de son mari. Ainsi, à propos du fait qu'elle ne souhaite pas le rejoindre en EMS, elle déclare :

« [Ça me serait difficile] d'abandonner mon autonomie et [...] mon indépendance, je fais quand même encore tout moi-même, si tout d'un coup on me disait 'non non, tu fais plus rien', [...] je vivrais ça assez mal, moi personnellement » (Mme Lévy, interview de couple).

Cette citation donne une impression de rupture, qui différencie les Lévy des couples pour lesquels nous percevons un destin commun, malgré la séparation des lieux de vie. Cependant, cette situation s'explique peut-être par le côté très récent de l'hébergement de Monsieur. Une certaine prise de distance peut être un passage nécessaire pour le conjoint en meilleure santé, car il doit apprendre à investir sa nouvelle vie, seul(e) à la maison.

#### *Utilisation des extraits vidéo :*

Pour Madame, discuter des extraits vidéo est une manière de dire à son mari qu'il devrait voir les aspects positifs de leur situation :

Madame : *(à propos du Monsieur de l'extrait VISITE)* il va peut-être évoluer dans le sens qu'il va voir le positif. Qu'il peut dire après 'ben j'ai vu *(prénom d'une aide-soignante)* qui m'a soigné ce matin !' Rien que ça ! [...] Et peut-être qu'il va aussi pouvoir raconter à d'autres ce qu'il a vécu, [...] je trouve important s'il pouvait se vider un peu. Et qu'est-ce que t'en penses ?

Monsieur : rien (M. et Mme Lévy, interview de couple).

Comme le montre la citation ci-dessus, Monsieur n'est pas tellement inspiré par les extraits vidéo. Cette tâche n'a pas de sens pour lui et, comme il le dit tout à la fin de l'interview, il n'a aimé aucun des extraits vidéo. Nous faisons l'hypothèse qu'il est sans doute trop déprimé par la situation de son hébergement pour pouvoir se mobiliser pour une telle tâche. Par conséquent, il utilise peu les extraits pour parler de lui-même et de son ressenti.

Le passage suivant rend compte de la grande différence entre les conjoints, dans la manière dont ils vivent la tâche proposée :

Madame : [quel extrait] tu as préféré des trois ?

Monsieur : oh c'est pareil.

*Est-ce qu'il y en a un que vous avez moins aimé alors ?*

Monsieur : non.

Madame : moi le plus lourd que j'ai trouvé, c'est le dernier. La personne qui a l'Alzheimer. Le plus génial, les deux qui [...] qui peuvent encore choisir [...], et le premier qui actualise notre situation actuelle.

*Donc votre préféré c'était celui du milieu ?*

Madame : oui. Très net. Ouais le couple qui est encore ensemble, qui est encore dans les bras l'un de l'autre [...], ça serait mon idéal (M. et Mme Lévy, interview de couple).

#### *Niveau de we-ness :*

Le niveau de *we-ness* des Lévy apparaît comme plutôt bas. Nous l'évaluons à 3, en raison :

- Du dénigrement de Madame pour Monsieur (1B),
- De la primauté des points de vue individuels (2G),
- De la froideur, du retrait et du silence de Monsieur (2H),

Relevons cependant des moments d'empathie de Madame pour Monsieur (6W) et des moments où elle prend en considération le vécu de celui-ci (4N).

### III.4.5 Couple Perroud (H)

Notre alliance avec Monsieur et Madame Perroud était excellente lors de leurs interviews individuelles. Madame s'exprimait facilement et était très motivée à participer à notre recherche. Quant à Monsieur, il était fatigué en raison de ses traitements, ce qui a écourté l'échange, mais il avait néanmoins du plaisir à nous parler de son histoire. Notre alliance est restée excellente avec chacun d'eux lors de leur interview de couple.

#### *Interactions dans le couple :*

Nous retrouvons dans l'interview de Monsieur et Madame Perroud un déséquilibre dans les interactions. Monsieur ayant des difficultés à s'exprimer, il parle moins que son épouse. Il n'arrive parfois pas à suivre la discussion et aurait sans doute eu besoin de plus de temps pour réfléchir à nos questions. Cependant, les propos de Madame montrent que ce déséquilibre entre eux ne dépend pas que de leurs moyens cognitifs, mais aussi de leurs tempéraments différents :

« Moi j'ai un homme [pour qui] ce qu'y avait autour de lui, famille etc., ça suffisait [...]. Mais... par exemple ici, il... tu vois personne, à part le personnel [...]. Tu sors pas, [...] moi franchement je pourrais pas vivre comme ça, il me faudrait [...] de la compagnie » (Mme Perroud, interview de couple).

Comme nous l'avons relevé plus haut, l'ambiance entre les conjoints est affectueuse lors de leur interview de couple, ce qui atténue l'impression de déséquilibre. Les conjoints se montrent complices et Madame prend la main de son mari à plusieurs reprises. Par ailleurs, malgré le déséquilibre en sa faveur dans leurs interactions, elle se préoccupe de lui et de son point de vue. Ainsi, elle l'encourage à participer à l'interaction, ce qui permet à Monsieur de prendre aussi sa place.

Un autre point rend leurs interactions moins déséquilibrées que celles d'autres couples : contrairement à la plupart des résidents, Monsieur s'affirme et, au besoin, montre son désaccord par rapport aux propos de son épouse. Ainsi, alors qu'elle compare son couple à celui de l'extrait VISITE :

Madame : [le Monsieur a l'air d']avoir de la peine, [d']avoir Alzheimer ou [...] des difficultés [...], et puis [la dame] elle a encore envie de poser des questions [...], elle a encore toute sa tête, quoi. C'est [...] un peu... notre exemple [...]. Lui il a plus trop envie de répondre (rires).

Monsieur : il peut plus répondre.

Madame : il peut plus répondre. Alors toi est-ce que t'as envie de répondre ou bien t'as plus envie ?

Monsieur : (silence) j'ai envie de répondre [...]. Mais le temps que j'y réfléchisse, j'oublie la question (M. et Mme Perroud, interview de couple).

Comme en atteste cette citation, leurs interactions sont souples. Il n'y a donc ni complémentarité ni symétrie rigide, mais une alternance entre des moments de complémentarité et de symétrie, ce qui pour Watzlawick, Beavin & Jackson (1972) caractérise les interactions saines. Par ailleurs, les Perroud sont le seul couple pour lequel nous n'observons pas d'enjeux de pouvoir entre les conjoints dans nos interactions à trois.

Le leitmotiv de Monsieur, tant dans son interview individuelle que dans l'interview du couple, est que c'était dur pour lui de devoir partir en EMS. Il manifeste le besoin d'être entendu par rapport à

cette souffrance. Quant à Madame, elle éprouve de la culpabilité liée au fait d'avoir placé son mari : ainsi, tout en admettant que la séparation est difficile à vivre, elle lui demande s'il est tout de même content qu'elle vienne lui rendre visite deux fois par jour (cf. *supra*, I.1, Prise de décision et démarche). Or, Monsieur ne répond rien à cette question, peut-être car il préfère souffrir en silence et préserver le bien-être de sa femme. Sans doute craint-il de peser sur cette dernière s'il insiste sur sa souffrance. En effet, il nous parle plus de cette souffrance lors de son interview individuelle que lors de l'interview du couple : il évoque ses problèmes de santé et nous confie son sentiment d'être devenu un « poids lourd » pour sa femme.

En outre, à propos de la complicité qui caractérise leurs interactions, relevons que Monsieur et Madame Perroud sont les seuls à rire ensemble pendant leur interview de couple :

Madame : [...] je n'ai pas de souvenir précis [...] de la première fois... qu'on [a évoqué la possibilité que mon mari entre en EMS]. Je me souviens plus... pis je pense qu'il fallait regarder devant et... on allait de l'avant [...].

Monsieur : c'est quand... je me suis affalé dans la salle de bains.

Madame : ouais là, [...] quand tu as commencé à faire des chutes [...]. C'est là qu'on s'est dit 'aïe aïe aïe [...] il faut qu'on trouve une solution [...]'. Pis le temps que je me réveille et que je vienne te relever...

Monsieur : (*avec un sourire ironique*) une heure sous la table de la cuisine !

Madame : (rises) mon pauvre ! (M. et Mme Perroud, interview de couple).

Il est vrai que le thème de notre recherche ne prête pas tellement à sourire, ce qui suffit à expliquer pourquoi les rires sont rares dans nos interviews de couple. Bien entendu, les Perroud souffrent aussi de leur situation, comme nos autres interviewés. Pourtant, ils nous ont semblé avoir une complicité plus forte, leur permettant de rire même de ce qui est douloureux. Par ce moyen, ils parviennent sans doute à alléger leur chagrin. C'est l'une de leurs ressources pour s'adapter à leur nouvelle situation :

(*A propos des chutes de Monsieur*) vous en riez maintenant ?

Madame : euh oui, on rit de beaucoup de choses, même euh... (rises).

Monsieur : on se moque de nous.

Madame : ouais on se moque de ça, c'était comme ça et puis... ah j'avais oublié ça (rises) (M. et Mme Perroud, interview de couple).

#### *Interactions avec nous :*

Vis-à-vis de nous, les Perroud se montrent comme un couple uni et harmonieux. Leur identité de couple semble fortement établie. Ils semblent être parvenus à réaménager leur « peau commune », pour reprendre l'expression de Talpin et Joubert (2008), malgré la séparation de leurs lieux de vie. Ainsi, ils nous font notamment part de leur sentiment que leur couple est unique, lorsque nous leur demandons de se situer par rapport aux couples des extraits vidéo.

De même, le fait que Madame revienne souvent sur la fréquence biquotidienne de ses visites à son mari montre qu'elle recherche la proximité de celui-ci et que son couple est important pour elle. Tous deux se sont montrés très proches, témoignant d'un fort sentiment d'appartenance à leur couple :

Madame : toi tu supporterais que je ne vienne pas [te rendre visite] pendant quarante jours ?

Monsieur : non.

Madame : (rises) alors ça va on est sur la même longueur d'ondes (M. et Mme Perroud, interview de couple).

Il est d'ailleurs intéressant que chacun d'eux se sente plus proche du couple de l'extrait ENSEMBLE que de celui de l'extrait DECISION, alors qu'objectivement leur situation est plus semblable à celle du couple de l'extrait DECISION, puisqu'ils ont dû décider de l'hébergement de Monsieur en EMS. Cela montre l'importance de leur vécu subjectif, qui prime sur les faits :

Madame : est-ce que tu trouves [qu']on pourrait se comparer à eux ?

Monsieur : plus au deuxième couple (*extrait* ENSEMBLE) qu'au premier (*extrait* DECISION).

Madame : plus qu'au premier couple, ouais, ouais, [parce qu']ils sont un peu sur la même longueur d'onde. [Le premier couple], c'était la séparation, tandis que eux...

Monsieur : ouais.

Madame : ... c'est ensemble qu'ils vont [...] changer leur vie [...]. Ouais c'est ça qui est différent, [...] la séparation chacun de son côté, ou bien là [...] entrer ensemble...

*Et vous vous sentez plus proche de la deuxième situation ?*

Madame : oui, ouais (M. et Mme Perroud, interview de couple).

#### *Pronoms :*

Nous observons que Madame s'adresse plus souvent de manière directe à son mari qu'elle ne nous parle de lui. Elle emploie donc le plus souvent la deuxième personne du singulier. Cependant, les passages entre le « il » et le « tu » sont fréquents : généralement, répondant à nos questions, elle commence par parler en « il », puis elle passe au « tu » pour inclure son mari dans la discussion.

Quant à Monsieur, il ne s'adresse jamais à son épouse en employant le « tu », pas plus qu'il ne parle d'elle en disant « elle ». Nous le mettons en parallèle avec le fait qu'il l'interpelle très peu dans leur interview de couple. En revanche, l'emploi du « nous » et du « on » est très fréquent, surtout dans le discours de Madame, ce qui renforce notre impression d'une identité de couple forte. Ainsi, à propos de leur histoire de couple :

« Nous on [était] très souvent ensemble [...], au bureau ensemble, [...] à la [...] maison, [...] en Afrique, [...]. Il faisait ses plans, j'allais aider etc. On était très... beaucoup beaucoup ensemble, au fait » (Mme Perroud, interview de couple).

Dans leur fond comme dans leur forme, ces propos montrent la force de leur identité de couple.

#### *Utilisation des extraits :*

De manière générale, Madame est intéressée par la tâche proposée et parvient à laisser aller son imagination à partir des extraits vidéo. Par ailleurs, lorsque nous leur demandons quel était leur extrait préféré, elle réagit avec un certain enthousiasme :

*Quel a été votre extrait préféré ?*

Monsieur : (silence) le dernier (*extrait* VISITE).

Madame : le dernier ? Moi je dirais plutôt celui du milieu (*extrait* ENSEMBLE), [...]. Je trouve ça sympathique qu'ils aillent les deux en même temps, y a pas de séparation (M. et Mme Perroud, interview de couple).

Quant à son mari, il ne sait pas dire pourquoi il a préféré le dernier extrait vidéo. Peut-être parce qu'il ressemble à leur situation actuelle (en effet, la dame de l'extrait VISITE vient rendre visite à son mari

hébergé)<sup>42</sup> ? En outre, il affiche vis-à-vis de la tâche une attitude plutôt défensive, déclarant qu'il n'y a pas assez d'informations sur les couples des extraits pour répondre à nos questions. Ainsi :

« (A propos de l'extrait DECISION) on n'a pas assez de renseignements sur ce couple » (M. Perroud, interview de couple).

« (A propos de l'extrait VISITE) on ne connaît pas l'état de santé du gars [...] » (M. Perroud, interview de couple).

*Niveau de we-ness :*

Le niveau de *we-ness* des Perroud apparaît comme élevé. Nous l'évaluons à 6 en raison de :

- L'intérêt spontané pour le vécu de l'autre chez les deux conjoints (6V),
- L'acceptation de l'autre dans ses différences (6U),
- L'empathie entre les conjoints (6W),
- Les références nombreuses à une histoire partagée (5R)

#### III.4.6 Couple Rochat (H)

Lors de son interview individuelle, Monsieur Rochat, bien qu'il cherchait à se présenter comme un homme sympathique et serviable, était sur la défensive par rapport à nos questions. En effet, il ne s'est pas exprimé au sujet de son vécu et de ses émotions, si ce n'est pour dire que tout est formidable. De même, il n'a pas abordé les conflits avec son épouse. En revanche, Madame s'est beaucoup impliquée dans les interviews et notre alliance avec elle était excellente.

*Interactions dans le couple :*

Monsieur et Madame Rochat sont le couple pour lequel il y a le moins d'échanges entre les conjoints dans l'interview de couple. En effet, il n'y a qu'un moment d'interaction, qui prend d'ailleurs rapidement fin, lorsque Monsieur dit à son épouse « on en discute pas » à propos de leurs problèmes de couple (cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux). Mis à part cette seule exception, leur interview de couple ressemble à deux entretiens individuels en co-présence.

Dans l'ensemble de cette interview, nous observons que Monsieur cherche à occuper la position haute par rapport à son épouse. Il lui coupe régulièrement la parole, avec force. Il se comporte comme s'il veut montrer qu'il sait mieux répondre qu'elle à nos questions. Il semble vivre cette interview de couple comme une compétition entre conjoints. Par exemple, au sujet de l'extrait vidéo DECISION :

Madame : là c'est le monsieur qui part... c'est le monsieur qui va dans un EMS ou c'est...

Monsieur : (*parle très fort*) c'est la dame ! (M. et Mme Rochat, interview de couple).

A d'autres moments, nous observons qu'il cherche à prendre le dessus, à avoir le dernier mot :

Madame : (*à propos de l'extrait DECISION*) ils s'aiment. Ils doivent s'aimer.

*Est-ce que vous trouvez qu'ils vous ressemblent ?*

Madame : non.

---

<sup>42</sup> Peut-être aussi parce qu'il s'en souvient mieux que des deux extraits précédents.

Monsieur : pas du tout (M. et Mme Rochat, interview de couple).

### *Interactions avec nous :*

De même que lors des interviews individuelles, il nous est plus facile de faire alliance avec Madame Rochat qu'avec son mari lors de l'interview de couple. En effet, la première s'implique beaucoup et parle de son vécu. Par contre, le second est sur la défensive et refuse de parler de sa relation de couple, ce qui pose problème étant donné le thème de notre recherche. Il se montre par ailleurs agressif envers son épouse, ce qui nous met mal à l'aise. En outre, il reste cantonné dans des jugements positifs vis-à-vis de ce que vivent d'autres couples (vivant dans le même EMS que lui et figurant dans les extraits vidéo), ce qui constitue peut-être pour lui une manière de se tenir le plus à distance possible de sa femme, puisque celle-ci exprime un vécu douloureux par rapport à leur relation :

« (A propos du couple de l'extrait DECISION) ils sont merveilleux [...]. Parce qu'elle [...] va dans une pension, et lui il la retrouve pas pendant un mois » (M. Rochat, interview de couple).

Dans cette citation, de même que dans la suivante, les réponses à-côté de Monsieur ont rendu ardues les interactions avec nous<sup>43</sup> :

« (A propos de l'extrait DECISION) c'est merveilleux. Ça tranche tout. Ça... ? Ça tranche tout. Ça tranche ? Oui, ça veut dire qu'elle, elle va aller dans une pension » (M. Rochat, interview de couple).

Nous avons déjà mentionné la rareté des interactions entre les conjoints. Chacun d'eux s'adresse directement à nous, comme s'il s'agissait de deux entretiens individuels menés en parallèle. Ainsi, Madame s'adresse à nous en répétant son leitmotiv selon lequel elle est malheureuse en couple. Quant à Monsieur, il fait tout pour éviter d'interagir avec son épouse, sauf quand il se sent poussé dans ses derniers retranchements.

Madame aborde leurs problèmes conjugaux. Son mari, par contre est dans la fuite. En effet, il préfère parler des autres couples (notamment d'un couple vivant dans le même EMS que lui) plutôt que du sien. De manière générale, il nous répond sans vraiment nous répondre et cherche à ne pas s'impliquer dans la discussion :

Monsieur : (à nous, à propos du couple vivant dans le même EMS que lui) ça se passe très bien. Lui était facteur et elle [...] était couturière [...].

Madame : (à nous) ben voilà s'ils se sont toujours bien entendus, [s']ils ont eu une belle vie de famille [...], ça fait beaucoup c'est vrai [...]. Vieillir ensemble c'est beau, je dis pas le contraire [...]. Mais ça sert à rien de... moi...

Monsieur : (fort, lui coupe la parole) mais ça sert à rien de...

Madame : (à nous) moi je pourrais pas, je suis pas encore en état de venir ici. Moi je voudrais pas. [Et si je devais entrer en EMS, j'irais] le plus loin possible [d'ici] (M. et Mme Rochat, interview de couple).

Ce passage illustre bien la manière dont se passent nos interactions : Monsieur ne souhaite pas aborder leurs problèmes conjugaux et nous parle d'autre chose ou d'autres couples, sans doute dans le but de préserver une bonne image de lui-même. Au bout d'un moment, sa femme intervient en répétant qu'elle est malheureuse en couple. Mais il la coupe et cherche à prendre le dessus, pour éviter que sa femme parle de leur couple, car cela pourrait menacer l'image qu'il souhaite nous donner. Par contre, même en présence de son conjoint, Madame exprime franchement le fait qu'elle

---

<sup>43</sup> Madame semble quant à elle ne plus chercher à comprendre.

vit mieux depuis qu'il est hébergé. Ainsi, en réagissant aux propos de la dame de l'extrait vidéo ENSEMBLE, elle se (nous) questionne :

« (Rires) mais pourquoi c'est égoïste (*sous-entendu : d'aller en EMS*) ? Moi je crois pas, s'ils sont mieux dans un EMS, [qu'ils soient en] couple ou [...] séparés... c'est pour la paix pour les deux côtés. [Pour] finir nos vies plus ou moins... si y a un conjoint qui est bien et l'autre [...] plus mal, l'un et l'autre trouvent un semblant de paix ou... même la paix carrément » (Mme Rochat, interview de couple).

Nous soulignons la répétition du mot « paix », qui apparaît à trois reprises dans cette citation et montre à quel point leur situation actuelle est plus facile à vivre pour Madame que lorsqu'ils vivaient encore ensemble à leur domicile. Rappelons que le fait d'être mieux en étant séparés est la seule chose sur laquelle Monsieur et Madame Rochat semblent d'accord. En effet, comme Monsieur nous l'a dit dans son interview individuelle, il se sent plus libre depuis qu'il vit en EMS. Cependant, il ne s'exprime pas à ce sujet en présence de son épouse, car il n'a pas envie d'aborder leurs conflits conjugaux, peut-être d'autant plus en présence d'une tierce personne.

Le passage suivant illustre le malaise de Monsieur face à la perspective de parler de leurs conflits conjugaux. Ainsi, à propos de la fréquence idéale des visites d'un conjoint ou d'une conjointe :

*(Reprenant les propos de Monsieur) très très souvent ?*

Monsieur : non, mais une fois tous les deux jours.

*Une fois tous les deux jours vous paraît être un bon rythme ?*

Monsieur : oui oui, mais ça dépend de la personne. Si c'est tous les trois jours, tous les quatre jours.

*Qu'est-ce qui est important dans les visites ?*

Monsieur : c'est la personne qui vient vous rendre visite. Ça fait toujours plaisir d'avoir une visite. Autrement j'ai rien à dire là-dessus.

*Et vous ?*

Madame : moi je viens, mais je dis sincèrement des fois je me demande si je fais bien de venir. Il me dit pas un mot [...]. Il me dit 'oh tu te plains quand même tout le temps'. Voilà ce qu'il m'a dit [...]. Des fois je trouve [...] qu'y a un peu de trop.

*De trop ?*

Madame : que si je viens ici, y a c'est comme si je... y a y a rien qui se passe. Je me sens euh... pour lui j'ai toujours été nulle, alors ça continue à être...

Monsieur : (*d'un ton cassant*) oh alors on n'en discute pas !

*(Silence, Madame est au bord des larmes)* (M. et Mme Rochat, interview de couple).

Nous avons vu que les visites sont pénibles pour Madame et qu'elle ne vient donc qu'une fois toutes les deux semaines (cf. *supra*, II.4, Visites). Il était donc prévisible que cet échange devienne tendu. D'ailleurs, au début de cette citation, nous observons que Monsieur est sur la défensive. Il sait probablement qu'il s'aventure sur un terrain miné et craint la réaction de son épouse, qui révélerait leurs conflits conjugaux. La réaction de Madame ne se faisant pas attendre, il explose et met fin à toute discussion. Pourquoi a-t-il donc accepté de participer à notre recherche, alors qu'il savait que nos questions porteraient sur un thème qu'il ne souhaite pas aborder ? Notre hypothèse, fondée sur les moments passés avec lui hors des entretiens, sur les échos des infirmières et sur les propos de son épouse lors de son interview individuelle, est qu'il cherchait sans doute à nous rendre service. Monsieur Rochat semble en effet vouloir se présenter comme une personne toujours prête à rendre service.

Si Monsieur recherche notre approbation, dans le sens qu'il souhaite donner de lui-même une image « lisse », Madame recherche plutôt notre compréhension. Elle cherche à être comprise par nous dans sa souffrance conjugale. Ainsi, par moments, elle a fait référence aux éléments évoqués lors de son interview individuelle et s'attend à ce que nous la comprenions. Par exemple, elle affirme qu'elle ne voudrait pas vivre en EMS avec son époux, puis elle dit :

« Ça ne pourrait pas aller, [...] qu'est-ce que vous voulez que je fasse ? (rires) » (Mme Rochat, interview de couple).

Pourtant, malgré leur conjugopathie (cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux), il est curieux de constater que le mariage demeure important, du moins aux yeux de Madame. Ainsi, c'est le statut d'être marié qui compte à ses yeux, même s'il n'y a plus de relation :

*(A propos de l'extrait VISITE) c'est la situation d'un couple qui a 54 ans de mariage. Madame, vous avez dit que c'est comme vous...*

Madame : oui, on a eu [54 ans de mariage] au mois d'avril. C'est plus... tout récent (rires) (Mme Rochat, interview de couple).

Comme les « mariés non-mariés » de la recherche de Kaplan, Ade-Ridder, Hennon & coll. (1995), Monsieur et Madame Rochat se définissent comme légalement mariés, mais ils ne se perçoivent plus comme faisant partie d'un couple. Il n'y a donc plus véritablement d'identité de couple, seulement l'attachement à un statut.

#### *Utilisation des pronoms :*

L'interview des Rochat montre que l'emploi du « nous » et du « on » peut coexister avec une importante insatisfaction vis-à-vis de la relation et un sentiment qu'il n'y a plus de couple. Madame, notamment, emploie passablement le « nous », alors même qu'elle nous a dit dans son interview de couple qu'il n'y a plus rien entre elle et son mari. Relevons cependant que lorsqu'elle emploie le « nous », c'est pour parler des aspects négatifs ou des manques dans la relation :

« *(A propos du couple de l'extrait DECISION) moi je les aime bien parce qu'ils ont ouvert le dialogue. Ils arrivent à parler entre les deux. C'est important dans ces moments-là le dialogue ? Ouais, ouais, oui... que nous on n'a jamais eu [...]. On peut s'entendre s'il y a du dialogue [...]. Nous on ne pouvait pas. Ça aurait été bien, comme ça (rires) » (Mme Rochat, interview de couple).*

Tous deux utilisent aussi la troisième personne du singulier. Ils parlent avant tout de l'autre et non pas à l'autre, ce qui renforce l'impression d'une distance entre les conjoints :

« *(Par rapport à l'éventualité que sa femme entre un jour en EMS) il faut attendre le plus longtemps possible pour [...] rentrer dans une maison (c'est-à-dire, un EMS) pis si c'est une maison c'est peut-être une maison où elle voit pas des yeux (c'est-à-dire pour les personnes malvoyantes) (M. Rochat, interview de couple).*

#### *Utilisation des extraits vidéo :*

Nous observons une importante différence entre Monsieur et Madame Rochat dans la manière dont ils entrent dans la tâche proposée. En effet, Monsieur a de la difficulté à se projeter dans les extraits vidéo. Il reste attaché aux aspects concrets des situations présentées. Par exemple, il se montre préoccupé du fait de ne pas savoir, en voyant l'extrait DECISION, dans quel établissement ira vivre la dame. Par contre, Madame se projette avec facilité dans les situations des autres couples.

#### *Niveau de we-ness :*

Le niveau de *we-ness* des Rochat apparaît comme bas. Nous l'évaluons à 1, en raison :

- De la froideur entre les conjoints, signifiant qu'il n'y a plus de couple (1A),
- Du fait que Madame blâme Monsieur (1B)
- Du fait qu'elle se plaint sans cesse de leur relation (1C),
- Du fait que chacun semble ignorer l'autre (2F),
- De la primauté des points de vue individuels (2G)

Aucun des conjoints ne semble avoir développé de conscience interpersonnelle.

### III.4.7 Couple Savoy (F)

Lors de son interview individuelle, nous avons rencontré quelques difficultés pour établir une alliance avec Madame Savoy, car elle affichait une réticence marquée par rapport aux entretiens. Mais petit à petit, elle s'est sentie plus en confiance et s'est exprimée plus librement. Avec Monsieur, nous n'avons pu établir qu'une alliance de surface. En effet, s'il s'est montré sympathique et motivé à nous parler, il s'est peu exprimé sur son vécu émotionnel.

#### *Interactions dans le couple :*

Chez les Savoy, il semble que ce soit Madame qui occupe la position haute. Par exemple, tout au début de l'interview, alors que nous leur demandons s'ils ont bien pu entendre l'extrait vidéo DECISION, elle répond pour eux avant de savoir comment c'est pour son mari :

*Est-ce que vous avez pu bien entendre ?*

Madame : ouais ouais on a pu bien entendre.

Monsieur : pardon ?

*Vous avez bien entendu ?*

Monsieur : euh moyen, mais...

*Voulez-vous que je le remette une fois ?*

Monsieur : ouais ? Je sais pas si...

*On le remet une fois ou vous voulez que je vous explique en quelques mots ?*

Madame : ben vous le remettez... le premier passage, mais après c'est bon (M. et Mme Savoy, interview de couple).

Nous observons que c'est finalement Madame qui tranche. Son mari a par contre de la peine à s'affirmer et à dire de quoi il a besoin. Madame occupe donc la position haute dans cette interaction et dans la plupart des autres dans leur interview de couple (à d'autres moments, leurs échanges sont plus équilibrés). Cette situation corrobore d'ailleurs les propos de Monsieur dans son interview individuelle : en effet, il nous a décrit son épouse comme une femme de caractère.

Parmi les couples ayant participé à notre recherche, c'est généralement le conjoint vivant à domicile qui occupe la position haute. Il n'y a que deux exceptions dans notre échantillon, dont Madame Savoy : son mari parle peut-être beaucoup, mais elle n'hésite pas à prendre sa place et à le dessus lorsqu'ils se retrouvent en confrontation (cf. *supra*, III.2, Conflits conjugaux).

Les difficultés de Monsieur contribuent sans doute aussi au fait qu'il occupe la position basse : en effet, il souffre de fatigue et de pertes de mémoire. Il est par ailleurs intéressant de constater que Madame comprend mieux les extraits vidéo que son mari, ce qui rend leur situation exceptionnelle par rapport aux six autres couples. Par conséquent, si elle n'est plus capable de vivre de manière autonome en raison d'un handicap physique, elle a peut-être de meilleurs moyens cognitifs que lui, malgré des moments de désorientation.

Pourtant, il arrive quelque fois que Monsieur prenne la position haute, en rectifiant ce que dit son épouse. Mais c'est toujours sur des éléments factuels, qui ont finalement peu d'importance. Peut-être est-ce pour lui une manière de masquer ses propres déficits :

Madame : on a des nièces jumelles, [dont] on a hérité à la mort de leurs parents... elles ont 40 ans...  
Monsieur : 44 (M. et Mme Savoy, interview de couple).

Les Savoy ont en commun avec les autres couples le fait que Monsieur interpelle bien plus souvent sa femme qu'elle ne l'interpelle. La récurrence de cette observation dans nos interviews de couple montre que les résidents et résidentes ont peut-être plus de peine à échanger avec plusieurs interlocuteurs à la fois et à passer de l'un à l'autre. Ils s'adressent donc en priorité à nous puisque nous sommes l'intervieweuse.

#### *Interactions avec nous :*

Dans son discours, Monsieur fait de nombreuses et longues digressions, ce qui nous agace par moments. Il est probable que, mal à l'aise avec les thèmes suggérés par les extraits vidéo, il ait cherché à fuir et à éviter de parler de son vécu, comme c'était déjà le cas lors de son interview individuelle. Ainsi, dans le passage suivant, Monsieur fait une digression au moment où sa femme veut parler d'un vécu difficile :

Madame : *(à propos de la maladie d'Alzheimer)* ça me fout la trouille.  
*Ça vous fout la trouille ?*

Monsieur : ouais bien sûr que c'est triste, hein *(il poursuit par une longue digression au sujet du concierge de son immeuble qui souffre de la maladie d'Alzheimer, alors qu'il n'est âgé que de 50 ans)*  
(M. et Mme Savoy, interview de couple).

Toutefois, après cette digression, nous rétablissons la situation afin de pouvoir aborder le vécu de Madame :

*« Donc ce qui fout la trouille, pour reprendre votre expression Madame, c'est quoi ? [...] l'idée de me lever le matin et de ne rien y [comprendre], mais pour l'instant c'est pas le cas. Par conséquent, ça ne sert à rien [...] de se faire peur inutilement [...] »* (Mme Savoy, interview de couple).

De même, nous exposons la situation d'un autre couple qui vit ensemble dans l'EMS permet à Monsieur Savoy d'éviter de parler de leur propre situation. Ainsi, il ne nous dit pas comment ce serait *pour lui* de vivre en EMS avec son épouse.

De manière générale, Monsieur semble rechercher l'approbation, en particulier la nôtre :

*« Nous on a une chance c'est que, bon j'ai travaillé dans une banque, mais j'ai jamais voulu acheter un appartement, jamais rien. Pis, ça a été tout sur un compte. Alors on a quelques centaines de milliers de francs, on est à l'abri. Ouais, ouais. Hein ? Je me félicite d'avoir, pas comme mon frangin qui achetait des villas pis qui les revendait... à la fin il lui est rien resté [...] »* (M. Savoy, interview de couple).

Il cherche aussi à montrer qu'il fait des concessions pour le bien-être de sa femme, peut-être dans le but de nous donner une image positive de lui-même :

*« Y [...] avait un [autre EMS] plus près [de chez nous]. [C'est] un grand [EMS], mais c'est un peu petit les chambres. Je sais pas, mais il était pas mal hein [cet EMS], alors tout près de chez nous, [...] y avait juste la rue à traverser, pis à longer un petit peu, [j'aurais pas eu] besoin de prendre de tram ou rien du tout »* (M. Savoy, interview de couple).

### *Utilisation des pronoms :*

Monsieur et Madame Savoy emploient fréquemment des « nous » et des « on » dans des propos témoignant d'un destin commun. Cela donne d'eux l'impression qu'ils ont une identité de couple bien établie, malgré des conflits modérés, une certaine usure conjugale et la séparation de leur lieux de vie :

« Comme le monsieur [de l'extrait ENSEMBLE], on a [...] 82, 80 ans. Ça c'est un virage [...] qu'il faut négocier [...], qui devrait nous permettre de faire encore des choses pour l'agrément ou la culture aussi, bien que... à partir de 80 ans, nous devons recharger nos batteries » (Mme Savoy, interview de couple).

« (A propos d'une assistante sociale) c'est elle qui nous a inscrits [en EMS] » (M. Savoy, interview de couple).

Dans la deuxième citation, lorsque Monsieur emploie le « nous », c'est un peu comme s'il avait suivi sa femme en EMS, ce qui montre qu'il se sent uni à elle par un lien profond.

De même, quand Madame parle de l'appartement dans lequel elle ne vit plus depuis plus de deux ans, elle dit parfois encore « notre appartement ». Et même si elle affiche une certaine distance affective vis-à-vis de son mari, nous observons qu'elle accorde toujours une grande importance à son couple :

« Qu'est-ce que ça fait d'avoir 57 ans de mariage ? Ben on se dit [...] qu'on a atteint un but, quoi » (Mme Savoy, interview de couple).

De manière générale, Monsieur s'adresse directement à son épouse plutôt qu'il ne parle d'elle. Ainsi, ses « elle » sont peu nombreux et se transforment rapidement en « tu » :

Monsieur : (à leur domicile) on a un tas de chénit, ma femme elle, elle tu tu (rires)... moi je contrôlais pas, j'allais presque jamais à la cave [...].

Madame : on a des archives...

Monsieur : et puis dans les bouquins, toi t'achetais beaucoup de bouquins. On a des photos, on en a au moins combien, deux mille photos (M. et Mme Savoy, interview de couple).

Quant à son épouse, elle ne l'interpelle jamais. Elle n'emploie donc pas le « tu ». Elle utilise quelquefois des « il », témoignant d'une distance affective : elle ne dit jamais « mon mari », ni ne l'appelle par son prénom.

### *Utilisation des extraits :*

Si Madame s'implique dans la tâche de commenter les extraits vidéo, son mari ne les comprend pas bien et ne semble pas intéressé par eux. Il a une attitude défensive par rapport à la tâche et à la thématique : il nous demande notamment, pour les extraits ENSEMBLE et VISITE, s'ils sont plus « marrants » que celui vu précédemment. De plus, il ne s'intéresse qu'aux aspects factuels de la situation des trois couples. Par exemple :

*Si vous pouviez leur parler, à ce couple (extrait DECISION), qu'est-ce que vous leur diriez ?*

Madame : je leur dirais [qu']il faut... bien [...] économiser leurs forces.

Monsieur : parce que le monsieur là, il a rien ?

*Non le monsieur il va bien.*

Monsieur : c'est la dame (*sous-entendu : qui est malade*) (M. et Mme Savoy, interview de couple).

Il est néanmoins possible que la confrontation à ces images soit douloureuse pour lui (comme pour d'autres interviewés) et qu'elle provoque une attitude de rejet.

*Niveau de we-ness :*

Le niveau de *we-ness* des Savoy apparaît comme plutôt élevé. Nous l'évaluons à 4, en raison :

- De plusieurs références à une histoire commune (5R),
- De plusieurs références à des compromis (5S).

Nous observons toutefois une certaine compétition entre les conjoints (2G) et le fait que Monsieur ignore parfois les propos de Madame (2F).

### III.4.8 Conclusions

Le tableau récapitulatif suivant reprend les éléments-clé de ce chapitre pour chacun des couples. Ici, nous mettons l'accent sur ce qui se joue au niveau du couple, plutôt qu'au niveau de chacun des conjoints pris séparément :

	<b>Éléments-clé de l'analyse des interactions</b>
<b>Couple Aubort (H)</b>	Complémentarité rigide Emploi fréquent du « nous » Pauvreté des interactions Niveau de <i>we-ness</i> bas
<b>Couple Emery (F)</b>	Complémentarité forte Mise en échec de l'intervieweuse Emploi fréquent du « nous » Identité de couple forte Niveau de <i>we-ness</i> élevé
<b>Couple Kaufman (F)</b>	Complémentarité forte Emploi fréquent du « elle », peu de « nous » Identité de couple faible Niveau de <i>we-ness</i> bas
<b>Couple Lévy (H)</b>	Complémentarité forte Peu de « nous » Niveau de <i>we-ness</i> plutôt bas
<b>Couple Perroud (H)</b>	Emploi fréquent du « nous » Souplesse dans les interactions Identité de couple forte Niveau de <i>we-ness</i> élevé
<b>Couple Rochat (H)</b>	Complémentarité Pauvreté des interactions Emploi fréquent de « nous », mais aussi de « il/elle » Identité de couple faible Niveau de <i>we-ness</i> bas
<b>Couple Savoy (F)</b>	Complémentarité Emploi fréquent du « nous » Identité de couple forte, mais distance affective Niveau de <i>we-ness</i> plutôt élevé

Dans le tableau ci-dessous, nous avons réunis les couples en deux groupes, selon que leur niveau de *we-ness* était (plutôt) élevé ou (plutôt) bas. Ainsi, nous pouvons étudier les liens entre le niveau de *we-ness* et trois éléments, c'est-à-dire le vécu de la transition, le vécu de la situation actuelle et la dynamique de couple :

Niveau de <i>we-ness</i>	Couples	Vécu de la transition	Vécu de la situation actuelle	Dynamique de couple
Bas ou plutôt bas (1-3)	Rochat	Soulagement	Soulagement	Conjugopathie
	Kaufman	Neutralité émotionnelle	Adaptation	Distance affective, conflits
	Aubort	Difficile, ambivalence	Difficile, ambivalence	Attachement insécure, conjugopathie, ambivalence
	Lévy	Difficile	Difficile, ambivalence	Attachement insécure, conflits, ambivalence
Élevé ou plutôt élevé (4-6)	Savoy	Neutralité émotionnelle	Adaptation	Attachement sécure, une certaine distance affective
	Emery	Difficile	Difficile, ambivalence	Attachement sécure, conflits modérés
	Perroud	Difficile	Difficile, mais bonne ressources pour s'adapter	Attachement sécure, harmonie

Ce tableau montre un lien important entre le haut niveau de *we-ness* et la satisfaction conjugale. Ce lien avait déjà été mis en évidence par Reid, Dalton, Laderoute, Doell & Nguyen (2007). Par contre, il n'y a pas de lien direct entre le niveau de *we-ness* et la manière dont le couple a vécu l'hébergement en EMS de l'un des conjoints et sa capacité d'adaptation à sa situation actuelle. Par contre, l'ambivalence – dans la relation de couple et/ou vis-à-vis de l'hébergement – apparaît comme un élément important pour expliquer les difficultés d'adaptation du couple. Nous y reviendrons dans nos conclusions.

Le fait d'avoir interviewé des couples et analysé les interactions était très enrichissant pour notre recherche. En effet, voir les conjoints interagir nous a permis d'atteindre une autre dimension dans notre étude des couples séparés par l'entrée de l'un des conjoints en EMS. Nous avons pu voir les interviewés tels qu'ils sont en couple, sans pour autant oublier que notre présence influence les comportements des conjoints. Cela nous a réservé quelques surprise : par exemple, nous avons pu constater à quel point Monsieur Kaufman et Madame Lévy peuvent être dénigrants envers leur conjoint hébergé, ce qui serait resté invisible si nous nous étions contentée des interviews individuelles. En outre, cela nous a permis de voir qui, dans le couple, tend à occuper la position haute. Nous avons découvert que ce n'est pas toujours le conjoint qui vit à domicile et qui est normalement en meilleure santé.

Une question apparue comme très importante dans l'analyse des interactions entre conjoints est celle de la complémentarité plus ou moins rigide de leurs interactions. En effet, dans la plupart des cas, ce sont les conjoints vivant à domicile qui occupent la position haute dans les interactions. Ce

sont eux qui interpellent leur conjoint(e), qui prennent des décisions importantes (vivre ensemble en EMS, dans la même chambre, partager le même lit, ou non ; fréquence des visites ; etc.) et qui ont généralement le dernier mot lors des moments de confrontation. Par ailleurs, ils emploient de manière plus fréquentes les « il/elle » et les « tu » : ils s'autorisent donc plus à parler de leur conjoint malade en sa présence et aussi à l'interpeller directement. De cela découle une impression d'une certaine passivité des résidents et résidentes, qui est plus ou moins importante selon les cas. En particulier, nous avons été très surprise que les résident(e)s n'interpellent presque jamais leur conjoint.

Notre hypothèse est que la transition vécue est responsable pour une grande part de la passivité des résident(e)s et du déséquilibre des temps de parole entre les conjoints – d'ailleurs, le choix de la problématique de recherche n'est sans doute pas sans influence sur cette situation. Nous avons vu que la décision de l'hébergement a été à chaque fois prise par les soignants et/ou le/la conjoint(e) en meilleure santé, ce qui a probablement engendré un tournant majeur dans la vie des conjoints malades. En effet, en schématisant, ils sont passés du statut de personne plus ou moins indépendante, pouvant agir sur son environnement et prendre des décisions, au statut de malade pour lequel c'est l'entourage qui prend toutes les décisions importantes. La transition, et la manière dont elle s'est produite, leur a peut-être fait perdre pied dans leur manière de se situer par rapport à leur entourage et leur environnement, de même que dans leur couple.

Face à ce bouleversement dans la vie des résidents et résidentes, nous observons que l'attitude des conjoints vivant toujours à domicile est différente d'une personne à l'autre. Si certains d'entre eux considèrent toujours leur conjoint comme une personne capable de prendre part à une interaction et l'encouragent à le faire, d'autres le dénigrent et le mettent en échec. Certains prennent même le pouvoir dans les interactions, comportement qui peut, à l'extrême, constituer une forme de perversion (Talpin & Joubert, 2008). Certains conjoints en meilleure santé ne parviennent donc pas à redéfinir leurs attentes quant à la communication dans le couple et les rôles de chacun, ce qui est au final dommageable pour la qualité des relations de couple.

## CONCLUSIONS

Nous commencerons par effectuer une synthèse de nos résultats. Puis, nous aborderons le caractère surtout négatif du vécu des interviewés. Nous décrirons ensuite les influences réciproques entre dynamique de couple et vécu de la transition, et proposerons une typologie des différentes trajectoires. Nous reviendrons également sur un déséquilibre fréquemment observé entre le conjoint hébergé et le conjoint vivant dans la communauté. Nous poursuivrons en effectuant quelques suggestions au personnel des EMS. Enfin, nous terminerons par les apports et limites de notre recherche.

### 1. Synthèse des résultats

Nous rappelons ici les idées-clé développées dans l'ensemble de notre analyse :

#### *La transition :*

Notre chapitre sur la transition portait sur la prise de décision et les démarches (1) et sur l'entrée en EMS (2).

- 1) Nous avons montré que bien des conjoints malades donnent l'impression de se préoccuper d'avantage des besoins de leur époux ou épouse que des leurs lors de la prise de décision de l'hébergement et des démarches : d'après leurs propos, ils ne se sont pas opposés à leur hébergement afin de ne pas être un poids pour leur conjoint. Ainsi, ils tendent à étouffer leur propre souffrance alors qu'eux-mêmes sont défavorisés, de par la perte de liberté que l'hébergement leur fera subir. En outre, nous avons montré l'ambivalence des conjoints en meilleure santé vis-à-vis de l'hébergement, mais aussi celle des conjoints malades eux-mêmes, ambivalence qui n'a pas été abordée dans la littérature consultée. Par ailleurs, si cette littérature décrit souvent la répugnance des conjoints en meilleure santé à faire héberger leur conjoint malade, notre analyse de discours montre qu'ils étaient au contraire souvent acteurs de la décision. Sans doute en raison de leurs propres difficultés étaient-ils poussés dans leurs derniers retranchements. Enfin, en étudiant le parcours des couples entre la vie ensemble au domicile conjugal et la séparation due à l'hébergement en EMS de l'un des conjoints, nous avons pu mettre en évidence qu'il n'y avait généralement pas une, mais plusieurs transitions. Ce constat montre le statut particulier de l'hébergement en EMS : ce n'est généralement pas lui qui sépare le couple, mais il confirme par contre l'irréversibilité de la séparation.
- 2) L'entrée en EMS est souvent subie par les conjoints malades. La majorité d'entre eux se résigne, sans doute en raison de l'impact profond sur leur image d'eux-mêmes du fait de ne plus pouvoir vivre de manière autonome dans la communauté et parce que leur conjoint a été acteur dans la prise de décision et les démarches. En outre, le conflit conjugal est apparu comme un élément facilitateur lors de l'entrée d'un des conjoints en EMS, lorsqu'il est accompagné d'une volonté des conjoints de se séparer. Enfin, le soutien et la compréhension des enfants adultes vis-à-vis de leur parent en meilleure santé sont également apparus comme des éléments facilitateurs.

### *Vécu de l'hébergement :*

Nous avons traité dans ce chapitre du vécu de l'environnement (1), des relations avec les soignants (2), des relations avec les autres résidents (3) et des visites (4).

- 1) A propos du vécu de l'environnement, nous avons mis en évidence une grande diversité dans la manière dont les interviewés perçoivent le lieu de vie qu'est l'EMS : celui-ci est perçu tantôt comme un cadre agréable, tantôt comme un cadre contraignant, voire même comme une prison. De plus, s'agissant des activités, nous avons vu que leur offre devrait être mieux adaptée aux besoins différents des résidents et parfois aussi inclure le conjoint vivant dans la communauté.
- 2) Il est apparu qu'une agressivité latente envers les soignants est souvent présente chez les couples âgés séparés par l'hébergement en EMS de l'un des conjoints. En outre, nous avons observé la présence dans certaines situations de coalitions entre les conjoints contre les soignants, ou encore entre l'un des conjoints et les soignants contre l'autre conjoint. Enfin, nous avons constaté que les hommes (résidents ou conjoints vivant dans la communauté) manifestent davantage d'agressivité envers les soignants que les femmes. On retrouve dans ce microcosme les différences entre les genres caractérisant cette cohorte.
- 3) Contrairement à la littérature consultée, nous avons montré que les couples interviewés recherchent peu le contact avec les autres résidents de l'EMS. Nous y voyons une lutte contre l'identification aux autres résidents. Qu'ils soient résidents ou conjoints vivant dans la communauté, nos interviewés cherchent à se distancier de l'image du vieux en EMS, dépendant et fragile. Mais se distancier des autres résidents peut également être une manière de préserver leur couple de l'intrusion de tiers.
- 4) Nous avons observé que c'est généralement le conjoint vivant à domicile qui décide seul du moment et de la durée des visites. Parfois même, le résident ou la résidente n'en est pas informé(e), surtout dans les couples conflictuels. Le conjoint malade est donc souvent réduit à la passivité. Les conjoints en meilleure santé ne semblent pas conscients du fait que leurs visites peuvent mal tomber pour les résidents et/ou que ceux-ci voudraient peut-être jouer un rôle plus actif dans le choix des moments et de la durée des retrouvailles. Par ailleurs, nous avons montré un décalage fréquent dans les attentes par rapport aux visites : généralement, ce sont les résidents et résidentes qui expriment le plus grand besoin de la présence de l'autre et le plus de plaisir pendant les visites. Il est possible qu'en raison des pertes qu'ils ont subies, notamment dans leur autonomie et dans leur santé, ils aient moins d'occasions de se réaliser et qu'ils s'accrochent d'autant plus à leur relation conjugale. De plus, le conjoint en meilleure santé représente souvent à leurs yeux le lien avec l'extérieur de l'établissement et avec leur vie d'avant l'hébergement. Quant aux conjoints vivant dans la communauté, ils peuvent toujours investir d'autres domaines de leur vie que la relation conjugale ; ils peuvent même ressentir une urgence de le faire puisque leur conjoint malade arrive au terme de sa vie.

### *La dynamique conjugale :*

Dans ce chapitre, nous avons analysé les thématiques de l'attachement (1), des conflits conjugaux (2), de l'intimité (3) et les interactions dans les interviews de couple (4).

- 1) De nombreuses caractéristiques mises en évidence dans la littérature sur l'attachement dans le couple peuvent être observées chez les couples âgés séparés par l'hébergement de l'un des conjoints. Il s'agit notamment de la recherche de proximité physique, du plaisir lié aux retrouvailles, de la souffrance liée à la séparation, de la persistance de l'attachement et enfin du fait que le sentiment de menace pour soi ou l'autre ravive les comportements d'attachement. Nous avons constaté que la souffrance liée au fait de devoir vivre séparément perdure souvent malgré les mois et les années qui passent depuis l'hébergement et ce malgré l'usure conjugale. En outre, il peut y avoir coexistence entre des comportements d'attachement et des indices d'une perte de l'attachement, ce qui montre la nature complexe des relations de couple à un âge avancé. Enfin, nous avons réparti les sept couples interviewés dans un diagramme de Venn selon leur type d'attachement.
- 2) Nous avons différencié les sept couples selon l'importance de leur conflit (conjugopathie, conflits importants, conflits modérés). Notre analyse a mis en évidence des liens complexes entre les conflits conjugaux et l'hébergement de l'un des conjoints. Il arrive que le conflit soit l'élément qui motive l'hébergement et permette aux époux de se séparer d'une manière qui soit acceptable à leurs yeux. Dans d'autres situations, le conflit conjugal apparaît comme une conséquence de la transition, chez des couples qui affirment avoir eu jusque là une relation de couple harmonieuse. D'autres fois encore, le conflit était déjà présent avant l'hébergement et ne semble pas avoir été un moteur dans les démarches. Le conflit semble être davantage lié à la maladie de l'un des conjoints et en particulier à l'apparition de déficits cognitifs, provoquant parfois le rejet de la part du conjoint en meilleure santé.
- 3) Les interviewés justifient souvent la perte de leur intimité sexuelle par leur âge avancé. Cependant, notre analyse a permis d'identifier d'autres obstacles : il s'agit des contraintes liées au contexte institutionnel, des handicaps et maladies physiques des conjoints malades et de leurs traitements, de l'usure conjugale et enfin des représentations négatives, présentes chez plusieurs interviewés, au sujet de la sexualité des personnes âgées. Enfin, nous avons remarqué que les résidents de sexe masculin sont les plus nombreux dans notre échantillon à exprimer un manque concernant l'intimité sexuelle dans leur couple. Cette situation s'explique à la fois par une différence entre les genres liée à un phénomène de cohorte et par une souffrance liée aux privations de liberté.
- 4) L'analyse des interactions nous a permis d'observer les attitudes des conjoints l'un vis-à-vis de l'autre en présence d'une tierce personne, la chercheuse. Cette situation nous a réservé quelques surprises, notamment à propos de la fréquence du dénigrement de la part du conjoint vivant à domicile vis-à-vis de son conjoint malade. Cependant, contrairement à ce que l'on pourrait attendre, ce n'est pas toujours le conjoint vivant dans la communauté qui occupe la position haute dans les interactions. Deux résidents, par leur caractère affirmé, sont généralement dominants dans les interactions du couple. Nous avons également évalué le niveau de *we-ness* de chacun des couples. Celui-ci nous est apparu en lien avec la satisfaction conjugale, mais pas en lien avec le vécu de la transition et du fait de vivre séparé. Enfin, les résidents et résidentes attachent généralement plus d'importance à leur couple que le conjoint vivant à domicile, probablement car ils subissent plus de pertes et ont moins de substituts vers lesquels se tourner.

## 2. Un vécu surtout négatif

*Des conclusions plus sombres que dans la littérature :*

Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises à la fin de nos chapitres d'analyse, nous arrivons à des conclusions globalement plus sombres que celles de la littérature. Pour ne citer qu'un exemple, nous avons vu que les visites ne sont pas toujours liées à du plaisir (cf. *supra*, II.4, Visites), constat qui est beaucoup moins net dans la littérature. Une raison de ce décalage provient sans doute de notre méthode : en effet, les différentes interviews avec chaque couple ont permis de percevoir la même situation sous différents angles, ce qui nous a offert plus d'opportunités de percevoir les souffrances vécues par l'un ou l'autre des conjoints. Les autres recherches consultées, *a fortiori* lorsqu'elles se sont focalisées sur le vécu du conjoint en meilleure santé, n'ont pas cherché à percevoir l'ensemble de la situation.

Ainsi, nous avons observé qu'une souffrance liée au fait d'être séparés est présente dans les propos de la grande majorité des interviewés (c'est-à-dire tous, sauf Monsieur Kaufman et Monsieur Rochat), malgré le temps passé. La phase d'« acceptation », telle qu'elle est décrite par certains articles en référence aux phases du processus de deuil, n'est de loin pas toujours accessible pour ces couples.

Il est notamment arrivé que les interviewés, au moment de leur participation à notre recherche, souffrent toujours comme si leur relation de couple avait véritablement pris fin. L'hébergement est alors comparé à un « second veuvage » ou à un « divorce non-voulu ». Certains interviewés dépriment et ont le sentiment que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Cela contraste avec les conclusions trouvées dans la littérature selon lesquelles les couples parviennent souvent à restaurer un sentiment de continuité dans leur relation, malgré la transition.

Certes, la thématique des interviews a pu réveiller chez les interviewés une souffrance qui est peut-être moins vive dans leur quotidien ; mais ce biais existait également dans les autres recherches, qui sont parvenues à des conclusions moins sombres. Il importe donc de ne pas minimiser l'importance de cette transition de vie, en stipulant par exemple qu'elle est moins difficile à vivre que le veuvage. Par conséquent, tant les chercheurs que les soignants devraient développer une réelle sensibilité vis-à-vis du vécu des résidents et de leurs conjoints, en prenant en compte non seulement les éléments de continuité, mais également ceux de rupture.

*Une réalité plus complexe qu'il n'y paraît :*

Notre analyse s'est voulue proche du vécu des couples et nous avons pu observer une réalité tout en nuance. Ainsi, en ce qui concerne l'attachement au sein de ces couples, nous avons pu montrer la coexistence fréquente de caractéristiques propres aux relations d'attachement avec des indices d'une plus ou moins grande perte d'attachement. Nous avons donc constaté que l'attachement dans les couples âgés séparés par l'entrée de l'un des conjoints en EMS est quelque chose de très complexe, probablement en raison du vieillissement des conjoints et de la longévité de la relation.

S'agissant de complexité, il importe encore de soulever que les vécus difficiles mentionnés plus haut coexistent avec d'importantes ressources, permettant aux couples, malgré les discontinuités, de s'adapter à leur nouvelle situation de vie. Rappelons brièvement ces ressources :

- 1) le fait d'avoir une relation de couple harmonieuse et d'être solidaire l'un avec l'autre,
- 2) la proximité géographique, lorsqu'elle répond à un besoin des conjoints,

- 3) la capacité de percevoir les aspects positifs de la nouvelle situation,
- 4) le fait de parvenir à profiter du moment présent, notamment lors des visites,
- 5) la capacité de rire de tout, même de l'hébergement et de la maladie.

Les sept couples ne sont pas égaux vis-à-vis de ces ressources. Le couple Perroud est le seul à les réunir toutes. Cela ne suffit pas à lui épargner la souffrance, mais il semble que sa détresse soit moins grande que celle de plusieurs autres couples : les Aubort, les Emery et les Lévy.

Pour les autres couples, soit les Kaufman, les RoCHAT et les Savoy, c'est apparemment la distance affective entre les conjoints qui diminue la souffrance due à la séparation. Cette distance affective peut donc, dans certaines conditions, fonctionner comme une ressource. Les Perroud sont au final les seuls qui conjuguent une forte chaleur affective dans leur couple et d'autres ressources importantes.

### 3. Influences réciproques entre dynamique de couple et vécu de la transition

#### *Influence de la transition sur la dynamique conjugale :*

Dans cinq situations sur sept<sup>44</sup>, la transition a eu peu ou pas d'impact sur la dynamique conjugale. Il y a donc eu chez ces couples une importante continuité du style relationnel, malgré l'hébergement en EMS du conjoint malade, et ce quel que soit le climat affectif du couple (harmonie, distance, conflits,...). Chez deux d'entre eux, ce sont d'ailleurs davantage les problèmes de santé de l'épouse – antérieurs à son hébergement – qui ont transformé la dynamique du couple, induisant une mise à distance plus ou moins marquée de la part de l'époux.

Dans les deux autres situations, nous pouvons mettre en évidence un changement plus ou moins important dans la dynamique du couple, lié à la transition. Chez le premier couple<sup>45</sup>, la transition a intensifié les conflits conjugaux, a accru la prise de distance de Madame et la passivité de Monsieur ; elle a augmenté les non-dits dans le couple. Les conjoints sont peu à peu devenus des étrangers l'un pour l'autre. Chez le deuxième couple<sup>46</sup>, la transition a opéré un changement radical dans la dynamique conjugale. Ce couple auparavant harmonieux s'est retrouvé pris dans un conflit intense.

Par conséquent, pour les deux couples chez lesquels il y a eu un changement significatif dans la dynamique relationnelle lié à la transition, ce changement est négatif.

#### *Influence de la dynamique conjugale antérieure à l'hébergement sur la transition :*

Il importe ici d'émettre une réserve : nous n'avons pas interviewé les sept couples avant la transition. Si nous avons saisi quelque chose de leur dynamique conjugale antérieure à l'hébergement, ce n'est donc qu'au travers de discours rétrospectifs sur des événements plus ou moins lointains.

Comment la dynamique de couple antérieure à l'hébergement influence-t-elle le vécu de la transition ? Nous avons observé que :

- 1) La transition peut être facilitée par le conflit conjugal en produisant un soulagement, lorsqu'il y a peu d'ambivalence chez les conjoints.

---

<sup>44</sup> Couples Emery, Kaufman, Perroud, RoCHAT et Savoy

<sup>45</sup> Couple Aubort

<sup>46</sup> Couple Lévy

- 2) La distance affective entre les conjoints mène à une certaine neutralité émotionnelle dans le vécu de la transition.
- 3) L'harmonie dans la dynamique du couple peut adoucir le vécu de la transition, par le soutien mutuel, la compréhension entre les conjoints et le respect des limites de l'autre.
- 4) Une relation fusionnelle ou une dépendance forte de l'un des conjoints vis-à-vis de l'autre peut rendre la séparation particulièrement douloureuse.
- 5) L'ambivalence dans la relation de couple, entre attachement fort et mise à distance, voire conflit, peut rendre la transition particulièrement douloureuse.

*Rôle de l'ambivalence :*

L'ambivalence apparaît comme un élément crucial, ayant un impact important sur la manière dont le couple vit la transition et s'adapte à sa nouvelle situation. Mais de quelle ambivalence s'agit-il ? Au terme de notre analyse, nous pouvons mettre en évidence deux aspects de l'ambivalence chez les couples interviewés :

- 1) L'ambivalence par rapport à la relation de couple. Les conjoints apparaissent comme pris dans des besoins contradictoires. Par exemple, un attachement fort peut coexister avec d'importantes difficultés relationnelles, engendrant un besoin de distance.
- 2) L'ambivalence par rapport à l'hébergement en EMS. Celui-ci est vécu à la fois comme nécessaire ou urgent, tout en étant vécu comme un déchirement.

Dans les tableaux suivants, nous avons réparti les sept couples selon leur ambivalence au moment de l'hébergement et au moment des interviews :

Au moment de l'hébergement :

		Ambivalence vis-à-vis de l'hébergement	
		Faible	Forte
Ambivalence vis-à-vis de la relation	Faible	Kaufman Savoy	Emery Perroud Rochat
	Forte		Aubort Lévy

Au moment des interviews :

		Ambivalence vis-à-vis de l'hébergement	
		Faible	Forte
Ambivalence vis-à-vis de la relation	Faible	Kaufman Perroud Rochat Savoy	Emery
	Forte		Aubort Lévy

En comparant les deux tableaux ci-dessus, nous constatons qu'il y a peu ou pas de changement dans l'ambivalence vis-à-vis de la relation conjugale entre le moment de l'hébergement et le moment des interviews. Par contre, avec le temps, l'ambivalence concernant l'hébergement peut s'atténuer.

Il nous est alors possible de répartir les sept couples en trois groupes, selon leur trajectoire :

- 1) Les couples pour lesquels il y a une forte ambivalence vis-à-vis de l'hébergement et/ou de la relation conjugale, ambivalence qui ne diminue pas avec le temps. A ce groupe appartiennent les Emery, les Aubort et les Lévy.
- 2) Les couples pour lesquels il y a une forte ambivalence vis-à-vis de l'hébergement au moment où celui-ci se produit. A ce groupe appartiennent les Perroud et les Rochat.
- 3) Les couples pour lesquels il y a peu ou pas d'ambivalence vis-à-vis de l'hébergement et de la relation conjugale, que ce soit au moment de la transition ou des interviews. A ce groupe appartiennent les Kaufman et les Savoy.

Notre analyse montre que les couples appartenant au premier groupe, qui manifestent une importante ambivalence vis-à-vis de l'hébergement et/ou vis-à-vis de leur relation conjugale ont davantage de difficultés à s'adapter au fait de devoir vivre séparés. Ces couples étaient ceux qui manifestaient le plus de détresse au moment des interviews. Il faut cependant relever qu'ils étaient très différents du point de vue de leur satisfaction conjugale, l'un d'entre eux (Emery) faisant partie des couples plutôt satisfaits et les deux autres (Aubort et Lévy) des couples plutôt insatisfaits de leur relation.

Les couples du deuxième groupe manifestaient une importante ambivalence vis-à-vis de l'hébergement au moment où celui-ci s'est produit. Cette ambivalence s'est estompée avec le temps, les couples s'acheminant vers une acceptation de leur nouvelle situation. Relevons que les deux couples constituant ce groupe sont très différents du point de vue de leur satisfaction conjugale (les Perroud sont satisfaits, les Rochat insatisfaits).

Les couples du troisième groupe semblent avoir vécu la transition dans une certaine neutralité émotionnelle. Mise à part une certaine distance affective entre les conjoints qui les caractérisent tous deux, ces couples sont eux aussi différents du point de vue de leur satisfaction conjugale (les Savoy sont plutôt satisfaits, les Kaufman plutôt insatisfaits).

L'impact de l'ambivalence sur l'adaptation à la transition apparaît donc comme plus important que celui de la satisfaction conjugale. En effet, les couples satisfaits/plutôt satisfaits, de même que les couples insatisfaits/plutôt insatisfaits, peuvent se retrouver dans chacun des groupes. Ainsi, c'est l'ambivalence, qu'elle concerne la relation de couple ou l'hébergement, qui peut mener à des difficultés chroniques d'adaptation. En débutant notre recherche, nous avions le présupposé que les couples les plus heureux souffriraient le plus de la transition. Notre analyse nous a montré qu'il n'en est rien et que c'est avant tout l'ambivalence qui influence leur trajectoire.

Quelle est l'utilité d'un tel constat ? Lors de l'hébergement en EMS d'une personne vivant en couple, les professionnels de la santé devraient être attentifs à l'ambivalence manifestée par l'un ou les deux conjoints. L'ambivalence vis-à-vis de la relation conjugale devrait particulièrement les alerter, puisque nous avons vu qu'elle avait tendance à demeurer. L'ambivalence vis-à-vis de l'hébergement, si elle peut disparaître avec le temps, doit tout de même être surveillée, car elle peut conduire elle aussi à des difficultés chroniques d'adaptation. Ainsi, si les soignants suspectent une importante ambivalence, ils pourraient proposer un suivi, idéalement psychologique ou psychothérapeutique, afin d'aider le couple à faire son deuil de sa vie à deux.

#### 4. Déséquilibre entre les conjoints

Dans le cas de cinq couples sur sept, nous avons mis en évidence un déséquilibre entre les deux conjoints en faveur du conjoint vivant dans la communauté. En effet, celui-ci gère la proximité et la distance dans le couple, occupe la position haute dans les interactions ou encore prend les décisions importantes<sup>47</sup>. Ce déséquilibre est marqué dans le cas des couples Aubort, Emery, Kaufman et Lévy, alors qu'il est plus modéré dans le cas des Perroud. Cette différence n'est pas explicable par l'état de santé des résidents, mais plutôt par des différences dans la dynamique de couple (plus d'harmonie dans le dernier).

Dans le cas des Savoy, le déséquilibre est inversé. C'est en effet Madame, la résidente, qui occupe la position haute dans les interactions et prendre les décisions importantes (choix de l'EMS). Mais ce déséquilibre nous est apparu comme modéré. Quant à la situation des Rochat, elle est particulière. Il semble y avoir deux déséquilibres : si Madame gère seule la proximité dans le couple, Monsieur prend le dessus lors des interactions conflictuelles.

##### *Gestion de la proximité et de la distance :*

Rappelons que le fait qu'ils vivent toujours dans la communauté offre aux conjoints de résidents une certaine liberté. Par conséquent, ils ont plus de moyens à leur disposition que leur conjoint hébergé pour gérer la proximité et la distance dans leur couple. Ils sont ceux qui choisissent le moment, la fréquence et la durée des visites selon leurs propres besoins et envies, mais aussi en fonction de la distance géographique, de leur état de santé, de leurs moyens et des opportunités pour se déplacer. Il peut notamment arriver que le conjoint vivant dans la communauté soit dépendant de l'aide d'autres personnes pour venir rendre visite au résident.

La marge de manœuvre des résidents dans la gestion de la proximité et de la distance dans le couple, bien qu'existante, est beaucoup moins importante. Par exemple, s'ils voulaient refuser une visite de leur conjoint, encore faudrait-il qu'ils en soient avertis ; nous avons vu que tel n'est pas toujours le cas. Ainsi, Monsieur Aubort, Monsieur Lévy et Monsieur Rochat sont parfois surpris lorsque leur épouse arrive. Pour les deux premiers, il s'agit d'une bonne surprise alors que le dernier semble le vivre dans l'indifférence, ou peut-être même négativement. Rappelons qu'il est question ici des trois couples les plus conflictuels de notre échantillon. Il est donc possible que plus le conflit est important, moins les conjoints collaborent dans la gestion de la proximité et de la distance dans le couple. Dans cette situation, les résidents se voient donc réduits à encore plus de passivité.

Les résidents et résidentes ont néanmoins une marge de manœuvre dans l'accueil réservé à leur conjoint vivant dans la communauté lors de ses visites. Ainsi, si Monsieur Rochat adopte un comportement belliqueux envers son épouse, c'est non seulement dans la continuité de leur style relationnel, mais peut-être aussi une manière d'espacer des visites dont il n'a pas envie.

Nous avons mis en évidence des besoins de proximité plus importants chez la plupart des résidents. En effet, c'est généralement le résident qui apparaît comme le plus demandeur de moments passés en couple. Les conjoints vivant dans la communauté sont par contre plus ambivalents. Si la plupart d'entre eux ont également des besoins de proximité, ceux-ci se voient contrebalancés par d'autres besoins : profiter de leur liberté, prendre soin d'eux-mêmes, « bouger », échanger avec d'autres personnes que le conjoint et s'éloigner de l'EMS. Quant aux conjoints hébergés, s'ils sont généralement plus demandeurs de proximité dans le couple c'est peut-être parce qu'ils ont perdu

---

<sup>47</sup> Vivre ensemble ou non dans l'EMS, partager la même chambre, etc.

une part importante de leur autonomie et ont désormais moins de domaines dans leur vie qu'ils peuvent investir, comme nous l'avons vu plus haut.

Il est en outre possible qu'une certaine prise de distance de la part du conjoint vivant dans la communauté soit nécessaire, en d'autres mots qu'elle joue un rôle adaptatif dans la transition. En investissant d'autres aspects de sa vie que son couple, il ou elle peut parvenir à améliorer sa qualité de vie. Les retombées peuvent également être positives pour le résident et la vie de couple. Mais il reste que cette prise de distance est souvent douloureuse pour les résidents interviewés, car ils souffrent d'un manque de proximité et de lien.

#### *Position haute ou basse :*

Nous avons mentionné le fait que le conjoint vivant dans la communauté occupe généralement la position haute dans les interactions. C'était du moins le cas en notre présence lors des interviews de couple. Cette position haute apparaît de différentes manières :

- 1) le fait qu'il prenne plus de place dans l'interaction que le conjoint hébergé,
- 2) le fait qu'il réussisse, même avec douceur, à imposer son point de vue,
- 3) le fait qu'il apparaisse comme celui qui prend les décisions importantes dans le couple,
- 4) le fait qu'il ait le dernier mot dans les interactions conflictuelles.

Il est utile de rappeler que les places occupées par chacun sont co-définies dans l'interaction, à trois dans le cas des interviews de couple. Le fait que l'un des conjoints apparaisse comme dominant et que les interactions soient plutôt de type complémentaire n'est possible que si l'autre conjoint et nous-même laissons l'échange prendre cette tournure. De manière générale, nous avons veillé à ne pas influencer la dynamique des conjoints, sauf en relançant parfois l'un des interviewés plutôt que l'autre, quand le premier avait des difficultés à s'exprimer.

Dans les paragraphes qui suivent, nous verrons comment ce décalage entre les conjoints peut s'expliquer, en abordant les difficultés cognitives des résidents, l'impact de la transition sur la dynamique des couples et enfin la dépendance du résident à l'égard de son conjoint.

#### 1) Les difficultés cognitives des résidents et résidentes :

Bien que les interviewés aient été sélectionnés par les soignants des EMS en fonction de leur absence de pathologie démentielle, les résidents et résidentes souffraient de difficultés dans leur fonctionnement cognitif et leur expression. Il s'agissait d'oublis (Monsieur Aubort, Madame Emery, Madame Kaufman, Monsieur Perroud), de confusion ou de désorientation (Madame Emery, Monsieur Rochat, Madame Savoy), de ralentissement (Madame Kaufman, Monsieur Perroud) ou encore d'une inhibition marquée du discours (Madame Emery, Monsieur Lévy).

Comme nous l'avons évoqué, ces difficultés ont entravé leur participation aux interactions dans l'interview de couple. Ils avaient souvent besoin de plus de temps que leur conjoint pour comprendre les vidéos (nos extraits étaient courts), pour réfléchir à nos questions et y répondre. Il est possible que les interactions à trois aient été pour eux particulièrement complexes. En effet, le fait d'interagir simultanément avec deux (ou plusieurs) personnes paraît peut-être évident pour qui n'a pas ces difficultés, mais n'est sans doute pas aisé pour les résidents. L'interaction se déroule peut-être trop rapidement pour eux et ils perdent le fil.

Nous avons évoqué notre surprise concernant le fait que les résidents et résidentes avaient peu interpellé leur conjoint pendant l'interview de couple. Il est possible que cette situation soit justement due à une difficulté à interagir avec plus d'un locuteur, notamment de passer de l'un à l'autre. Dans cette situation, ils ont choisi de s'adresser en priorité à nous plutôt qu'à leur conjoint, sans doute parce qu'en tant qu'intervieweuse, nous étions porteuse d'une demande envers eux.

La plus grande difficulté des résidents à interagir à trois personnes ou plus a peut-être renforcé notre impression d'un déséquilibre entre les conjoints. Il est possible que ce déséquilibre soit moins net lorsque les conjoints sont en tête à tête, sans présence de tiers.

## 2) L'impact de la transition sur la dynamique des couples :

Nous réitérons l'hypothèse que l'hébergement et la manière dont il s'est produit ont pu rendre les résidents plus passifs face au cours de leur vie et face aux autres personnes, y compris leur conjoint. Peut-être *surtout* vis-à-vis de leur conjoint, en particulier si celui-ci a joué un rôle actif dans la prise de décision ou dans les démarches menant à l'hébergement. Quoiqu'il en soit, cette transition capitale a pu signifier aux conjoints malades qu'ils n'ont désormais plus voix au chapitre, en d'autres mots qu'ils ne tiennent plus les commandes de leur existence. La passivité et l'inhibition de la plupart des résidents interviewés peuvent être comprises comme une résignation face à cette situation de perte de contrôle sur le cours de leur propre vie.

Rappelons que l'entrée en EMS est généralement vécue comme un événement dégradant par beaucoup de nouveaux résidents. Cet événement les atteint directement dans leur estime d'eux-mêmes, car ils sont désormais forcés de vivre parmi des personnes âgées et malades<sup>48</sup> et de dépendre pour les soins de personnes qu'ils n'ont pas choisies. Par ailleurs, les résidents sont en général conscients que l'établissement constitue leur dernière demeure et se voient confrontés à la perspective de la fin de leur vie, ce qui provoque au mieux un lâcher-prise, sinon de la résignation.

## 3) La dépendance à l'égard du conjoint aidant :

Enfin, il faut garder à l'esprit que le conjoint malade a été souvent soigné à domicile pendant une période plus ou moins longue par son conjoint en meilleure santé. Ainsi, il a peut-être appris à se reposer complètement sur son conjoint aidant. Cette situation peut expliquer aussi sa passivité.

## 5. Suggestions au personnel des EMS

Notre analyse met en évidence un vécu plus difficile que ce qui est généralement décrit dans la littérature scientifique. Le constat de cette souffrance nous amène à formuler quelques pistes de réflexion pour une amélioration de l'accompagnement des couples âgés séparés par l'hébergement de l'un des conjoints.

*Considérer que chaque personne et chaque couple est unique :*

Chaque personne, *a fortiori* chaque couple, est unique : une démarche d'accompagnement qui convient bien aux uns ne convient donc pas forcément aux autres. Rappelons en outre que l'hétérogénéité tend à s'accroître avec l'âge ; il est alors impossible de prédire les besoins d'une

---

<sup>48</sup> Ils ont eux-mêmes des résistances compréhensibles à se considérer comme tels.

personne ou d'un couple à partir d'une perspective générale. Prenons l'exemple des activités proposées par l'EMS : si certains couples apprécient d'y participer, d'autres souffrent d'une trop grande stimulation et préfèrent que le personnel les laisse tranquilles.

Considérer cette singularité revient à privilégier l'écoute des besoins et des désirs des personnes en procédant à autant d'aménagements que le cadre institutionnel le permet<sup>49</sup>. Mais plus encore que ces aménagements, c'est leur effet psychologique qui est important. Le principal est de signifier aux personnes qu'elles sont entendues dans leurs besoins et demandes : c'est ainsi que les résidents et leur conjoint peuvent avoir le sentiment d'exister pour les professionnels et qu'une véritable relation devient possible (Pörtner, 2012).

Un autre exemple intéressant est celui de la gestion de la proximité et de la distance entre les conjoints. En tant qu'individus, nous avons tous à la fois des besoins d'appartenance et des besoins de distance avec les autres. Ces besoins sont différents d'une personne à l'autre et peuvent changer avec le temps. Ainsi, il arrive, comme nous l'avons vu, qu'il y ait des décalages au sein des couples à propos des besoins de proximité et de distance de chacun des conjoints : l'un d'entre eux recherche plus la proximité alors que l'autre a davantage besoin de distance. Face à ces constatations, il est important que les soignants abandonnent toute idée préconçue sur ce que signifie « la bonne distance » entre les conjoints : il n'y a pas une bonne distance, mais seulement des compromis qui doivent être trouvés par les couples.

En outre, nous avons relevé (cf. *supra*, 1, Revue de littérature) que certains articles insistent sur l'importance pour les soignants de considérer le conjoint vivant dans la communauté *à la fois* comme un client et comme un partenaire dans les soins. Nous postulons que l'écoute des conjoints permet une réponse différenciée. En effet, certains conjoints de résidents (comme Madame Rochat) auraient sans doute avant tout besoin d'être écoutés et accompagnés par rapport à leur propre vécu et donc d'être traités en tant que clients de l'EMS. Pour d'autres au contraire (comme Monsieur Emery) être traité par le personnel comme un client de l'EMS serait intolérable, compte tenu de leur perception de l'établissement et des soignants. Par ailleurs, dans notre échantillon, la majorité des conjoints vivant dans la communauté ont été soulagés de pouvoir abandonner leur rôle d'aidant naturel auprès du conjoint malade. Ils auraient donc probablement peu envie d'être considérés comme des partenaires de soins par les soignants de l'EMS (mis à part pour les prises de décision). L'important est donc de favoriser le choix de la personne quant à son implication dans les soins.

Enfin, une recommandation fréquemment adressée aux soignants dans la littérature concerne le fait qu'ils devraient aider les couples à conserver un maximum de continuité dans leur relation malgré la transition (cf. *supra*, 1, Revue de littérature). Notre recherche a montré que de tels souhaits peuvent se heurter à des questions d'ordre pratique, telles que la pression que subissent les couples lorsqu'un lit se libère dans l'établissement. L'hébergement se fait alors dans l'urgence. Cette remarque mise à part, notre analyse a montré que les discontinuités ne sont pas forcément vécues négativement. Elles peuvent même être recherchées par l'un ou les deux conjoints. L'exemple des Rochat est le plus emblématique, les deux conjoints ayant une vie plus sereine depuis qu'ils vivent séparément. Il est donc encore une fois important de placer le vécu des résidents et de leur conjoint au centre de l'accompagnement.

---

<sup>49</sup> Les contraintes liées à la vie en collectivité et aux moyens financiers des établissements entrent bien sûr en ligne de compte.

### *Quelques dispositions pratiques :*

Quelques dispositions pratiques pourraient être prises pour favoriser le bien-être des résidents et de leurs conjoints vivant dans la communauté.

Premièrement, des possibilités devraient être offertes pour que le conjoint vivant dans la communauté puisse vivre à proximité de l'EMS, s'il le souhaite. En effet, l'un des couples interviewés qui s'adapte le mieux à la transition, le couple Perroud, bénéficie d'une proximité géographique considérable : Madame vit dans un appartement protégé à quelques mètres de l'établissement où est hébergé Monsieur. Cette situation leur permet notamment de se retrouver deux fois par jour, ce qui est souhaité par les deux conjoints. Ainsi, par ce moyen, la transition peut être adoucie et l'adaptation meilleure.

Deuxièmement, chaque résident devrait pouvoir faire un choix réel entre une chambre partagée et une chambre individuelle. En effet, le manque d'intimité dans le couple résultant d'une cohabitation imposée avec une tierce personne ne nous paraît pas acceptable. Le fait qu'il n'y ait aucun espace privé pour le couple peut fortement entraver l'adaptation de l'un ou des deux conjoints.

Troisièmement, une aide concrète pour les déplacements lors des visites devrait être proposée aux conjoints vivant dans la communauté. Dans le meilleur des cas, car cela aurait l'avantage d'être simple, cette aide devrait être proposée directement par les établissements. Nous imaginons par exemple qu'un service de transport par bus soit mis à disposition plusieurs fois par semaine pour les proches de résidents ne pouvant pas se déplacer par leurs propres moyens. Cette situation aurait le défaut d'imposer des tranches horaires pour les visites, mais constituerait peut-être le meilleur compromis possible entre les souhaits des personnes et les moyens financiers à mettre en jeu par l'EMS.

Quatrièmement, il peut y avoir chez les couples un besoin de se différencier des autres résidents, ou plus largement de marquer une frontière entre ce qui est du domaine de leur couple et ce qui est du domaine du « non-couple ». L'existence plus ou moins marquée de ce besoin est en lien avec l'identité de couple, en d'autres mots avec la manière dont les conjoints investissent leur relation. Pour les couples qui souffrent d'ennui lors de leurs retrouvailles, il peut être intéressant de proposer des activités pour eux seuls, leur permettant d'accomplir quelque chose ensemble et de renforcer leurs liens. Nous l'avons vu, Martin, Baldwin et Bean (2008) ont proposé à six résidents d'un établissement et à leur conjoint d'entretenir en couple une petite parcelle du jardin ; les effets sur l'estime de soi des conjoints et sur leur relation ont été importants, car ces couples ont pu partager une activité qui avait du sens pour eux. A notre point de vue, ce type d'activités manuelles et créatrices devrait être privilégié, lorsque l'état physique le permet, en raison des problèmes cognitifs fréquents chez les résidents. Les professionnels devraient inviter, sans jamais forcer, les couples à participer à de telles activités, ou alors – ce qui est peut-être encore mieux – impliquer les couples dans la recherche commune d'une activité ayant du sens pour eux.

Cinquièmement, des moyens devraient être cherchés pour éviter aux couples l'hébergement précipité de l'un des conjoints. En effet, notre analyse montre que s'il peut être difficile pour les couples d'attendre qu'une chambre se libère dans l'établissement, il est encore plus difficile de devoir choisir sous pression, en quelques jours, de prendre ou non une chambre disponible. Une solution serait d'allonger le délai de décision (par exemple jusqu'à deux ou trois semaines), en laissant pendant ce temps la chambre à disposition pour d'éventuels accueils temporaires d'autres personnes âgées malades. Par ailleurs, pourquoi ne pas permettre aux conjoints, dans les premiers temps, d'être hébergés ensemble ? Mais il faudrait évidemment que la perspective de passer quelques jours ou semaines en EMS ne soit pas réhabilitaire pour le conjoint en meilleure santé et

que ce soit pratiquement faisable en termes de place dans la chambre et d'infrastructures (notamment le ou les lits).

Nous ne manquons pas d'idées concernant les possibilités d'aider les couples à vivre moins douloureusement l'hébergement de l'un des conjoints. Cependant, les moyens financiers mis (ou pouvant être mis) à disposition par les établissements constituent un aspect essentiel à leur mise en œuvre. Nous sommes consciente que les moyens des EMS dépendent des subventions accordées par l'Etat et que nos solutions coûteraient de l'argent. Il reste que nous déplorons que le contexte politico-économique actuel tende à négliger le bien-être des personnes au profit de considérations économiques.

#### *Plaidoyer pour l'engagement de psychologues dans les EMS :*

Les propositions ci-dessus peuvent soulager la souffrance et favoriser l'adaptation des couples à la transition. Pourtant, elles ne sont probablement pas suffisantes. En plus des aménagements du cadre de vie, un espace pour que le vécu des couples puisse être exprimé est sans doute nécessaire. C'est la raison pour laquelle nous estimons qu'une présence plus importante des psychologues dans les EMS serait souhaitable.

Bétourné (2005) décrit le rôle du psychologue dans les maisons de retraite en employant la métaphore de la « porte ouverte ». Il s'agit d'être pareil à une porte ouverte accueillant les résidents, leurs proches et les professionnels aux moments choisis par eux. Ainsi, le psychologue devrait être disponible et à l'écoute, au besoin improviser pour permettre une rencontre. En effet, les résidents âgés auraient généralement peu de demande explicite d'une aide psychologique, et les entretiens à heures fixes dans un lieu prédéfini ne s'adaptent pas forcément à ce type de patientèle.

Cette idée est présente aussi chez Damay-Gommeaux (2013) : il serait important que le psychologue en maison de retraite fasse preuve de souplesse et sache se passer du cadre habituel des entretiens cliniques. Les rencontres sont donc le fruit de la disponibilité du psychologue et peuvent se produire partout : dans les couloirs, dans le jardin, dans la chambre du résident, etc. Par ailleurs, l'auteure décrit les bénéfices d'entretiens psychologiques dans les établissements. Un tel accompagnement permettrait notamment à l'angoisse de diminuer et peut mener à une acceptation plus équilibrée de la situation vécue. Plus important encore, il permettrait une « requalification du patient en tant que sujet à part entière » (p. 20), puisqu'on place son vécu au centre de la prise en charge.

Le but du psychologue en EMS est donc de devenir une personne-ressource pour les résidents, leurs proches et, ajoutons-nous, le personnel de l'EMS : une personne disponible, qui ne subit pas les contraintes du planning des soins et qui a des compétences spécifiques en relation d'aide. S'agissant des couples, le psychologue peut aussi offrir un espace pour travailler la relation conjugale. Quant à la création de groupes de parole, elle peut constituer une alternative intéressante, en permettant aux personnes d'échanger entre elles, d'aborder leur vécu et de chercher ensemble des solutions aux problèmes dans un cadre non-jugeant et sûr.

Abordons maintenant notre propre rôle de psychologue lors des interviews des résidents et de leurs conjoints. Nous n'avons pas réalisé des entretiens cliniques avec ces personnes, car tel n'était pas notre but ; néanmoins, la dimension clinique était présente lors des interviews individuelles et de couple. Tout au long de ce travail, nous avons encouragé nos interviewés à être en contact avec leur vécu et leurs propres besoins. Les entretiens ont parfois mené à des *insights*, autrement dit à de nouvelles compréhensions de leur situation. D'autres fois, ils ont débouché sur une demande d'entretiens cliniques. D'autres fois encore, la communication dans le couple a pu circuler plus librement. Si le but premier de ces entretiens n'était pas thérapeutique, ils ont néanmoins constitué

de véritables moments de rencontre, tels que décrits par Bétourné (2005), et ont probablement eu des effets thérapeutiques.

## 6. Apports et limites de notre recherche

*Double-mixité de l'échantillon, selon le statut (résident ou conjoint vivant dans la communauté) et le genre :*

Notre choix d'interviewer chacun des deux conjoints nous a permis d'analyser de manière approfondie la situation de chaque couple. Ainsi, nous avons eu accès à davantage de complexité que bien des recherches focalisées sur le vécu du conjoint en meilleure santé, vivant dans la communauté<sup>50</sup>. Les autres chercheurs ont centré leur analyse sur le conjoint vivant dans la communauté, car ils observaient que celui-ci était souvent oublié par les soignants (cf. *supra*, 1, Revue de littérature). En outre, ces auteurs ont sans doute été confrontés au fait que la plupart des conjoints hébergés souffrent de démence, ce qui les rend plus difficiles à interviewer. Nous avons trouvé une solution à ce problème, en recherchant des résidents sans pathologie démentielle, car nous voulions absolument interviewer les deux conjoints.

Malgré cette précaution, nous avons mené des interviews « limites » avec des résidents et résidentes n'ayant plus tous leurs moyens cognitifs, extrêmement fatigués ou souffrant de dépression (ayant par conséquent un discours restreint). Cependant, nous nous sommes rendu compte que de telles interviews pouvaient également être riches pour notre analyse, même si elles nous ont confrontées aux limites liées à l'utilisation d'un matériel uniquement verbal. En effet, une attitude particulière, certains propos inlassablement répétés ou encore des mots extrêmement forts, en dépit des limitations du discours, nous ont renseignée sur le vécu de la personne. Il était également important d'interviewer les conjoints hébergés seuls, afin qu'ils aient l'espace nécessaire pour nous faire part de leur vécu, sans que leur conjoint en meilleure santé mène l'interaction.

Un moyen de déjouer les limites de l'utilisation d'un matériel uniquement verbal aurait été de filmer les interviews, afin de pouvoir utiliser les éléments non-verbaux (gestes, attitudes, mimiques,...) lors de l'analyse. Telle pourrait être une perspective intéressante pour de futures recherches. En ce qui nous concerne, nous nous sommes limitée à une analyse du matériel verbal car une retranscription d'entretiens vidéo nous paraissait fastidieuse et aurait probablement pris trop de temps sur la période à disposition pour notre thèse.

L'implication des deux conjoints dans la recherche nous apparaît comme cruciale pour qui souhaite étudier le couple, sans quoi l'analyse est incomplète. Ainsi, c'est en mettant en rapport les propos recueillis dans les trois interviews par situation que nous avons pu saisir ce qui se joue dans les couples séparés par l'hébergement de l'un des conjoints en EMS. En croisant ces différents discours, nous avons notamment pu montrer certains décalages dans les attentes des conjoints concernant leur vie conjugale (cf. *supra*, II.4, Visites ; III.1, Attachement et III.3, Intimité).

En outre, croiser les discours nous a aidée à limiter le biais de désirabilité sociale. Donner une bonne image de soi ou de son couple est un besoin normal. Par conséquent, certains interviewés ont eu parfois tendance à enjoliver la situation actuelle, en particulier certains conjoints vivant dans la communauté qui éprouaient le besoin de justifier la décision de l'hébergement du conjoint malade. Cependant, l'interview de l'autre conjoint et l'interview de couple nous ont révélé que certains propos doivent être nuancés ; la situation n'est jamais simple.

---

<sup>50</sup> Rappelons qu'il s'agit de la grande majorité des recherches consultées.

En plus d'une mixité de notre échantillon en termes de statut (résident ou conjoint vivant à domicile), notre analyse a bénéficié d'une mixité de genre. C'est là aussi une différence entre notre recherche et la plupart des recherches consultées, qui ont porté uniquement sur le vécu des *épouses* de résidents. Ainsi, les interviewés peuvent être répartis en quatre groupes selon leur statut et leur genre :

	RES	CONJ
Femmes	Madame Emery Madame Kaufman Madame Savoy	Madame Aubort Madame Lévy Madame Perroud Madame Rochat
Hommes	Monsieur Aubort Monsieur Lévy Monsieur Perroud Monsieur Rochat	Monsieur Emery Monsieur Kaufman Monsieur Savoy

Rappelons ici les différences mises en évidence selon les genres :

- 1) Les hommes résidents manifestent plus que leurs homologues féminins leur frustration face aux limitations de liberté imposées par le cadre de l'EMS,
- 2) Les femmes résidentes ont plus souvent tendance à percevoir les aspects positifs de leur nouveau cadre de vie,
- 3) Les hommes (résidents ou conjoints) formulent plus de critiques à l'égard des soignants que les femmes,
- 4) L'expression de l'agressivité envers les soignants est exclusivement masculine,
- 5) Les hommes (résidents ou conjoints) manifestent plus que les femmes une souffrance liée à un manque d'intimité dans le couple,
- 6) Les conjointes vivant à domicile éprouvent plus d'ambivalence et de culpabilité face à l'hébergement que leurs homologues masculins.

Grâce à notre analyse, nous observons des différences capitales en fonction du genre dans la manière de vivre cette transition de vie et de s'y adapter. C'est sans doute dû à un effet de cohorte. En effet, lorsque nos interviewés étaient jeunes, l'éducation des enfants était plus fortement différenciée selon le genre qu'aujourd'hui (Olivier, 2011).

#### *Immersion dans le terrain et dimension clinique :*

Nous avons choisi de nous intéresser à notre propre implication dans les interactions avec les interviewés, lors des interviews individuelles comme lors des interviews de couple. Nous considérons cette implication comme un atout, nous permettant d'avoir accès à des informations riches, dont a profité notre analyse. Il a été en effet très intéressant d'observer comment le couple interagit en présence d'une tierce personne et de nous questionner sur les changements dans l'alliance selon le type d'interview.

Notre immersion dans les situations observées impliquait une dimension clinique. Revenons ici à la notion de propriété émergente du système, que nous développons dans le chapitre consacré à la démarche (cf. *supra*, 2, Démarche). Nous rappelons alors qu'un couple est davantage que la somme des conjoints qui le composent ; une dynamique particulière se crée entre les conjoints, qui les dépasse. De la même manière, les sept triades que nous avons constituées avec chacun des couples

comportent des propriétés émergentes. En effet, une dynamique particulière a découlé de ces interactions et nous en avons probablement tous été transformés.

Nous postulons donc que la participation à notre recherche a pu provoquer un changement, plus ou moins important, chez les couples interviewés. C'est quelque chose que Madame Aubort a rendu explicite, en déclarant à la fin de l'interview de couple : « ça va nous faire réfléchir ».

Nous même avons évolué en tant qu'intervieweuse et en tant que psychologue. Aujourd'hui, en relisant les transcriptions de nos entretiens de thèse, nous nous adressons quelques critiques constructives. Nous constatons que nous sommes plus satisfaite des derniers entretiens effectués que des premiers, ce qui témoigne du chemin parcouru. Au fil de notre recherche, nous avons notamment appris à mieux écouter et à relancer notre interlocuteur en fonction de ce qui s'exprime dans le moment de l'interaction. Cette progression témoigne du développement de nos compétences, compétences que nous avons renforcées ces dernières années par notre formation et notre pratique psychothérapeutique. Enfin, la découverte d'une problématique nouvelle et du vécu des personnes rencontrées nous a enrichie sur les plans professionnel et personnel.

## BIBLIOGRAPHIE

- Adderley I. & Levin J. B. (1986). Maturity: guiding future generations. In E. V. Lapham & K. M. Shevlin (Eds.), *The impact of chronic illness on psychosocial stages of human development* (pp. 105-114). Washington, DC : National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Ade-Ridder L. & Kaplan L. (1993). Marriage, spousal caregiving, and a husband's move to a nursing home: a changing role for the wife? *Journal of gerontological nursing*, 19, 13-23.
- Ainsworth M. D. & Witting B. A. (1969). Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In Foss B. M. (Ed.) *Determinants of infant behaviour*, vol. 4. London: Methuen.
- Alberts J. K. (1990). The use of humour in managing couples' conflict interactions. In Cahn D. D. (Ed.) *Intimates in conflict: a communication perspective*. Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Aldwin C. M. (1994). *Stress, coping, and development : an integrative perspective*. New York : Guilford Press.
- Allamani A. (1987). Alcolismo : approccio sistemico e terapia familiare. *Terapia familiare*, 23, 7-26.
- Almberg B., Grafström M., Krichbaum K. & Winblad B. (2000). The interplay of institution and family caregiving: relations between patient hassles, nursing home hassles and caregivers' burnout. *International journal of geriatric psychiatry*, 15, 931-939.
- Anzieu D. & Martin J.-Y. (1968; 2007). *La dynamique des groupes restreints*. Quadrige/PUF, Paris.
- Atchley R. C. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis? *The Gerontologist*, 11(1), 13-17.
- Atchley R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The gerontologist*, 29, 183-190.
- Atchley R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: creating positive experiences*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press.
- Bartlett M. C. (1993). *Married widows: wives of men in long term care*. New York: Garland.
- Bateson G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*. Le Seuil, Paris.
- Beaulieu E. & Karpinski J. (1981). Group treatment of elderly with ill spouses. *Social casework*, 62, 551-557.
- Bertaux D. (1980). L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers internationaux de sociologie*, 69, 197-225.
- Bétourné F. (2005). Le psychologue clinicien en maison de retraite ou la fonction de la porte ouverte. *Le journal des psychologues*, 225, 11-13.
- Blanchet A. (1990). *L'entretien dans les sciences sociales*. Dunod, Paris.
- Blanchet A. & Gotman A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan, Paris.
- Blassel J.-M. (2002). Y a-t-il des pathologies spécifiques au couple ? *Dialogue*, 1(155), 41-48.
- Blassel J.-M. (2006). Vous avez dit conjugopathie ? *Revue de santé mentale*, 104, 52-58.
- Boszormenyi-Nagy I. & Spark G. (1973). *Invisible loyalties*. New York: Harper & Row.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss*. London : Hogarth.
- Bowlby J. (1988). The origins of attachment theory. In J. Bowlby (Ed.) *A secure base*, 20-38.
- Bowlby J. (1991). Postscript. In Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. & Marris P. (Eds.) *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Braithwaite D. O. (2002). "Married widowhood": maintaining couplehood when one spouse is living in a nursing home. *Southern communication journal*, 67(2), 160-179.
- Brennan F., Downes D. & Nadler S. (1996). A support group for spouses of nursing home residents. *Social Work with Groups*, 19(3/4), 71-81.
- Bretscher C. W. (1993). Nursing home family care. In P. A. Szabo & G. A. Grossberg (Eds.), *Problem behaviors in long-term care* (pp. 229-241). New York: Springer Publishing.

- Brody E. (1977). *Long-term care of older people: a practical guide*. New York : Human Sciences Press.
- Brouillet D. & Syssau A. (2000). *Le vieillissement cognitif normal : vers un modèle explicatif du vieillissement*. Bruxelles : De Boeck.
- Brown J. W., Chen S., Mitchell C. & Province A. (2007). Help seeking by older husbands caring for wives with dementia. *Journal of advanced nursing*, 59(4), 352-360.
- Brubaker T. (1985). *Later life families*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Bumagin V. & Hirn K. (1982). Observations on changing relationships for older married women. *American Journal of Psychoanalysis*, 42, 133-142.
- Burr W., Leigh G., Day R. & Constantine J. (1979). Symbolic interaction and the family. In W. Burr, R. Hill, R. I. Nye, I. Reiss (Eds.), *Contemporary theories about the family: general theories/theoretical orientations*, New York: Free Press.
- Cahn D. D. (1990). Intimates in conflict : a research review. In Cahn D. D. (Ed.) *Intimates in conflict: a communication perspective*. Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Callahan D. (1991). Families as caregivers: the limits of morality. In R. P. Marinelli & A. E. Dell Orto (Eds.), *The psychological and social impact of disability* (pp. 295-305). New York: Springer Publishing.
- Camdessus B., Bonjean M. & Spector R. (1989). *Les crises familiales du grand âge*. ESF éditeur, Paris.
- Cantor M. (1983). Strain among caregivers : a study of experience in the United States. *Gerontologist*, 23, 597-604.
- Caradec V. (1996). *Le couple à l'heure de la retraite*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Centre for Policy on Ageing (1996). *A better home life*. London : CPA.
- Chardon C. (2011). Le conflit au grand âge au lien ou au lieu du couple. *Le journal des psychologues*, 7(290), 54-58.
- Charrier G. (2006). Conjugalité moderne et décohabitation professionnelle : le défi d'un nouveau paradoxe. *Communication lors du Congrès RTf33, Famille, vie privée, vie publique*, Bordeaux, France.
- Chenoweth B. & Spencer B. (1986). Dementia : the experience of family caregivers. *The gerontologist*, 26(3), 267-272.
- Cho S., Zarit S. H. & Chiriboga D. A. (2009). Wives and daughters : the differential role of day care use in the nursing home placement of cognitively impaired family members. *The gerontologist*, 49(1), 57-67.
- Christen-Gueissaz E. (1992). *Evaluation de soi, évaluation d'autrui. Analyse du discours d'adultes âgés sur l'auto- et l'inter-estimation*. Université de Lausanne, Faculté des Sciences Sociales et Politiques (thèse).
- Christen-Gueissaz E. (2003). Questions, enjeux et apports d'une gérontologie psychosociale. In Christen-Gueissaz E. (Ed.), *Actualités psychologiques. La gérontologie en questions*. Institut de Psychologie. Université de Lausanne.
- Christen-Gueissaz E. (2008). Enjeux identitaires pour les personnes âgées en institution. In Christen-Gueissaz E. (Ed.), *Le bien-être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien*. Paris : Editions Seli Arslan.
- Christen-Gueissaz E., Bruchez Ch., Cochand S., Cornuz N. & Martinet E. (2011). *Enjeux de la diversité culturelle dans l'interaction entre résidents migrants et professionnels de l'accompagnement*. Rapport de recherche disponible sur <http://www.uniger.ch>
- CLOC-*Changing lives of older couples study* (2003). Institute for Social Research, University of Michigan, Michigan.
- Colson M.-H. (2007). Sexualité après soixante ans, déclin ou nouvel âge de vie? *Sexologies*, 16, 91-101.
- Colson M.-H. (2007). Age et intimité sexuelle. *Gérontologie et société*, (3)122, 63-83.
- Cooley C (1902). *Human nature and the social order*. New York : Charles Scribner's sons.

- Cooley C. (1909). *Social organization*. New York : Charles Scribner's sons.
- Crossman L., London C. & Barry C. (1981). Older women caring for disabled spouses: a model for supportive services. *Gerontologist*, 21, 464-470.
- Damay-Gommeaux C. (2013). Etre psychologue en long séjour de gériatrie. *Le journal des psychologues*, 305, 18-21.
- D'Amore S. (2009). Alcool et nid vide. Récit d'un travail thérapeutique avec un couple en crise de transition. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(42), 231-154.
- Darnaud T. (2007). L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques. *Gérontologie et société*, 3(122), 91-106.
- Davies H. D., Zeiss A. M., Shea E. A. & Tinklenberg J. R. (1998). Sexuality and intimacy in Alzheimer's patients and their partners. *Sexuality and disability*, 16(3), 193-203.
- Dawson P. & Rosenthal C. J. (1996). Wives of institutionalized elderly men: what influences satisfaction with care? *Canadian journal on aging*, 15(2), 245-263.
- Deimling G. & Poulshock S. W. (1985). The transition from family in-home care to institutional care: focus on health and attitudinal issues as predisposing factors. *Research on aging*, 7, 563-576.
- Denis P. (1999). *Emprise et satisfaction*. Paris: PUF.
- Dépelteau F. (2000). *Démarche d'une recherche en sciences humaines*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Descharne J. (1995). *La sexualité des personnes âgées en institution : reconnaissance ou déni ?* Mémoire. Centre de formation de service social et d'animation, Lausanne.
- Despland J.-N., de Roten Y., Martinez E., Plancherel A.-C. & Solai S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Médecine et hygiène*, 58(2315), 1877-1880.
- De Visscher P. (2001). *La dynamique des groupes d'hier à aujourd'hui*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Dionne H. & Dupras A. (2008). L'avis sexologique : un outil de réflexion et d'action pour les soignants de centres de soins de longue durée. *Sexologies*, 17, 127-134.
- Dowd J. J. (1990). Ever since Durkheim: the socialization of human development. *Human Development*, 33, 138-159.
- Dupras A. (2007). La chambre d'intimité en institution. Innovation et paradoxes. *Gérontologie et société*, 3(122), 107-124.
- Dupré la Tour M. (2005). *Les crises du couple : leur fonction et leur dépassement*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès.
- Dupuis S. L. & Norris J. E. (1997). A multidimensional and contextual framework for understanding diverse family members' roles in long-term care facilities. *Journal of aging studies*, 11(4), 297-325.
- Durand Y. & Morenon J. (1972). *L'imaginaire de l'alcoolisme*. Paris: Editions Universitaires.
- Dye C. (1982). The experience of separation at the time of placement in long-term care facilities. *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 19, 532-537.
- Ebersole P. & Hess P. (1985). *Toward healthy aging*. St Louis: C. V. Mosby.
- Ehrenfeld M., Tabak N., Bronner G. & Bergman R. (1997). Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia. *International journal of nursing practice*, 3(4), 255-259.
- Evans S. Dr (2004). Sex and death: the ramifications of illness and aging in older couple relationships. *Sexual and relationship therapy*, 19(3), 319-335.
- Eynard C. (2007). La chambre comme espace d'intimité. *Gérontologie et société*, 3(122), 85-89.
- Farkas S. (1980). Impact of chronic illness on the patient's spouse. *Health and social work*, 5(4), 39-46.
- Favez N. (2013). *L'examen clinique du couple*. Bruxelles : Editions Mardaga.
- Feinson M. (1986). Aging widows and widowers: are there mental health differences? *International journal of aging and human development*, 23, 241-255.

- Fengler A. & Goodrich N. (1979). Wives of elderly disabled men: the hidden patients. *The gerontologist*, 19, 175-184.
- Ferraro K. (1985). The effect of widowhood on the health status of older persons. *International journal of aging and human development*, 21, 9-25.
- Fitzpatrick M. A. (1988). Approaches to marital interaction. In Noller P. & Fitzpatrick M. A. (Eds.), *Perspectives on marital interaction*. England : Multilingual Matters Ltd.
- Fitzpatrick M. A. (1988). A typological approach to marital interaction. In Noller P. & Fitzpatrick M. A. (Eds.), *Perspectives on marital interaction*. England : Multilingual Matters Ltd.
- Foerster H. von (1981). *Observing systems*. Seaside, California : Intersystems publications.
- Forest F. & Forest-Streit U. (1980). Le concept de vieillissement différentiel. Son utilisation dans les études de santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 5(2), 59-70.
- Førsund L. H., Skovdahl K., Kiik R. & Ytrehus S. (2014). The loss of a shared lifetime: a qualitative study exploring spouses' experiences of losing couple hood with their partner with dementia living in institutional care. *Journal of clinical nursing*, doi.10.1111/jocn.12648
- Fox N. (1986). *You, your parent, and the nursing home: the family's guide to long-term care*. Buffalo: Prometheus.
- Freud S. (1910). *La vie sexuelle*. Paris: PUF.
- Freud S. (1986). *Métapsychologie*. Paris: Gallimard.
- Freudiger S. (2008). Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif. In Christen-Gueissaz E. (Ed.), *Le bien-être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien*. Paris : Editions Seli Arslan.
- Gaussot L. (2000). A propos du déni de l'alcoolique. Regard sociologique. *Alcoolologie et addictologie*, 22(2), 159-167.
- Gingras C. (1988). Témoignage d'une soignante naturelle. In Lévesque & Marot (Eds.), *Un défi simplement humain*, Montréal : Editions du Renouveau pédagogique.
- Gladstone J. W. (1992). Identifying the living arrangements of elderly married couples in long-term care institutions. *Canadian Journal on Aging*, 11, 2, 184-196.
- Gladstone J. W. (1995a). Elderly married persons living in long term care institutions: a qualitative analysis of feelings. *Ageing and society*, 15, 493-513.
- Gladstone J. W. (1995b). The marital perceptions of elderly persons living or having a spouse living in a long-term care institution in Canada. *The gerontologist*, 35, 1, 52-60.
- Gladstone J. W., Dupuis S. L. & Wexler E. (2006). Changes in family involvement following a relative's move to a long-term care facility. *Canadian journal on aging*, 25(1), 93-106.
- Glick M., Krant M. & Doster N. (1974). *The first year of bereavement*. New York: Wiley.
- Grau L., Teresi J. & Chandler B. (1993). Demoralization among sons, daughters and other relatives of nursing home residents. *Research on aging*, 15(3), 324-345.
- Grawitz M. (1990). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Grossmann K. E. & Grossmann K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. & Marris P. (Eds.) *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Gubrium J.- F. & Sankar A. (1994). *Qualitative methods in aging research*. Thousand Oaks CA: Sage.
- Hafstrom J. L. & Schram V. R. (1984). Chronic illness in couples: selected characteristics, including wife's satisfaction with and perception of marital relationships. *Family relations*, 33(1), 195-203.
- Hanley R. J., Weiner J. M. & Harris K. M. (1991). Will paid home care erode informal support? *Journal of health politics, policy and law*, 16(3), 507-521.
- Harrefors C., Sävenstedt S. & Axelsson K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 23, 353-360.
- Hartley P. (1997). *Group communication*. London/New York : Routledge.

- Hayward L., Davies S., Robb R., Denton M. & Auton G. (2004). Publicly funded and family-friendly care in the case of long-term illness : the role of the spouse. *Canadian journal on aging*, 23, s39-s48.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524
- Hennings J., Froggatt K. & Payne S. (2013). Spouse caregivers of people with advanced dementia in nursing homes: a longitudinal narrative study. *Palliative medicine*, 27(7), 683-691.
- Hennon C., Brubaker E. & Kaplan L. (1991). Health, housing, and aging: families as case managers. *Journal of home economics*, 83, 54-62.
- Hervé M. (2001), Idéal de la relation de couple dans la modernité : “pour le meilleur et sans le pire”, *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2(44), pp. 31-37.
- Hopkins J. (1991). Failure of the holding relationship. Some effects of physical rejection on the child's attachment and inner experience. In Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. & Marris P. (Eds.) *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Hughes E. C. (1971). *The sociological eye: selected papers*. Chicago: Aldine Atherton, Inc.
- Iecovich E. (2000). Sources of stress and conflicts between elderly patients, their family members and personnel in care settings. *Journal of gerontological social work*, 34 (2), 73-87.
- Jackson D. D. (1981). Les règles familiales: le quid pro quo conjugal. In Watzlawick P. & Weakland J. H. (Eds.), *Sur l'interaction*. Paris: Editions du Seuil.
- Jackson D. D. (1981). L'étude de la famille. In Watzlawick P. & Weakland J. H. (Eds.), *Sur l'interaction*. Paris: Editions du Seuil.
- Johnson C. L. & Catalano D. J. (1983). A longitudinal study of family supports to impaired elderly. *The gerontologist*, 23(6), 612-618.
- Johnson C. L. (1985). The impact of illness on late-life marriages. *Journal of marriage and the family*, 47(1), 165-172.
- Joubert C. (2007). Le role du transgénérationnel dans le lien de couple. *Le divan familial*, 18, 69-79.
- Jung C. G. (1990). *L'âme et le soi, renaissance et individuation*. Paris: Albin Michel.
- Kaplan L. (1991). *Couplehood defined: wives' perceptions of being married when their husbands reside in nursing homes*. Unpublished master's thesis, Miami University, Oxford, OH.
- Kaplan L. (1996). Sexual and institutional issues when one spouse resides in the community and the other lives in a nursing home. *Sexuality and disability*, 14(4), 281-293.
- Kaplan L. & Ade-Ridder L. (1991). Impact on the marriage when one spouse moves to a nursing home. *Journal of Women and Aging*, 3(3), 81-101
- Kaplan L., Ade-Ridder L., Hennon C. B., Brubaker E. & Brubaker T (1995). Preliminary typology of couplehood for community-dwelling wives: “I” versus “we”. *International aging and human development*, 40, 317-337.
- Keefe J. & Fancey P. (2000). The care continues : responsibility for elderly relatives before and after admission to a long-term care facility. *Family relations*, 49(3), 235-244.
- Keene J. R. & Prokos A. H. (2008). Widowhood at the end of spousal caregiving: relief or wear and tear? *Aging and society*, 28, 551-570.
- Kemp C. L. (2007). Negotiating health transitions in later life: older couples, adult children and assisted living. *Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, TBA, New York*.
- Kemp L. (2008). Negotiating transitions in later life: married couples in assisted living. *Journal of applied gerontology*, 27(3), 231-251.
- Kramer B. J. (2000). Husbands caring for wives with dementia: a longitudinal study of continuity and change. *Health and social work*, 25(2), 97-107.
- Kriegsman D. M. W., Penninx B. W. J. H. & Van-Eijk J. T. M. (1994). Chronic disease in the elderly and its impact on the family: a review of the literature. *Family Systems Medicine*, 12(3), 249-267.

- Kurland R. (1978). Planning: the neglected component of group development. *Social Work with Groups*, 1(2), 173-178.
- Laforestrie R. (1997). *Vieillesse et société. À l'écoute de nos aînés*. Paris: L'Harmattan.
- Lauverjat F., Pennequin V. & Fontaine R. (2005). Vieillesse et raisonnement: une approche multifactorielle. *L'année psychologique*, 105, 225-247.
- Lavoie A. M., Lapierre S. & Benoit M. (2008). Le relogement en centre d'hébergement d'un conjoint atteint de problèmes cognitifs : l'expérience des épouses. *Recherche en soins infirmiers*, 94, 80-91.
- Lavoie A. M., Benoît M. & Lapierre S. (2010). Le relogement en centre d'hébergement d'un proche atteint de problèmes cognitifs. Une comparaison de l'expérience des épouses et des filles. *Perspectives soignantes*, 38, 118-144.
- Lazarus R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.
- Le Gouès G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir. Introduction à la clinique tardive*. Paris: Dunod.
- Legrand M. (1993). *L'approche biographique*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Lemaire J.-G. (1982). *Le couple, sa vie, sa mort*. Paris: Payot.
- Lemaire P. & Bherer L. (2005). *Psychologie du vieillissement: une perspective cognitive*. Bruxelles: De Boeck.
- Lévesque L., Ducharme F., Legault A. & Giroux F. (2004). Intervention pour promouvoir la reconnaissance des droits des familles d'un parent âgé atteint de démence en milieu d'hébergement. *Recherche en soins infirmiers*, 77, 29-40.
- Lévy A. (1974). L'interprétation des discours. *Connexions*, 11, 43-63.
- L'Ecuyer R. (1988). L'analyse de contenu : notion et étapes. In Deslauriers J.-P. (Ed.), *Les méthodes de la recherche qualitative*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Litwak E. (1977). Theoretical bases for practice. In Dobrof R. & Litwak E. (Eds.), *Maintenance of family ties of long-term care patients: theory and guide to practice*. Washington DC : US Department of Health, Education, Welfare.
- Locke H. J. & Wallace K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and family living*, 21, 251- 255.
- Locker R. (1976). Elderly couples and the institution. *Social work*, 21(2), 149-150.
- Locker R. (1981). Institutionalized elderly : understanding and helping couples. *Journal of gerontological social work*, 3(4), 37-49.
- Long S. K. (1995). Combining formal and informal care in serving frail elderly people. In Weiner J. M., Clauser S. B. & Kennell D. L. (Eds.), *Persons with disabilities: issues in health care financing and service delivery*. The Brookings institute, Washington DC.
- Lopata H. (1973). *Widowhood in an American city*. Cambridge, MA: Schenkman.
- Lund D. A., Pett M. A. & Caserta M. S. (1987). Institutionalizing dementia victims: some caregiver considerations. *Journal of Gerontological social Work*, 11, 119-135.
- Lundh U., Sandberg J. & Nolan M. (2000). "I don't have any other choice": spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. *Journal of advanced nursing*, 32(5), 1178-1186.
- Lynch J. J. (1977). *The broken heart*. New York: Basic Books.
- Mackenzie P. & MacLean M. (1992). Altered roles: the meaning of placement for the spouse who remains in the community. *Journal of gerontological social work*, 19(2), 107-120.
- Maillard B. (2008). Face à la mort, separation ou trépas? *Cahiers de psychologie clinique*, 2(31), 135-146.
- Maisonneuve J. (1993). *La dynamique des groupes*. Coll. Que sais-je? Paris: Presses universitaires de France.
- Martin L., Baldwin M. & Bean M. (2008). An exploration of spousal separation and adaptation to long-term disability: six elderly couples engaged in a horticultural programme. *Occupational therapy international*, 15(1), 45-55.

- Martin Matthews A., Brown K., Davis C. & Denton M. (1982). A crisis assessment technique for the evaluation of life events: transition to retirement as an example. *Canadian Journal on Aging*, 1, 28-39.
- Masciocchi C., Thomas A. & Moeller T. (1984). Support for the impaired elderly: a challenge for family caregivers. In W. Quinn & G. Hughston (Eds.), *Independent aging* (pp. 115-132). Rockville, MD: Aspen.
- Massat G. & Bormans Ch. (2004). *Psychologie de la violence*. Paris: Studyrama.
- Masters W. H. & Johnson V. E. (1966). *Human sexual responses*. Boston: Little, Brown and Company.
- McCartney J. R., Izeman H., Rogers D. & Cohen N. (1987). Sexuality and the institutionalized elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 331-333.
- McPherson B. D. (1983). *Aging as a social process*. Toronto: Butterworth & Co.
- Melito R. (1985). Adaptation in family systems : a developmental perspective. *Family Process*, 24, 89-100.
- Michel S. (2009). Domicile ou institution: existe-t-il une issue aux conjugopathies du troisième âge? *La revue de Gériatrie*, 34(5), 393-397.
- Millar F. E. & Rogers L. E. (1988). Power dynamics in marital relationships. In Noller P. & Fitzpatrick M. A. (Eds.), *Perspectives on marital interaction*. England : Multilingual Matters Ltd.
- Miner S. (1995). Racial differences in family support and formal service utilization among older persons: a non-recursive model. *Journals of gerontology: social sciences*, 50B(3), s143-s153.
- Mishara B. L. & Riedel R. G. (1994). *Le vieillissement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Montgomery R. J. V. & Borgatta E. F. (1989). The effects of alternate support strategies on family caregiving. *Gerontologist*, 29, 457-464.
- Morgan A. & Zimmerman M. (1990). Easing the transition to nursing homes: identifying the needs of spousal caregivers at the time of institutionalization. In T. L Brink (Ed.) *Mental health in the nursing home* (1-17). New York: The Haworth Press, Inc.
- Moss S. Z. & Moss M. S. (2007). Being a man in long term care. *Journal of aging studies*, 21, 43-54.
- Motenko A. (1989). The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers. *Gerontologist*, 29, 166-172.
- Mucchielli A. (2002). *Dictionnaire des methodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.
- Mucchielli A. (2006a). Constructionnisme. In Mesure S. & Savidan P. (Eds.), *Le dictionnaire des sciences humaines*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Mucchielli A. (2006b). Systémisme. In Mesure S. & Savidan P. (Eds.), *Le dictionnaire des sciences humaines*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Mucchielli R. (2004). *La dynamique des groupes*. ESF éditeur, collection Formation Permanente, Issy-les-Moulineaux cedex.
- Mullin J., Simpson J. & Froggatt K. (2013). Experiences of spouses of people with dementia in long-term care. *Dementia: the international journal of social research and practice*, 12(2), 177-191.
- Newton D. A. & Burgoon J. K. (1990). Nonverbal conflict behaviors: functions, strategies and tactics. In Cahn D. D. (Ed.) *Intimates in conflict: a communication perspective*. Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Neyrand G. (2002). Idéalisations du conjugal et fragilisation du couple, ou le paradoxe de l'individualisme relationnel. *Dialogue*, 1(155), 80-88.
- Nihtilä E. & Martikainen P. (2008). Institutionalization of older adults after the death of a spouse. *American journal of public health*, 98(7), 1228-1234.
- Novak M. & Guest C. (1992). A comparison of the impact of institutionalization on spouse and nonspouse caregivers. *The Journal of Applied Gerontology*, 11(4), 379-394.
- Olenick N. L. & Chalmers D. K. (1991). Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 52, 325-330.
- Olivier Ch. (2011). *Les enfants de Jocaste: l'empreinte de la mère*. Broché.

- Olson D., Russell C. S. & Sprenkle D. H. (1989). *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*, New York, Haworth.
- Parker S. (2006). What barriers to sexual expression are experienced by older people in 24-hour care facilities? *Reviews in clinical gerontology*, 16, 275-279.
- Parkes C. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Parkes C. M. (1991). Attachment, bonding and psychiatric problems after bereavement in adult life. In Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. & Marris P. (Eds.) *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. & Marris P. (Eds.) (1991). *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Pearlin L. I., Mullan J. T., Semple S. J. & Skaff M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Penning M. J. (2002). Hydra revisited: substituting formal for self- and informal in-home care among older adults with disabilities. *The gerontologist*, 42(1), 4-16.
- Pollitt P. A., Anderson I. & O'Connor D. W. (1991). For better or for worse: the experience of caring for an elderly dementing spouse. *Aging and society*, 11, 443-469.
- Pörtner M. (2012). *Accompagnement des personnes âgées avec l'approche centrée sur la personne*. Broché.
- Pratt C., Schmall V., Wright S. & Hare J. (1987). The forgotten client: family caregivers to dementia patients. In T. Brubaker (Ed.), *Aging, health, and family: long-term care*. Beverly Hills: Sage, 197-213.
- Pratt C., Schmall P. & Wright S. (1987). Ethical concerns of family care-giving to dementing patients. *The gerontologist*, 25(5), 632-638.
- Pruchno R. A., Michaels J. E. & Potashnik S. L. (1990). Predictors of institutionalization among Alzheimer disease victims with caregiving spouses. *Journal of Gerontological social Sciences*, 45, 259-266.
- Quinodoz D. (2010). Quand Eros prend de l'âge. Réapprendre à aimer en couple. *Dialogue*, 2(188), 19-27.
- Reid D. W. (2000). *We-ness coding scale: version 4*. Unpublished manuscript, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Reid D. W., Dalton E. J., Laderoute K., Doell F. K. & Nguyen T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: the role of we-ness and interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, social and general psychology monographs*, 132(3), 241-284.
- Renaut S. (2001). Vivre en institution après 75 ans. Eléments de synthèse sur l'enquête Insee HID 98. *Retraite et société*, 34, 174-181.
- Ribes G., Abras-Leyral K. & Gaucher J. (2007). Le couple vieillissant et l'intimité. *Gérontologie et société*, 3(122), 41-62.
- Riegel K. F. (1973). Dialectical operations: the final period of cognitive development. *Human Development*, 16, 346-370.
- Riegel K. F. (1979). *Fundations of dialectical psychology*. New York: Academic Press.
- Ritchie K. & Ledesert B. (1992). The families of the institutionalized dementing elderly: a preliminary study of stress in a French care-giver population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 5-14.
- Robion J. (2000). *Les liaisons interdites*. Nantes: Cassiopée.
- Rocio Goldfarb M., Trudel G., Boyer R. & Préville M. (2007). Marital relationship and psychological distress: it's correlates and treatments. *Sexual and relationship therapy*, 22(1), 109-126.
- Rogers C. (1974). *Réinventer le couple*. Editions Robert Laffont.
- Rolland Ch. (2007). Rester "à domicile" ou entrer en établissement: les conditions de la négociation. *Journées d'étude "l'âge et le pouvoir en question"*, Université de Paris Descartes.

- Rolland J. S. (1994). In sickness and in health : the impact of illness on couples' relationship. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(4), 328-347.
- Rollins D., Waterman D. & Esmay D. (1985). Married widowhood. *Activities, adaptation and aging*, 7, 67-71.
- Roloff M. E. & Cloven D. H. (1990). The chilling effect in interpersonal relationships: the reluctances to speak one's mind. In Cahn D. D. (Ed.) *Intimates in conflict: a communication perspective*. Hove and London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Rosenkoetter M. M. (1996). Changing life patterns of the resident in long-term care and the community-residing spouse. *Geriatric Nursing*, 17, 267-272.
- Rosenthal C. J. & Dawson P. (1991). Wives of institutionalized elderly men. The first stage of the transition to quasi-widowhood. *Journal of aging and health*, 3(3), 315-334.
- Rosow I. (1974). *Socialization to old age*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Ross M. M. (1991). *The caregiving career following the institutionalization of husbands*. Unpublished PhD dissertation. University of Toronto, Toronto.
- Ross M. M., Rosenthal C. J. & Dawson P. G. (1993). Spousal caregiving following institutionalization: the experience of elderly wives. *Journal of advanced nursing*, 18, 1531-1539.
- Ross M. M., Rosenthal C. J. & Dawson P. (1997a). Spousal caregiving in the institutional setting: visiting. *Journal of clinical nursing*, 6, 473-483.
- Ross M. M., Rosenthal C. J. & Dawson P. (1997b). Spousal caregiving in the institutional setting: task performance. *Canadian journal on aging*, 16(1), 51-69.
- Ross M. M., Rosenthal C. J. & Dawson P. (1997c). Patterns of caregiving following the institutionalization of elderly husbands. *Canadian journal of nursing research*, 29(2), 79-98.
- Ruffiot A. (1983). Le souhait inconscient de mort collective. In *La thérapie familiale psychanalytique et ses développements*. Thèse de Doctorat es lettres et sciences humaines, Université de Grenoble.
- Sable P. (1989). Attachment, anxiety and loss of a husband. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(4), 550-556.
- Salem G. (2001). *L'approche thérapeutique de la famille*. Masson : Paris.
- Salomé J. (1980). *Incommunications et communications dans le couple*. Presses Universitaires de Lille.
- Salter Ainsworth M. D. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. & Marris P. (Eds.) *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Sandberg J., Lundh U. & Nolan M (2001). Placing a spouse in a care home: the importance of keeping. *Journal of clinical nursing*, 10, 406-416.
- Sandberg J. G., Miller R. B. & Harper J. M. (2002). A qualitative study of marital process and depression in older couples. *Family relations*, 51(3), 256-264.
- Sandberg J. G., Miller R. B., Harper J. M., Robila M. & Davey A. (2009). The impact of marital conflict on health and health care utilization in older couples. *Journal of health psychology*, 14(1), 9-17.
- Schaap C. & Buunk B. (1988). Marital conflict resolution. In Noller P. & Fitzpatrick M. A. (Eds.), *Perspectives on marital interaction*. England : Multilingual Matters Ltd.
- Schmidt M. G. (1987). The patient's partner: the spouse in residential care. *Health and social work*, 12(3), 206-212.
- Schwartz A. & Vogel M. (1990). Nursing home staff and residents' families role expectations. *Gerontologist*, 30, 49-54.
- Sidell N. L. (2000). Factors that explain marital happiness when a spouse lives in a nursing home: married but living apart. *Journal of family social work*, 4(2), 3-20.
- Silverman D. (2006). *Interpreting qualitative data*. London/California/New Delhi: Sage Publications.

- Silverstone B. & Hyman H. (1989). *You and your aging parent : the modern family's guide to emotional, physical, and financial problems*, 3rd ed., New York : Pantheon.
- Simeone I. (2004). Y a-t-il une sexualité spécifique à l'âge avancé? *Médecine et hygiène*, 62(2474), 580-585.
- Skaff M. M. (1995). Coping. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 231-232). New York: Springer Publishing.
- Sluzki C. E. & Beavin J. (1981). Symétrie et complémentarité: une définition opérationnelle et une typologie des dyades. In Watzlawick P. & Weakland J. H. (Eds.), *Sur l'interaction*. Paris: Editions du Seuil.
- Smallegan M. (1985). There was nothing else to do : needs for care before nursing home admission. *Gerontologist*, 25, 364-369.
- Smith K. & Bengtston V. (1979). Positive consequences of institutionalization: solidarity between elderly parents and their middle-aged children, *The Gerontologist*, 19, 438-447.
- Spitz R. (1945). Hospitalism: an enquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study Child*, 1, 53-174.
- Stadnyk R. L. (2006). Community-dwelling spouses of nursing home residents. Activities that sustain identities in times of transition. *Topics in geriatric rehabilitation*, 22(4), 283-293.
- Stephens M. A. P., Kinney J. M. & Ogrocki P. K. (1991). Stressors and well-being among caregivers to older adults with dementia: the in-home versus nursing home experience. *The gerontologist*, 31, 217-223.
- Straight P. R. & Harvey S. M. (1990). Caregiver burden: a comparison between elderly women as primary and secondary caregivers for their spouses. *Journal of Gerontological Social Work*, 15(1/2), 89-104.
- Szasz G. (1983). Sexual incidents in an extended care unit for aged men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(7), 407-411.
- Talpin J.-M. & Joubert Ch. (2008). Vieillesse du couple, vieillesse dans le couple et séparation. *Cahiers de psychologie clinique*, 31(2), 107-134.
- Tilse C. (1997). She wouldn't dump me: the purpose and meaning of visiting a spouse in residential care. *Journal of Family Studies*, 3(2), 196-208.
- Tobin S. S. & Kulys R. (1981). The family in the institutionalization of the elderly. *Journal of Social Issues*, 37(3), 145-157.
- Tordjman G. (1988). *Profession sexuologue*, Paris: Plon.
- Trudel G., Anderson A., Villeneuve V. & Boyer R. (2008). Impact sur le désir sexuel d'un programme d'enrichissement de la vie conjugale pour retraités. *Sexologies*, 17, 143-151.
- Van Caloen B., Roussaux J.-P., Hers D. & Derely M. (1989). Alcoolisme et co-alcoolisme : à propos du couple alcoolique. *Psychotropes*, 5(3), 123-127.
- Vassallo T. (1995). Systemic therapy and aged respite care : a neglected area. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 16(2), 73-80.
- Vézina A. & Pelletier D. (2004). La participation à l'aide et aux soins des conjoints et des enfants auprès de personnes âgées nouvellement hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée. *Canadian journal on aging*, 23(1), 59-71.
- Wagner G. (1988). *A positive choice*. London: HMSO.
- Walker R. B. & Luszcz M. A. (2009). The health and relationship dynamics of late-life couples: a systematic review of the literature. *Ageing and society*, 29, 455-480.
- Wasow M. & Loeb M. (1979). Sexuality in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 27(2), 73-79.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J. & Jackson D. (1972). *Une logique de la communication*. Editions du Seuil.
- Watzlawick P. (1978). *La réalité de la réalité*. Editions du Seuil : Paris.
- Watzlawick P. & Weakland J. H. (1981). *Sur l'interaction*. Editions du Seuil: Paris.
- Weiss R. S. (1975). *Marital separation*. New York: Basic Books.

- Weiss R. S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In Parkes C. M., Stevenson-Hinde J. & Marris P. (Eds.) *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge.
- Wenger G. C. (1990). Elderly carers: the need for appropriate intervention. *Aging and society*, 10, 197-219.
- Wenger C., Grant G. & Nolan M. (1995). Older people as carers and recipients of care. Paper delivered at the *International Sociological Association 1995 Research on Aging Intercongress Meeting*, Melbourne, Australia.
- West M., Sheldon A. & Reiffer L. (1987). An approach to the delineation of adult attachment: scale development and reliability. *The journal of nervous and mental disease*, 175(12), 738-741.
- White Ch. B. (1982). Sexual interest, attitudes, knowledge, and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalized aged. *Archives of sexual behavior*, 11(1), 11-21.
- Winnicott D. W. (1970). Residential care as therapy. In Winnicott C., Shepherd R. & Davis M. (Eds.) *Deprivation and delinquency*. London: Tavistock.
- Winnicott D. W. (1974). La crainte de l'effondrement. *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 103-107.
- Wright F. (2000). The role of family care-givers for an older person resident in a care home. *British Journal of Social Work*, 30, 649-661.
- Wright F. & Thompson P. (2002). Spouse liability for a partner's long-term care costs: local variations in policy and practice in the UK. *Social policy and administration ISSN 0144-5596*, 36(7), 753-764.
- Wright L. K. (1994). Alzheimer's disease afflicted spouses who remain at home: can human dialectics explain the findings? *Social Science and Medicine*, 38(8), 1037-1046.
- Wright L. K. (1998). Affection and sexuality in the presence of Alzheimer's disease: a longitudinal study. *Sexuality and disability*, 16(3), 167-179.
- Zarit S., Reever K. & Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, 20, 649-655.
- Zarit S., Orr N. & Zarit J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress*. New York: New York University Press.
- Zarit S. H., Todd P. A. & Zarit J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-266.
- Zarit S. H. (1992). Conceptual and methodological issues in family caregiving research. In B. Bauer (Ed.), *Proceedings of the invitational conference on family caregiving research* (pp. 1-9). Toronto: University of Toronto.
- Zeppo Derupt E. (2006). *Placer son conjoint en établissement médicosocial. Traverser les crises de la vieillesse. Vivre son humanité. Recueil et analyse du témoignage de quatre personnes âgées ayant été contraintes de placer leur conjoint(e)s en EMS après une longue maladie assumée à deux*. Mémoire. Université Marc Bloch de Strasbourg.
- Zwang G. (1998). *Sexologie*. Paris: Masson.

# Annexes

# ANNEXE 1

## Canevas d'interview individuelle

### Thème 1 : Histoire du couple

- Comment avez-vous rencontré votre conjoint ?
- Quelles ont été les étapes les plus importantes de votre vie de couple (les plus agréables, les plus difficiles, séparations, enfants) ?
- Qu'est-ce qui était le plus important pour vous dans votre vie de couple ?

### Thème 2 : Impact de l'hébergement sur la relation de couple

- Comment s'est passé votre entrée/l'entrée de votre conjoint en EMS (prise de décision, événements qui l'ont précédée) ?
- Depuis l'entrée en EMS, y a-t-il eu des changements dans votre vie de couple (ne plus vivre sous le même toit, intimité, renoncements, bénéfices, choses restées intactes) ?
- Comment se passent vos contacts avec les soignants ? Et avec les autres résidents ?
- Comment se déroulent les visites (déplacement, fréquence, vécu) ?
- Avez-vous l'occasion de partager des activités en couple (souhaits) ?

### Thème 3 : Recherche d'un nouvel équilibre

- Comment se passent les moments où vous vous retrouvez en couple ?
- Que faites-vous pour vivre/essayer de vivre cette situation le mieux possible ?
- Que faites-vous pour aider votre conjoint à vivre au mieux cette situation ? Et que fait-il pour vous ?
- Vos sentiments envers votre conjoint ont-ils évolué ?
- Mis à part votre conjoint, qui sont les personnes qui sont importantes pour vous ?

### Thème 4 : Attentes actuelles concernant la vie de couple

- Comment votre histoire va-t-elle continuer ?
- Qu'est-ce que vous souhaiteriez à ce propos ?

### Renseignements socio-démographiques :

- Age ?
- Ancienne profession (y compris femme au foyer) ?
- En EMS versus à domicile.
- Localité ?
- Localité où vit le conjoint ?
- Année du mariage ?
- Mariages précédents ?
- Enfants ? Petits-enfants ?

## ANNEXE 2

### Canevas d'interviews de couple

#### Extrait vidéo DECISION :

Tiré de « Away from her », Sarah Polley, 2007.

Début de l'extrait : une femme est assise en pyjama rayé dans la salle à manger, l'air triste. Son mari descend les escaliers pour la rejoindre.

Question : comment réagissez-vous à cette vidéo ?

Questions de relance :

- Comment vous sentez-vous en regardant cette vidéo ?
- Que pensez-vous de ce couple ? De leur situation ?
- Qu'aimeriez-vous leur dire ?
- Est-ce que cette vidéo vous fait penser à une situation que vous avez vécue ?
- Dans quelle mesure ce couple vous ressemble-t-il ?
- Comment imaginez-vous que l'histoire continue pour ce couple ?

#### Extrait vidéo ENSEMBLE :

Tiré de « Les fleurs vues de dessus », Francine del Coso, 2007.

Début de l'extrait : un couple âgé est assis dans un fauteuil.

Les questions posées aux couples interviewés sont les mêmes que pour l'extrait DECISION.

#### Extrait vidéo VISITE :

Tiré de « La maladie de la mémoire », Richard Dindo, 2002.

Début de l'extrait : une femme demande « qu'est-ce que tu me racontes de beau ? » à son mari hébergé, assis en face d'elle.

Les questions posées aux couples interviewés sont les mêmes que pour l'extrait DECISION.

#### Quelques questions pour conclure l'interview :

- Quel film avez-vous préféré ?
- Quel film avez-vous le moins aimé ?
- Qu'est-ce qui fait que vous avez fait ces choix ?

## ANNEXE 3

### We-ness Scale Coding Format Outline, Version 4 (Reid, 2000)

Level 1: Domination of “I” vs. “you”. Dismissive of any “we” implication, if it occurs

- 1A Indifference: “don’t care; you do your thing, I do mine”
- 1B Change other, not self: “blaming, oppositional”
- 1C Personal frustrations: laments, stuck in relationship
- 1D Disappointment: discouragement and doubt

Level 2: Competition, disharmony, asynchrony

- 2E Partner does not feel validated, valued as partner
- 2F Ignored/ignoring or acts as if not hearing partner
- 2G Primacy of one’s view: persists in presenting one’s view
- 2H Stonewalling: refuses to reply or express “good will”

Level 3: Relationship ambivalence, but tacit recognition

- 3I Momentarily speaks of relationship existing, but unsure
- 3J Hints of relationship; attempts to please, self-criticism
- 3K Attempts to speak of relationship, give possibility evidence
- 3L Queries promise of relationship. “You and I” references

Level 4: Interpersonal awareness but lack of immersions in unit

- 4M Awareness of impact each has on the other
- 4N References to considering yet not integrating other’s view
- 4O Awareness of one’s reactions to partner as a partner
- 4P Notions: each other’s responsiveness serving relationship

Level 5: Couple understanding (couple’s self-interpretations, shared experiences/stories)

- 5Q Implied insight into their patterns and unique ways
- 5R Links their past and present evolution, may imply future
- 5S Reference to interpersonal union, compromise (must be established and not a dream or hope. If expressed as a dream or hope, go to level 3 or 4)
- 5T Dialectic contrasts, how different/similar, interdependence

Level 6: Experiences deep understanding of themselves as a couple. Reflexive comprehension of their relationship, mutual experiences with intuitive sense of themselves as a couple

- 6U Tolerance and support of personality differences as being part of themselves as a couple
- 6V Reports an automatic intrinsic interest and responsiveness to each other’s views, feelings, wishes, plans
- 6W Expressions of emotional responding and empathy to each other (implication: if we are okay, then I am okay, and vice versa)
- 6X Expressions of emotional self-control over their differences and conflicts. Deference to support relationship, “let issues go”. Faith and confidence interpersonally.