

Article

« La responsabilité des familles et des femmes dans le maintien à domicile des personnes âgées : une politique de désengagement ou de soutien de l'État »

Rita Therrien

Santé mentale au Québec, vol. 14, n° 1, 1989, p. 152-164.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031496ar>

DOI: 10.7202/031496ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

La responsabilité des familles et des femmes dans le maintien à domicile des personnes âgées: une politique de désengagement ou de soutien de l'État

Rita Therrien*

Après avoir posé l'importance du thème du désengagement des familles à l'égard des personnes âgées dans la politique de maintien à domicile, l'auteure s'attache à démontrer qu'il s'agit d'un mythe. En fait, de nombreuses recherches font état de l'importance du réseau d'entraide familiale auprès des personnes âgées et la place centrale qu'y occupent les femmes. Cette aide a de nombreuses répercussions sur la vie des aidants et les femmes sont particulièrement vulnérables à cet égard.

Par la suite, l'article souligne les effets de la politique québécoise de maintien à domicile sur les aidants du réseau familial. Enfin, l'auteure s'interroge sur l'avenir de cette politique en faisant état de certaines tendances démographiques et sociales.

Pour les personnes âgées, la désinstitutionnalisation s'est traduite par la volonté de limiter les places en institution et de favoriser le plus possible leur maintien dans leur milieu de vie naturel. L'institution ne devrait plus être qu'un lieu de dernier recours pour les personnes en lourde perte d'autonomie car on lui reproche de contribuer à la marginalisation des personnes âgées, d'attenter à leur dignité et de les rendre complètement dépendantes. Les politiques québécoises à l'égard des personnes âgées depuis les années 70 ont voulu créer des alternatives à l'institutionnalisation et offrir, en plus d'une politique globale du vieillissement, des services favorisant le maintien à domicile. Cette volonté se greffe sur une inquiétude devant les coûts croissants des services de santé et des services sociaux et devant l'augmentation constante de la population des personnes âgées (Grandmaison, 1982).

Dans sa conception et son application, cette politique véhicule et perpétue le mythe du désengagement des familles envers les personnes âgées. Elle est en effet souvent présentée comme une tentative de responsabiliser les familles envers leurs proches, de redresser une situation où l'État aurait eu trop tendance dans le passé à se substituer aux familles dans l'accomplissement de leur devoir. C'est un phé-

nomène commun à la plupart des sociétés occidentales ayant élaboré une telle politique (Jobert, 1988; Walker, 1987).

Cet article entend démontrer qu'il s'agit là d'un mythe qui masque un travail considérable accompli le plus souvent par les femmes dans les familles. En plus d'occulter cette participation, la perpétuation de ce mythe dans la politique de maintien à domicile exerce une pression psychologique sur les aidants du réseau familial et ajoute à leur fardeau déjà lourd un sentiment de culpabilité (Brody, 1985). Nous rappellerons en premier lieu les résultats des nombreuses recherches sur l'importance du réseau d'entraide familiale auprès des personnes âgées et la place centrale qu'y occupent les femmes. Nous verrons par la suite les répercussions de cette aide sur la vie personnelle des aidants et l'impact de la politique de maintien à domicile en regard des considérations précédentes.

Le rôle de la famille auprès des personnes âgées vivant à domicile

Selon une vision très répandue dans le grand public, les familles abandonnent souvent leurs « vieux » et ont tendance à les placer en institution quand ils commencent à avoir besoin d'aide. L'intervention croissante de l'État québécois au cours des dernières décennies aurait donné l'occasion aux

* L'auteure est responsable de recherche à la Faculté de l'éducation permanente de l'Université de Montréal.

familles de se décharger de leurs obligations qu'elles accomplissaient si bien dans le passé. Cette vision a été véhiculée par la recherche en gérontologie à ses débuts, mais dès la fin des années 60, il existait suffisamment de travaux pour prouver le contraire (Brody, 1985). Pourtant le mythe du désengagement des familles envers les personnes âgées survit encore. Nous allons voir qu'il survit grâce à deux phénomènes : une idéalisation de la place des personnes âgées dans la société traditionnelle et une méconnaissance de l'importance des réseaux de parenté dans la société contemporaine (Shanas, 1979a ; Brody, 1981).

La place des personnes âgées dans la société traditionnelle

Les personnes âgées étaient-elles mieux traitées dans la société traditionnelle ? Plusieurs historiens de la famille remettent en question cette croyance très répandue. En premier lieu, ils remettent en cause la fréquence de la cohabitation de trois générations sous un même toit. De plus, les conditions de vie des personnes âgées étaient d'autant plus précaires qu'elles ne pouvaient compter sur l'État en cas de besoin.

La cohabitation de trois générations dans une même résidence ne semble pas avoir été la norme. N'oublions pas que les personnes âgées, à cause d'une espérance de vie plus réduite, étaient moins nombreuses et que la taille des familles était plus grande. La probabilité pour un enfant de devoir héberger un parent âgé était par conséquent moindre qu'aujourd'hui. Par exemple, en 1881, la catégorie des 65 ans et plus ne représentait que 4,3 % de la population québécoise, alors qu'en 1983, leur proportion atteignait 9,3 % (Bernier et Boily, 1986). Une historienne estime que la proportion des cas de résidence impliquant des personnes autres que la famille nucléaire n'a jamais dépassé deux sur dix au Canada avant la période actuelle. Et ces cas ne concernaient pas uniquement la cohabitation avec un parent âgé. Certaines maisonnées abritaient aussi une femme adulte célibataire ou veuve ou un domestique (Nett, 1984). Un historien anglais, pour sa part, affirme : « A person of sixty-five or over is less likely to be in an institution today than was his or her equivalent in 1900 and in 1900 most of the institutionalized were in workhouses » (Anderson, 1982, 40).

Les conditions de vie étaient précaires. La plupart des personnes âgées ne pouvaient se payer une

retraite et devaient gagner leur vie tant que leur santé le leur permettait. Le système canadien de pensions de vieillesse ne date que de 1951 et le Régime des rentes québécois n'a été mis sur pied qu'en 1965 (Zay, 1984). La gratuité des soins médicaux est encore plus récente au Québec. Enfin, les personnes âgées de milieu défavorisé ou sans famille n'avaient pas d'autre recours que la charité, l'État québécois ayant laissé jusqu'à tout récemment le champ des services sociaux aux initiatives privées.

Les réseaux de parenté dans la société contemporaine

Plusieurs aspects de la situation actuelle des personnes âgées pourraient à première vue donner à penser qu'elles sont abandonnées par les familles. Ainsi, il y a une augmentation de la population âgée dans les institutions, une diminution de la proportion des « 65 ans et plus » vivant avec un membre de leur famille autre que le conjoint et une augmentation de la proportion de ceux vivant seuls (Doty, 1986). On peut expliquer cette situation autrement que par le désengagement des familles.

En fait, la conjonction actuelle du nombre des personnes âgées et de l'étendue de leurs besoins est unique dans l'histoire. L'augmentation de la population institutionnalisée est un phénomène d'ordre démographique. Il y a d'abord accroissement global de la population des Québécois de 65 ans et plus par accroissement naturel et par augmentation de l'espérance de vie. Par exemple, de 1956 à 1981, leur nombre a doublé, passant de 264,023 à 569,355 (BSQ, 1985).

L'augmentation de l'espérance de vie se traduit par l'augmentation de la proportion de la catégorie des « 80 ans et plus » parmi celle des « 65 ans et plus ». Étant donné que les limitations à l'autonomie et les problèmes de santé sont plus importants dans cette tranche d'âge, cela se traduit par une augmentation de la demande de services et par une augmentation de la taille de la population parmi laquelle les risques d'institutionnalisation sont les plus élevés. « À 65-69 ans, seulement 3 % des hommes et 5 % des femmes font partie des ménages collectifs. Les proportions s'amplifient surtout après 80 ans pour atteindre 39 % chez les hommes de 95 ans et plus et 55 % chez les femmes des mêmes âges » (BSQ, 1987, 120).

S'il est vrai que la cohabitation des personnes âgées avec un de leurs enfants adultes est en déclin

et que la proportion de celles vivant seules est en croissance, il ne faut pas en conclure que les enfants se désintéressent de leur sort. Les normes de notre société valorisant grandement l'autonomie, les recherches effectuées sur cette question montrent que les personnes âgées préfèrent avoir un logement séparé de leur famille mais situé à proximité (Troll et al., 1979). Les relations et la solidarité familiale demeurent importantes dans la société contemporaine. En fait, les personnes âgées voient fréquemment leurs enfants et échangent des services avec eux (Stoller, 1985). Une enquête québécoise effectuée en 1980 auprès de trois échantillons de personnes âgées non institutionnalisées a remarqué les faits suivants : « De 88,1 % à 97,0 % des interviewés reçoivent des visites de la part d'un membre de leur famille. La fréquence des visites atteint une fois la semaine dans 48,4 % à 55,2 % des cas. Un parent qui ne réside pas au domicile de l'interviewé est disponible en cas d'urgence dans 72,6 % à 85,3 % des cas » (Béland, 1982, 21).

Cette aide ne se fait pas uniquement dans un sens, les personnes âgées apportent elles aussi leur contribution. La sociologue Agnès Pitrou a étudié ces échanges et montré que les ménages français reçoivent beaucoup d'aide de leurs parents sous diverses formes : hébergement des enfants pendant les vacances, aide domestique, garde des enfants le soir ou quand la mère travaille, etc. (Pitrou, 1977).

Lorsque les personnes âgées ont des problèmes chroniques de santé ou lorsque leur autonomie est entravée de diverses façons, l'aide familiale devient plus intense et permet souvent d'éviter l'hébergement. Une étude récente évalue à 35 % en 1980 la proportion des Québécois de 65 ans et plus vivant chez eux qui connaissent des limitations sérieuses et permanentes de leurs activités (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984). En fait, les personnes âgées comptent avant tout sur leur entourage lorsque leurs propres efforts ne suffisent pas à combler leurs besoins.

Une recherche très récente effectuée auprès d'un échantillon de 501 Québécois qui aident des personnes âgées en perte ou en manque d'autonomie montre quels sont les besoins couverts par l'aide familiale dans ces cas. Selon les aidants, les personnes aidées vivant à domicile ont des besoins d'aide pour les activités suivantes : effectuer des travaux ménagers lourds (92,5 %), se faire accompagner pour sortir (54,2 %), préparer les repas (51,6 %), effectuer les travaux

ménagers légers (43,8 %), faire leur toilette (26,4 %), se déplacer à l'intérieur de la maison (11,6 %) (Renaud et al., 1987). En plus d'évaluer à 2,7 % la proportion des Québécois qui apportent de l'aide à des personnes âgées à domicile, cette recherche révèle que 1,9 % aident une personne âgée vivant en institution. Nous verrons un peu plus loin l'intensité de cette aide et ses effets sur les aidants.

Le rôle central des femmes dans l'aide aux personnes âgées à domicile en manque ou en perte d'autonomie

Pour comprendre comment fonctionne le réseau familial d'aide, il est important de souligner que la majorité des aidants sont des femmes et que la majorité de l'aide va à des femmes. Une enquête américaine menée en 1982 auprès d'un échantillon représentatif de 1924 aidants de personnes âgées en manque ou en perte d'autonomie évalue à 71,5 % la proportion de femmes et à 28,5 % la proportion d'hommes parmi les aidants. Les bénéficiaires de cette aide sont à 60 % des femmes (Stone et al., 1987). Les femmes vivant à un âge plus avancé, elles sont par le fait même plus susceptibles d'éprouver des problèmes nécessitant de l'aide. Quant à la prédominance des femmes parmi les aidants des personnes âgées, elle est bien documentée dans de nombreuses recherches tant en Grande-Bretagne (en particulier, Graham, 1985; Land, 1978; Finch et Groves, 1983; Walker, 1981) qu'aux États-Unis (Brody, 1981; Poulshock et al., 1984; Horowitz, 1985; Stoller et Earl, 1983).

Qui aide qui?

L'étude de Stone et al. nous apprend de plus que les aidants se distribuent de la façon suivante : 22,7 % étaient épouses des personnes aidées, 28,9 % étaient des filles, 19,9 % étaient des femmes de parenté plus éloignée ou non apparentées, 12,8 % étaient des époux, 8,5 % étaient des fils et 7,2 % étaient des hommes de parenté plus éloignée ou non apparentés (Stone et al., 1987). Les auteurs font remarquer que l'aide semble obéir à un principe de substitution déjà énoncé par Shanas : l'aide provient en premier lieu du conjoint, si un conjoint n'est pas disponible, elle provient d'une fille adulte et c'est seulement lorsque les deux premières sources ne sont pas disponibles qu'un autre membre de la famille intervient.

Pourquoi cette dominance des femmes ?

Dans le couple formé par les personnes âgées, la femme est ordinairement plus jeune et survit plus longtemps. De plus, elle a été élevée dans une société où la définition des rôles selon les sexes était plus rigide. Il n'est donc pas étonnant de constater que les épouses sont plus nombreuses que les époux à assumer le rôle d'aidant pour le conjoint.

La dominance des filles sur les fils dans le rôle d'aidant demande plus d'explications. D'abord elle existe parce que les personnes âgées le veulent ainsi : dans la hiérarchie de leur choix, les filles viennent en second après le conjoint (Qureshi et Walker, 1988). N'oublions pas que les personnes aidées par les enfants sont plus souvent des femmes, les veuves étant plus nombreuses que les veufs.

Certaines recherches donnent à penser que le lien mère-fille est plus fort (pas nécessairement plus positif) que les autres liens parentaux (mère-fils, père-fille et père-fils) et qu'il serait plus durable (Troll, 1986). Les mères et les filles assurent la plus grande part du travail de maintien du réseau familial (Rosenthal, 1985). Le processus d'identification à la mère constitue une source d'attachement supplémentaire chez la fille par rapport à l'attachement ressenti par le fils. Enfin, le tabou de l'inceste pourrait renforcer ce choix (Ungerson, 1983), d'autant plus que plusieurs personnes âgées (en majorité des femmes) ont besoin d'assistance dans leurs soins corporels.

À cela, il faut ajouter que les tâches pour lesquelles les personnes âgées ont le plus besoin d'aide sont des tâches identifiées le plus souvent à des tâches parentales et ménagères. Ces tâches sont attribuées aux femmes dans notre société (Therrien et Coulombe-Joly, 1984; Ungerson, 1983) : travaux ménagers, aide aux soins d'hygiène, écoute, magasinage, négociations avec les services formels, etc. De par leurs tâches maternelles et domestiques, les femmes ont donc acquis des habiletés dans l'accomplissement des travaux et soins dont ont besoin les personnes âgées. Et même si les valeurs à propos du partage des tâches entre hommes et femmes ont changé, les comportements et les attitudes ont peu bougé : les femmes continuent de se sentir responsables de ces tâches (Brody, 1985).

L'aide aux personnes âgées est décrite par certains auteurs comme un renversement de rôles, la fille assumant peu à peu le rôle parental. Cette confusion entre rôle maternel et rôle d'aidant ne

devrait pourtant pas être considérée comme normale (Ungerson, 1983). En effet, le modèle de la relation maternelle ne convient pas comme mode de réponse à la plupart des besoins : seule une minorité infime des personnes âgées est dans un état infantile. La dépendance physique demande un ajustement des rôles ; il est plus facile de recourir à un modèle établi que d'inventer un modèle alternatif. Or, la relation maternante ne convient pas à un échange entre adultes, étant source de dépendance additionnelle et de conflits.

Les fonctions du maternage comme modèle d'aide

La référence au maternage comme modèle de relation d'aide et le recours à l'image des personnes âgées comme dépendantes ont plusieurs fonctions. Ils justifient comme « naturelle » la demande faite aux femmes de prendre soin des personnes âgées en prolongement des tâches familiales. Et, ce faisant, ils font paraître tout aussi « naturel » le fait de ne pas fournir de soutien des services formels ou de les maintenir à un niveau minimal quand la personne âgée a une aide de sa famille.

« Ils utilisent et accentuent un profond sentiment de culpabilité : « Interpretation of « filial maturity » to mean that all of the concrete services needed by the old should be provided by adult children (...) reinforces the myth by implying that they could do so if only they were « emotionally mature. » (Brody, 1985, 23). Le sentiment de responsabilité est très grand parce que les enfants souhaitent rendre à leurs parents ce qu'ils ont reçu. Il se transforme en culpabilité parce qu'on pense devoir tout faire pour eux, alors que les exigences normales d'une vie adulte ne le permettent pas.

La référence au maternage permet aussi de passer sous silence les désirs d'hébergement des personnes âgées. En effet, elles ne souhaitent pas nécessairement devenir complètement dépendantes de leur famille. L'étude québécoise de Bélard déjà citée révèle en effet que seulement 47 % à 59 % des personnes âgées vivant à domicile interviewées désirent y demeurer. La seconde solution favorisée est une conciergerie spécialisée pour personnes âgées (de 24 % à 27 % parmi les trois échantillons), la troisième étant le centre d'accueil (de 11 % à 13 %) et la dernière, le centre hospitalier de soins prolongés (de 5 % à 13 %). Lorsqu'une personne co-résidente fournit de l'aide, le désir de demeurer à domicile

augmente, mais le désir d'autres formules de résilience demeure quand même élevé (Béland, 1982).

Les répercussions de l'aide sur la vie des aidants

Plusieurs recherches soulignent le stress psychologique, social et physique vécu par les aidants des familles des personnes âgées à domicile. Aux exigences morales difficiles d'assumer un tel rôle pour une personne chère, s'ajoutent souvent de la crainte pour l'avenir, de la culpabilité, de la frustration devant les limitations à sa propre liberté, des conflits avec le conjoint ou les enfants qui se sentent négligés, etc. Un stress social est vécu dans la sphère du travail et du loisir. Les demandes de temps pour les soins entrent en conflit avec le temps dévolu au travail et aux loisirs. Certains doivent réajuster leur horaire de travail ou même le quitter. D'autres rognent sur leurs loisirs. Enfin, chez certains la situation a des répercussions sur l'état de santé (Doty, 1986).

Bien sûr, il n'en est pas ainsi dans toutes les situations. Les degrés d'implication envers la personne âgée varient selon ses besoins, selon certaines caractéristiques de l'aidant et selon l'évolution de leur relation.

Fréquence des répercussions

Dans l'enquête de Renaud et al. (1987), la majorité (58,1 %) des aidants sont décrits comme impliqués de façon minimale, le quart (25,2 %) n'y consacrent que 8 heures ou moins par mois. Par contre, le quart (25,2 %) vivent avec la personne aidée. Les répercussions les plus fréquentes (47,3 % des cas) signalées par les répondants concernent la vie familiale : limites dans le temps libre, ou moins de temps au conjoint et aux enfants ou problèmes familiaux. Un peu plus de un sur dix (11,8 %) a vu des répercussions sur sa carrière : diminution des heures de travail rémunéré ou devoir refuser certaines responsabilités ou même cessation d'emploi. En définitive, les difficultés sont plus d'ordre moral que physique : 40,9 % trouvent la situation moralement difficile et 22,0 % la trouvent physiquement difficile.

L'étude de Stone et al. (1987) nous aide à préciser un peu plus la situation quand les besoins sont plus lourds. Près de trois aidants sur quatre (73,9 %) de cette enquête vivent avec la personne âgée. Bien sûr,

l'aide entre conjoints est celle qui s'étale sur le plus grand nombre d'années sept jours par semaine, le conjoint (peu importe le sexe) étant dans la majorité des cas l'unique dispensateur de l'aide. Les filles et les fils vivent avec leurs parents dans six cas sur dix mais leur niveau de responsabilité et les tâches assumées diffèrent. La majorité des filles (70,4 %) sont l'aidante principale et la majorité des fils (52,2 %) sont des aidants secondaires. Les premières se chargent plus souvent que les seconds des soins d'hygiène et des tâches ménagères.

Les répercussions étudiées par Stone et al. sont centrées sur le travail rémunéré. Il est intéressant de noter que les différences à cet égard entre époux et épouses sont peu importantes mais qu'il n'en est pas de même pour les filles et les fils. Les répercussions sont plus lourdes pour les premières que pour les seconds. Les filles ont dû plus souvent quitter leur emploi, elles ont connu un peu plus de conflits à leur travail, elles ont dû plus souvent réduire leurs heures de travail, modifier leur horaire ou prendre des congés sans solde.

Ces résultats confirment ceux obtenus dans d'autres recherches où le conjoint est décrit comme la meilleure source d'aide (Johnson et Catalano, 1983) et où les époux vivent la relation d'aide de façon moins stressante. Par contre, d'autres travaux décrivent une situation où le degré de stress augmente avec la centralité de la relation, ce qui désignerait celle survenant entre époux comme la plus stressante (Corin, 1987). Quant aux différences observées entre fils et filles dans l'étude de Stone et al., elles correspondent aux observations d'Horowitz : les fils tendent à s'impliquer dans l'aide seulement quand une sœur n'est pas disponible et quand ils le font, ils tendent à consacrer moins de temps dans un moins grand nombre de tâches et ressentent moins de stress que les filles (Horowitz, 1985).

L'aide comme processus

Par ailleurs, il faut aussi considérer la relation d'aide comme un processus lié à l'histoire d'une relation interpersonnelle, à l'évolution des besoins de la personne âgée et aux contingences de la vie de l'aidant. Dans le cas d'une relation filiale, il faut voir dans quelle mesure a été résolue la dialectique dépendance/autonomie. Comme le fait remarquer Elaine M. Brody (1985), l'enfant qui prend soin d'un parent peut revivre ses conflits de dépendance infantile et est de plus confronté à l'éventualité de la séparation

finale d'avec le parent. C'est donc une relation potentiellement conflictuelle qui demande beaucoup émotionnellement. Dans le cas des époux dont la relation a survécu jusqu'à un âge avancé, nous devons considérer qu'il s'agit d'une population sursélectionnée. En effet, les personnes qui s'entendaient le moins bien ont rompu la relation avant d'atteindre cet âge : celles qui demeurent ensemble à 65 ans et plus ont plus de chances d'avoir des relations moins conflictuelles.

Certaines recherches tentent de cerner l'évolution de la relation d'aide afin de voir les mécanismes développés pour y faire face. En effet, l'impact de la relation d'aide sur la vie de l'aidant dépend beaucoup de ces mécanismes. Les façons de faire face sont nombreuses : décision de s'éloigner de la personne, de la placer en institution, distanciation émotionnelle, fusion, élargissement du réseau d'entraide, etc. (Johnson et Catalano, 1983). Les répercussions de l'aide sur la vie de l'aidant varient beaucoup selon le mécanisme adopté. Dans beaucoup de cas, l'acceptation du rôle entraîne une récompense importante : l'augmentation de l'estime de soi et du sentiment de compétence. Dans d'autres cas, l'adaptation peut entraîner une surcharge émotionnelle ou physique, un isolement social, la négligence du conjoint ou des enfants, l'abandon de toute vie personnelle ou de loisir.

Une personne peut très bien ne percevoir que peu de répercussions alors qu'en réalité elle subit des privations importantes. Ce sera le cas si elle pense qu'il est tout à fait normal de se sacrifier pour les autres (Hoyman et al., 1985). Et les femmes sont plus susceptibles de penser qu'il est normal de se sacrifier, comme le montre l'étude de Brody (1981) sur un échantillon de femmes d'âge moyen prenant soin de leur mère. Elles avaient une vie d'aidante bien remplie car, en plus d'aider leur mère, entre autres, elles avaient des enfants et avaient déjà aidé dans le passé d'autres personnes âgées. Certaines avaient même quitté leur emploi pour mieux se consacrer aux autres. Et pourtant les trois-cinquièmes d'entre elles disaient éprouver des sentiments de culpabilité parce qu'elles ne faisaient pas assez pour leur mère.

En réalité, c'est lorsque la personne aidante va au bout de ses forces sans recevoir d'aide qu'il y a un risque plus grand de devoir recourir à l'institutionnalisation, comme l'indique Corin : « de manière générale, les travaux indiquent que les facteurs qui

influencent ou précipitent l'institutionnalisation sont davantage les caractéristiques ou le bien-être des aidants impliqués dans la décision que les caractéristiques des patients eux-mêmes » (1987, 67).

L'impact de la politique de maintien à domicile sur les aidants des familles et sur les personnes âgées

Après avoir cerné la place de la famille et des femmes dans le maintien à domicile des personnes âgées, et les répercussions de l'aide apportée, tournons-nous du côté de l'Etat québécois. Quelle est sa part dans ce réseau d'aide? Dans quels programmes se matérialise cette aide? Quels en sont la philosophie et les moyens?

Une fois définis les éléments de cette politique, nous nous poserons la question de son impact sur les personnes âgées, sur les familles et sur les femmes. Malgré l'importance de l'aide apportée par le réseau familial, l'évaluation des politiques et des programmes se fait habituellement sans tenir compte de leur impact sur cet acteur important. Le présent article entend développer une réflexion en ce sens.

Par ailleurs, il est possible aussi de prédire les chances de succès de cette politique dans l'avenir. Étant donné le signal d'alarme lancé dans certains milieux qui nous voient submergés dans les prochaines décennies par des hordes grandissantes de personnes âgées dépendantes à la charge de la population « active », il est important de faire le point sur cette question.

Enfin, nous explorerons quelques pistes de solutions suggérées par les résultats de certaines recherches.

La politique de maintien à domicile

À l'origine, la politique de maintien à domicile est une philosophie d'intervention visant à favoriser l'autonomie et l'intégration sociale des personnes âgées par leur maintien dans leur milieu de vie naturel. Elle repose sur un certain nombre de postulats dont les plus importants sont qu'il s'agit là du désir des personnes âgées et que des services formels alliés au soutien du milieu naturel suffisent à éviter l'institutionnalisation en cas de perte d'autonomie.

Pour sa réalisation, diverses mesures ont été envisagées : services à domicile, aide aux organismes bénévoles, centres de jour, ressources d'hébergement

intermédiaires (familles d'accueil par exemple). De plus, on voulait humaniser les centres d'accueil, les ouvrir à la communauté. Ces mesures devaient s'ajouter à divers programmes conçus pour assurer des conditions de vie décentes aux personnes âgées : protection du revenu, logement, droit au travail, gratuité des soins médicaux, etc. (Grandmaison, 1982). Nous verrons cependant que les restrictions budgétaires constituent un obstacle majeur à leur réalisation.

Les restrictions budgétaires ont mené à un rationnement des ressources tel que les mesures envisagées n'ont été réalisées qu'à moitié. La volonté de limiter les places en institution a produit un effet en cascade qui a mené à l'engorgement des autres services par des cas trop lourds pour leurs ressources, les empêchant de se consacrer à la réalisation de leurs propres objectifs. Donnons quelques exemples :

«La table de concertation de la santé et des services sociaux de Laval demande au ministre Thérèse Lavoie-Roux de transformer immédiatement trois centres d'accueil afin d'obtenir 154 lits de soins de longue durée sur son territoire » (Jean-Paul Charbonneau, *La Presse*, 26 janvier 1988).

La situation dans les Centres d'accueil a été décrite de la façon suivante par le directeur de l'Association des Centres d'accueil du Québec : « Dans l'impossibilité absolue de répondre aux besoins d'une clientèle de plus en plus lourde avec les ressources dont ils disposent, plusieurs gestionnaires se trouvent devant un choix odieux : bloquer les admissions ou continuer de couper dans la qualité des services » (Huguette Roberge, *La Presse*, 21 mai 1987).

Les cas refoulés par les autres services aboutissent souvent dans les urgences des Centres hospitaliers de courte durée : « Au début de janvier 1986, 24 centres hospitaliers de soins de courte durée sur les 28 de la région de Montréal (y compris les hôpitaux psychiatriques) dépassaient le seuil autorisé de 10 % de patients de soins prolongés en attente de placement vers les centres hospitaliers de longue durée ou les centres d'accueil » (Renée Rowan, « Les urgences : le Conseil régional prêt à passer à l'action », *Le Devoir*, 21 mars 1986).

Cette situation se répercute doublement sur les services à domicile conçus au départ comme la pièce

maîtresse du maintien à domicile : tout en obtenant une portion congrue des budgets, on cherche à les orienter vers des cas plus lourds. Dans une entrevue récente, Jean-Pierre Bélanger, adjoint à la direction de la fédération des CLSC, se plaignait de cette situation :

« Tout récemment, Mme Lavoie-Roux annonçait un déblocage d'environ 70 millions de dollars étalés sur trois ans, soit à peu près 24 millions par an, dont 17 millions devaient aller aux centres d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées. Seulement 7 millions étaient affectés au maintien à domicile (...) Si l'on considère le maintien à domicile, incluant le support à la famille et aux aidants naturels, comme le pivot de base autour duquel s'articule tout le système de soins et services aux personnes âgées, on pourrait espérer opérer enfin une sorte de renversement de la situation actuelle, on peut songer à de véritables entreprises de prévention sociale » (Hubert de Ravinel, *La Presse*, samedi 21 mai 1988).

Ainsi, par suite des ressources insuffisantes affectées à tous les points de services aux personnes âgées, ces dernières ne reçoivent pas tous les services auxquels elles ont théoriquement droit. A moins que cette rareté des ressources n'aboutisse à une remise en question du principe de l'accessibilité universelle des services aux personnes âgées, tout comme certaines mesures actuelles du gouvernement québécois remettent en question l'accessibilité des jeunes à l'aide sociale... Et dans les deux cas on désigne la famille comme la solution de rechange.

Malgré tout, des services à domicile sont bel et bien dispensés aux personnes âgées au Québec. Avant de poser toute question sur leurs objectifs, il faut rappeler que le premier obstacle à leur réalisation est l'insuffisance des ressources qui y sont affectées. Selon la Fédération des CLSC, ceux-ci ne desservent que la moitié de leur clientèle du maintien à domicile et ce, de façon inégale selon les établissements. Tous leurs efforts ne réussissent pas à parer à l'augmentation des besoins par suite de l'augmentation de la population âgée, de l'alourdissement des besoins et de la restriction des places en institution (Roy, 1986).

L'accès réel aux services dépend des ressources de chaque CLSC. On opère donc une sélection des clientèles en fonction surtout de leurs ressources financières et de la disponibilité d'aide dans leur entourage. Il n'est donc pas étonnant de constater

que les CLSC ne contribuent que pour 2,4 % de l'aide fournie aux personnes âgées à domicile pour rencontrer leurs besoins essentiels (préparation des repas, travaux ménagers légers, toilette personnelle, soins infirmiers à la maison). Quant à l'aide des familles, elle couvre une majorité de ces besoins : dans 61,4 % des cas, elle provient de la personne interviewée et de son conjoint, dans 41,0 % d'autres membres de la famille (les pourcentages ne s'additionnent pas plusieurs réponses étant possibles) (Renaud et al., 1987).

Malgré les services dispensés, l'effort n'est donc pas suffisant. Par exemple, 105 millions de dollars ont été alloués en 1982-1983 (ce montant comprend aide aux organismes bénévoles, aide et soins à domicile et services de jour) mais cela ne représente que 1,5 % du budget du MSSS pour la même année. Pour pouvoir dispenser tous les services à toute la clientèle et pour offrir du soutien à l'entourage, les experts croient qu'il faudrait multiplier ce budget par trois ou quatre (Roy, 1987).

L'impact des services à domicile

Plusieurs recherches publiées ces dernières années permettent de cerner l'impact des services à domicile, du moins dans certaines de leurs dimensions. Nous rappellerons d'abord leurs conclusions les plus importantes pour notre analyse. Par la suite, nous verrons un aspect généralement ignoré : l'impact sur les conditions de vie des aidants en tant que femmes.

Nous avons déjà mentionné l'étude de Béland sur les désirs d'hébergement des personnes âgées et nous avons constaté qu'elles ne désirent pas nécessairement demeurer chez elles. Béland en conclut que les objectifs de favoriser l'autonomie des personnes âgées et de les maintenir à domicile ne sont pas nécessairement compatibles. Selon lui, la politique de maintien à domicile devrait être orientée vers une politique de maintien à l'autonomie. Cela signifie à la fois une recherche d'alternatives multiples au domicile (par exemple : appartements protégés) et le maintien de services à domicile, en élargissant la notion de domicile aux diverses formules d'hébergement. C'est dire que les services actuels ne respectent pas toujours les désirs des personnes âgées et ne réussissent pas à prévenir leur institutionnalisation (Béland, 1982). Il serait peut-être plus réaliste de concevoir ces services comme une ressource

d'appoint quand la personnes âgée reçoit déjà du soutien dans son milieu de vie et non comme une ressource substitutive à l'institutionnalisation pour des personnes ayant des besoins lourds et ne disposant pas d'aide à domicile de leur entourage (Béland, 1985).

Dans un résumé des études publiées sur les services à domicile québécois, Bolduc fait remarquer que les restrictions budgétaires ont notamment pour effet de limiter l'intensité de l'offre de services (en général de courte durée, pendant une ou quelques heures par semaine) et qu'il n'est donc pas étonnant de constater l'impuissance de cette offre à rencontrer les besoins des personnes en perte d'autonomie. Pour parvenir à éviter leur institutionnalisation, il faudrait offrir des services intensifs. Selon lui, les questions centrales à poser sont les suivantes :

« La réduction de l'offre d'hébergement est-elle compensée par une augmentation suffisante des services à domicile? Jusqu'à quel point est-il nécessaire que l'Etat réponde d'une façon ou d'une autre à ces besoins et jusqu'où pouvons-nous compter sur l'entourage? Jusqu'à quel point est-il possible de maintenir des personnes en perte d'autonomie à domicile en leur fournissant des services adéquats et en quantité suffisante? » (Bolduc, 1986, 19).

Il rappelle qu'un comité de travail a répondu à cette question en 1983 : les besoins prioritaires à combler seraient « les besoins impliquant des services à long terme ou fréquents et demandant beaucoup d'heures ou de nature plus spécialisée » (Bolduc, 1986, 21).

Bref, les services actuels ne réussissent ni à combler les besoins des personnes âgées ni à éviter leur institutionnalisation.

Plusieurs intervenants souhaiteraient offrir du soutien aux proches des personnes âgées en perte d'autonomie. Nous avons vu précédemment (cf entrevue de Jean-Pierre Bélanger de la Fédération des CLSC) que la rareté des ressources empêche de fournir un tel soutien de façon systématique. Or, nous avons vu également que l'aide à domicile d'un co-résident (cf recherche de Béland), contribue à diminuer les désirs de quitter le domicile et que la décision d'héberger un parent âgé survient souvent après épuisement des aidants de la famille (Corin, 1987). Ainsi, l'absence ou l'insuffisance de soutien à la famille de la part des services formels mènerait à l'institutionnalisation dans les cas où l'aide repré-

sente pour elle un lourd fardeau. Nous sommes bien loin de la thèse du désengagement des familles...

Il faut donc en conclure que la politique de maintien à domicile, telle qu'appliquée à l'heure actuelle, accroît le fardeau des familles qui aident une personne âgée apparentée. Dans un tel contexte, suggérer que l'Etat doit éviter de supplanter les efforts des familles, que celles-ci doivent être incitées à faire des efforts pour procurer de l'aide, c'est désigner les familles comme bouc émissaire. Loin d'être le principal dispensateur de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, l'Etat québécois n'a même pas réussi à tenir ses promesses. Si les tendances actuelles se maintiennent, il faudrait conclure que l'Etat québécois risque plus de se diriger vers une politique de désengagement que vers une politique de soutien aux familles.

De plus, étant donné que les personnes qui dispensent l'aide familiale sont le plus souvent des femmes et que cette aide s'ajoute aux tâches qu'elles assument déjà dans la famille, il faut conclure que la politique de maintien à domicile se réalise au détriment des femmes (Therrien, 1987).

Les compressions budgétaires pénalisent les femmes en tant que dispensatrices et bénéficiaires des services et en tant que travailleuses rémunérées. En tant que dispensatrices, elles assument une part disproportionnée des tâches et ne reçoivent pas le soutien auxquelles elles auraient droit. En tant que majoritaires parmi les personnes âgées éprouvant les besoins d'aide les plus lourds, les femmes ne reçoivent pas toute l'aide à laquelle elles auraient droit. N'oublions pas que la plupart des femmes de cette génération ont passé une vie entière au foyer à répondre aux besoins des autres. Or, beaucoup se retrouvent, pour cette même raison, parmi les personnes âgées les plus démunies, n'ayant pas contribué à un régime de pension privé. Les femmes sont pénalisées également comme travailleuses parce que la restriction des services alourdit leur charge de travail. De plus, les compressions budgétaires empêchent la création d'emplois dans le secteur de la santé et des services sociaux, secteur très largement féminin (à 73,3 % en 1982) (Therrien, 1987).

Globalement, le mode d'application de la politique de maintien à domicile accroît la division inégale du travail selon les sexes qui prévaut dans notre société, et aggrave les risques pour les femmes de se trouver dans une situation de dépendance. En effet, nous avons vu qu'une situation d'aide trop lourde

mène à l'adoption de l'une ou l'autre des stratégies suivantes : participation au marché du travail réduite, abandon du travail rémunéré, réduction des heures de loisir. La réduction ou l'abandon du travail ne peut que diminuer les chances de s'assurer un revenu décent à la retraite. Quant au choix de restreindre les heures de loisir pour répondre aux exigences du cumul de plusieurs rôles, il représente sans contredit une situation injuste de répartition du travail selon les sexes.

Ce cumul des rôles par les femmes au détriment de leur vie personnelle n'est pas particulier à la situation d'aide aux personnes âgées. Mais le fait qu'elles doivent se charger de la plus grande part de cette aide, faute de soutien des hommes de leur famille ou de soutien des services formels, accentue l'inégalité de la répartition des tâches.

Perspectives d'avenir : plus de besoins et moins d'aidants

Certaines tendances démographiques et sociales permettent de prévoir une augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant de l'aide et une diminution du nombre de personnes dans le réseau familial en mesure de leur procurer une aide gratuite. Voyons les prévisions.

En 1981, on dénombrait au Québec 569 355 personnes âgées de 65 ans et plus, soit 8,8 % de la population totale. Selon les prévisions démographiques, leur proportion dans la population totale se situera entre 13,3 % et 14,4 % en l'an 2006 et leur nombre se situera entre 968 068 et 987 013 (BSQ, 1985). Ainsi, le nombre global des personnes âgées aura presque doublé.

Or, étant donné également la tendance à l'allongement de l'espérance de vie, la proportion de la catégorie des « 75 ans et plus » augmentera parmi la catégorie de « 65 ans et plus ». Pour être plus précis, cette proportion passera de 35,0 % en 1981 à près de 46,3 % en l'an 2006 (BSQ, 1985). Étant donné que les limitations à l'autonomie et les problèmes de santé sont plus importants parmi cette catégorie d'âge, cela se traduira par une demande accrue de services et de désirs d'hébergement en institution.

Ces personnes âgées additionnelles seront plus souvent des femmes. L'augmentation plus marquée de l'espérance de vie parmi les femmes devrait se poursuivre et se traduire ainsi : de 65,5 % des « 80 ans et plus » en 1985, la proportion des femmes dans

cette catégorie devrait atteindre près de 70,5 % en l'an 2006 (BSQ, 1985). Or, les femmes âgées et plus particulièrement les veuves, sont plus pauvres que les hommes dans la même situation (Dulude, 1978). Cette féminisation de la vieillesse se traduit donc par un accroissement des problèmes d'isolement et de revenu. Les femmes âgées sont en effet en général plus pauvres que les hommes parce qu'elles n'ont pas contribué à un régime de retraite (cas des femmes au foyer), ou qu'elles y ont contribué de façon intermittente à cause des interruptions de maternité ou pour prodiguer de l'aide à leur réseau familial. De plus, les emplois auxquels les femmes ont le plus souvent accès comportent moins souvent des cotisations à des régimes de pension, ou, lorsqu'il y en a, le type de poste occupé et les salaires moins élevés donnent lieu à des contributions moins importantes en moyenne que celles des hommes.

Le déclin actuel de la fécondité laisse prévoir une diminution du nombre de personnes en mesure d'apporter de l'aide à l'intérieur du réseau familial aux personnes âgées. Et les aidants seront eux-mêmes plus âgés, c'est-à-dire d'âge moyen et du troisième âge. Ces personnes seront fréquemment elles-mêmes des veuves. Ainsi, les aidants seront moins nombreux et seront eux-mêmes dans une situation où les risques de perte d'autonomie ou de problèmes financiers sont plus nombreux (Brody, 1981).

L'augmentation des divorces produit une tendance toujours plus grande à l'éclatement des familles dont on ne peut prévoir qu'elle va se modifier. Comme les enfants sont plus souvent pris en charge par la mère, les hommes divorcés qui ne se retrouvent pas dans une famille reconstituée courent le risque de ne pas faire partie d'un réseau familial d'entraide lorsqu'ils en éprouveront le besoin. De plus, il est difficile de prévoir comment se comporteront les familles reconstituées à cet égard. Enfin, les chefs de famille monoparentale ne pourront avoir recours à un conjoint et sont plus pauvres : la charge des filles et fils en sera d'autant plus grande.

L'augmentation constante du nombre de personnes seules ou vivant en dehors du contexte familial traditionnel accroît elle aussi la demande de services formels. Les personnes hors-familles sont souvent des veufs ou veuves ou des célibataires et sont en général plus pauvres que celles vivant dans les familles (Therrien, 1987).

Les femmes accroissent constamment leur participation au marché du travail, le plus souvent sans

que cela se traduise par une redistribution sensible des tâches familiales. Rien ne permet de prévoir un changement important de cette tendance. L'accroissement de la participation des femmes au marché du travail les rendra-t-elle moins disponibles pour dispenser de l'aide aux personnes âgées? Les résultats des recherches comparant l'aide fournie par les femmes en emploi à l'aide fournie par les femmes au foyer sont contradictoires. Certains travaux montrent que l'investissement dans certaines tâches ne diminue pas (aide pour magasinage, transport, tâches ménagères, négociations financières ou avec les services, soutien émotionnel) alors que les tâches nécessitant une présence continue (soins personnels, préparation des repas) sont accomplies par une personne payée par la femme en emploi (Brody et al, 1986). D'autres travaux donnent à penser que la disponibilité des femmes envers les personnes âgées est plus réduite lorsqu'elles sont en emploi ou encore lorsqu'elles sont divorcées, séparées ou veuves. Dans ces cas elles doivent faire face à des obligations conflictuelles (Doty, 1986). Est-il possible de compenser le cumul des rôles chez les femmes par une participation accrue des hommes aux tâches familiales? D'après les travaux consultés, rien ne permet d'espérer une augmentation significative de la part des hommes dans ces activités.

Bref, les besoins des personnes âgées sont appelés à croître et l'aide familiale sera moins disponible dans bon nombre de cas. De plus, la féminisation accrue de la population âgée en perte d'autonomie impose une vision globale de la situation qui tienne compte des problèmes spécifiques aux femmes, notamment de la pauvreté occasionnée par la non-compensation des charges familiales et par un marché de l'emploi défavorable aux femmes. Comme les aidants rencontrent aussi des problèmes d'emploi à cause de l'aide fournie et comme ce sont en majorité des femmes, les solutions à certains problèmes dépassent la simple politique de maintien à domicile.

Les solutions possibles pour les aidants

Quelles solutions peuvent être envisagées pour apporter un soutien aux aidants du réseau familial? La réponse à une telle question exigerait à elle seule un article. Contentons-nous de suggérer quelques pistes pour montrer que nous sommes loin d'avoir essayé toutes les possibilités ou encore que nous n'avons

pas mis assez d'efforts dans certaines tentatives de solutions.

Tout d'abord, il ne s'agit pas de remplacer le soutien familial par des services dispensés directement par les organismes gouvernementaux. Les personnes âgées préfèrent l'aide familiale dans beaucoup de cas et les membres de leur famille sont désireux en général de leur apporter une aide adéquate. Il s'agit d'assurer un meilleur partage entre l'Etat et les familles et de fournir des services de soutien aux membres du réseau familial.

En premier lieu, la suggestion de Béland à l'effet de la nécessité de s'orienter vers une politique d'autonomie des personnes âgées est particulièrement importante. Plusieurs solutions ont été envisagées dans ce sens : multiplication des formules d'hébergement non institutionnelles (appartements protégés par exemple), fonds ou aide prodiguée dans l'entretien ou la réparation des maisons des personnes âgées, allocations aux personnes âgées en perte d'autonomie pour leur permettre d'acheter elles-mêmes certains services nécessaires, subventions accrues aux organismes bénévoles, organisation de services d'alerte dans le voisinage, îlots de services légers dans des quartiers urbains où il y a forte densité de personnes âgées, etc. (Bolduc, 1986; Walker, 1987). Ces mesures présentent l'avantage de laisser à la personne âgée la faculté de choisir entre diverses ressources, d'alléger le fardeau des familles.

Par ailleurs, une autre série de mesures peuvent permettre à la famille de compenser pour la charge financière encourue par l'aide, d'obtenir un répit dans l'accomplissement de leurs tâches ou encore d'obtenir une reconnaissance sociale pour le travail accompli. Les suggestions d'ordre financier sont nombreuses : allocations pour acheter des services, allocations aux personnes ayant dû quitter leur travail pour fournir de l'aide et ayant des revenus insuffisants, réduction d'impôts pour personnes ayant à leur charge dans leur propre résidence une personne âgée, allocations aux familles à faible revenu gardant chez elles une personne âgée, rémunération à des membres de la famille qui prennent soin de personnes âgées qui autrement seraient placées en institution, etc. (Doty, 1986; Walker, 1987; Brody et al., 1987). Les services de répit font l'objet de demandes répétées et certains CLSC fournissent de tels services (répit, gardiennage, dépannage); il s'agirait donc d'amplifier ces efforts en leur allouant le budget nécessaire tout en augmentant le nombre des cen-

tres de jour. Par ailleurs, la notion de répit peut comprendre aussi le soutien à un réseau d'entraide pour les aidants et le soutien éducatif en particulier dans les cas où les besoins des personnes âgées appellent des connaissances spécialisées. Enfin, Brody et al. (1987) suggèrent des aménagements du temps de travail pour les aidants en emploi : temps flexible, travail à temps partagé, congés sabbatiques, etc.

Ces suggestions permettraient-elles d'espérer un meilleur partage des tâches entre hommes et femmes? Elles auraient au moins l'avantage, en réduisant la charge financière ou le temps de travail, de créer des conditions où il serait concrètement possible, tant aux hommes qu'aux femmes, d'apporter de l'aide sans cumuler des charges trop lourdes.

Note

1. Comme le mode de présentation des données utilisée dans l'enquête de Renaud et al. ne permet pas de retracer certains renseignements dont nous avons besoin pour notre analyse, nous utiliserons des données d'autres sources pour préciser les caractéristiques des aidants.

Références

- ANDERSON, M., 1982, The relevance of family history in Anderson, M., ed., *Sociology of the Family*, Harmondsworth, Penguin Books, 2^e édition, 33-63.
- BELAND, F., 1982, *Les principaux résultats de l'analyse des désirs d'hébergement de trois échantillons de personnes âgées au Québec*, Gouvernement du Québec, Ministère des Affaires sociales.
- BELAND, F., 1985, Les demandes, les besoins et la planification des services aux personnes âgées, *Service Social*, 34, no. 1, 14-29.
- BERNIER, G., BOILY, R., 1986, *Le Québec en chiffres de 1850 à nos jours*, Montréal, ACFAS.
- BOLDUC, M., 1986, *La politique et les programmes de services à domicile : constats et réflexions évaluatives*, Québec, Service de l'évaluation - Prévention et services communautaires.
- BRODY, E. M., 1981, Women in the middle: and family help to older people, *The Gerontologist*, 21, 471-480.
- BRODY, E. M., 1985, Parent care as a normative family stress, *The Gerontologist*, 25, no. 1, 19-29.
- BRODY, E. M., KLEBAN, M. L., JOHNSEN, P. T., HOFFMAN, C., SCHOONOVER, C. B., 1987, Work status and parent care: a comparison of four groups of women, *The Gerontologist*, 27, no. 2, 201-208.
- BRODY, E. M., SCHOONOVER, C. B., 1986, Patterns of parent care when adult daughters work and when they do not, *The Gerontologist*, 26, no. 4, 372-381.
- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, 1985, *L'avenir démographique du Québec*, Québec.

- BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, 1987, *Les ménages et les familles au Québec*, Les publications du Québec.
- CHARBONNEAU, J.-P., 1988, Laval veut des lits pour des malades nécessitant des soins de longue durée, *La Presse*, 26 janvier.
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, 1984, *Objectif santé*, Québec.
- CORIN, E., 1987, *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse*, Québec, Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux.
- DE RAVINEL, H., 1988, « De nouvelles perspectives sur le maintien des personnes âgées à domicile », *La Presse*, 21 mai.
- DOTY, P., 1986, Family care of the elderly: the role of public policy, *The Milbank Quarterly*, 64, no. 1, 34-73.
- DULUDE, L., 1978, *Viellir au féminin*, Ottawa, Conseil consultatif de la situation de la femme.
- FINCH, J., GROVES, D., ed, 1983, *A Labour of Love: Women Work and Caring*, Londres, Routledge et Kegan Paul.
- GRAHAM, H., 1985, Providers, negociators and mediators: women as the hidden carers, in Lewin, E., Olsen, V., ed., *Women, Health and Healing Toward a new perspective*, New York et Londres, Tavistock, 25-52.
- GRANDMAISON, A., 1982, La désinstitutionnalisation en regard des personnes âgées: un phénomène paradoxal, *Intervention*, no. 64, 12-20.
- HOROWITZ, A., 1985, Sons and daughters as care givers to older parents: differences in role performance and consequences *The Gerontologist*, 25, no. 6, 612-617.
- HOYMAN, N., GONYEA, J., MONTGOMERY, R., 1985, The impact of in-home services termination on family caregivers, *The Gerontologist*, 25, no. 2, 141-145.
- JOBERT, B., 1988, Action publique et solidarité civile: le cas du maintien à domicile des personnes âgées, *Revue internationale d'action communautaire*, 19, no. 59, 89-93.
- JOHNSON, C. L., CATALANO, D. J., 1983, A longitudinal study of family supports to impaired elderly, *The Gerontologist*, 23, no. 6, 612-618.
- LAND, H., 1978, Who cares for the family?, *Journal of Social Policy*, 3, 257-84.
- NETT, E., 1984, *The family and aging in Maureen Baker*, ed., *The Family, Changing Trends in Canada*, Toronto Mc Graw-Hill, Ryerson, 129-161.
- PITROU, A., 1977, Le soutien familial dans la société urbaine, *Revue française de sociologie*, 18, no. 1, 47-84.
- POULSHOCK, S. W., DEIMLING, G.T., 1984, Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden, *Journal of Gerontology*, 39, no. 2, 230-239.
- QURESHI, H., WALKER, A., 1988, *The Caring Relationship*, Londres Routledge et Kegan Paul.
- RENAUD, M., JUTRAS, S., BOUCHARD, P., 1987, *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires*, Québec, Commission d'Enquête sur les Services de santé et les services sociaux.
- ROBERGE, H., 1987, Les centres d'accueil songent à bloquer les admissions, *La Presse*, 21 mai.
- ROSENTHAL, C.J., 1985, Kinkeeping in the familial division of labor, *Journal of Marriage and the Family*, 47, no. 4, 965-974.
- ROWAN, R., 1986, Les urgences: le Conseil régional prêt à passer à l'action, *Le Devoir*, 21 mars, 3.
- ROY, J., 1986, Bilan du maintien à domicile dans les CLSC, I. Problématique des services, Montréal, FCLSC.
- ROY, M., 1987, Dossier « Personnes âgées », Programme de consultation d'experts, Commission d'Enquête sur les Services de santé et les services sociaux.
- SHANAS, E., 1979a, Social myth as hypothesis: the case of the family relations of old people, *The Gerontologist*, 19, no. 1, 3-9.
- SHANAS, E., 1979b, The family as a social support system in old age, *The Gerontologist*, 19, no. 2, 169-174.
- STOLLER, E.P., no. 2, 1983, Parental caregiving by adult children, *Journal of Marriage and the Family*, 45, no. 4, 851-58.
- STOLLER, E. P., 1985, Exchange patterns in the informal support network of the elderly: the impact of reciprocity on morale, *Journal of Marriage and the Family*, 47, 335-48.
- STOLLER, E. P., EARL, L., 1983, Help with activities of everyday life: sources of support for the noninstitutionalized elderly, *The Gerontologist*, 23, no. 1, 64-70.
- STONE, R., CAFFERATA, G. L., SANGI, J., Caregivers of the frail elderly: a national profile, *The Gerontologist*, 27, no. 5, 616-626.
- THERRIEN, R., 1987, *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux*, Québec, Commission d'Enquête sur les Services de santé et les services sociaux.
- THERRIEN, R., COULOMBE-JOLY, L., 1984, *Rapport de l'AFEAS sur la situation des femmes au foyer*, Montréal, Boréal.
- TROLL, L. 1986, ed, *Family Issues in Current Gerontology*, New-York, Springer.
- TROLL, L., MILLER, S.J., ATCHLEY, R.C., 1979, *Families in Later Life*, Belmont, Ca., Wadsworth Publications.
- UNGERSON, C., 1983, Women and caring: skills, tasks and taboos in E. Garmanikov et al, ed., *The Public and the Private*, Londres, Heinemann, 62-77.
- WALKER, A., ed, 1982, *Community Care: The State, the Family and Social Policy*, Oxford, Blackwell.
- WALKER, A., 1987, Le troisième âge et les soins de santé au Canada. Quelques observations inspirées de l'exemple britannique, *Troisième âge et soins de santé*, Conseil économique du Canada, Ottawa, Ministère des approvisionnement et services Canada, 31-45.
- ZAY, N., 1984, Analyse critique des politiques et des institutions québécoises concernant les personnes âgées, *Sociologie et sociétés*, 16, no. 2, 105-118.

SUMMARY

After having shown the importance given to the theme of disengagement of families towards the

elderly in the home care policy, the author proceeds to demonstrate that it is a myth. In fact, several studies shed light on the extent of family networks assisting the elderly as well as the central role played by women. This form of assistance has several repercussions on the life of those offering help and women

are particularly vulnerable in this respect.

The article then underscores the impact of Québec's home care policy on family members offering assistance. Finally, the author questions the future of this policy by emphasizing certain demographic and social trends.