

Article

« L'aide apportée par des tiers et les réactions des aidantes naturelles à la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie »

Andrée Demers, Jean-Pierre Lavoie et Aline Drapeau

Santé mentale au Québec, vol. 17, n° 2, 1992, p. 205-225.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/502078ar>

DOI: 10.7202/502078ar

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



L'aide apportée par des tiers et les réactions des aidantes naturelles à la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie¹

Andrée Demers*
Jean-Pierre Lavoie**
Aline Drapeau***

Cet article s'intéresse à la relation entre, d'une part, l'aide apportée par des tiers et, d'autre part, le fardeau ressenti et la dépression pour les aidantes principales de personnes âgées souffrant de problèmes physiques ou cognitifs. Les auteurs avancent l'hypothèse que le soutien social ne constitue pas une entité homogène et que les différents types d'aide apportée sont susceptibles d'avoir des effets différents sur les réactions adverses à la prise en charge. Les données proviennent d'une étude menée en 1990, dans la région de Montréal, auprès de 159 aidantes co-résidant avec la personne aidée et demandeurs de services de la part du réseau formel et le réseau informel. Les analyses de régression hiérarchique montrent le rôle restreint des variables d'aide apportée par le réseau dans l'explication des niveaux de dépression et de fardeau et confirment l'hypothèse d'un spectre d'action étroit de ces variables.

La prise en charge par le milieu naturel des personnes âgées en perte d'autonomie constitue un enjeu important au plan clinique et social. L'apport de l'environnement social immédiat retarde ou diminue le recours aux soins et services prodigués par le réseau public (Cantor, 1989) et à l'institutionnalisation (Jutras, 1988), améliore la qualité de vie des personnes prises en charge (George, 1987) et constitue une solution acceptable au dilemme du besoin d'aide dans une société qui valorise l'indépendance

* Andrée Demers est chercheure au Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention (GRASP) et rattachée au Département de sociologie de l'Université de Montréal.

** Jean-Pierre Lavoie est chercheur au Département de santé communautaire du Centre Hospitalier Verdun.

*** Au moment de la production de ce travail, Aline Drapeau était attachée de recherche au Département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal.

et l'autonomie (Cantor, 1989). Cependant, des conséquences négatives se manifestent sur la vie quotidienne de l'aidante principale, notamment par l'abandon d'un emploi, la perte d'intimité, la détérioration des relations avec la famille ou l'entourage (Baillie et al., 1988; Corin, 1987). Au plan de la santé physique et psychologique de l'aidante, l'impact négatif se traduit par du stress, de l'anxiété, de la dépression, de l'épuisement ainsi que par l'apparition ou l'aggravation de maladies (Baillie et al., 1988; Barush, 1988). Plusieurs auteurs ont introduit le concept de fardeau pour saisir la réaction subjective de l'aidante à la prise en charge (Zarit et al., 1980; Kosberg et Cairl, 1986; Pearson, 1988).

Les facteurs propres à la situation d'aide expliquent une part importante des conséquences négatives pour l'aidante. Les facteurs le plus souvent identifiées sont les comportements dysfonctionnels de l'aidé et les réactions de l'aidante (Zarit et al., 1986; Deimling et Bass, 1986; Pearson et al., 1988), la détérioration de la santé de l'aidé (Stoller et Publiesci, 1989), la qualité de la relation au sein de la dyade (Kiecolt-Glaser et al., 1988; Shechan et Nuttall, 1988), le niveau d'incapacité de l'aidé dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (Deimling et al., 1989). Ce dernier facteur est toutefois controversé: certaines études ne rapportent aucune association significative entre l'incapacité et le fardeau ou la dépression (Zarit et al., 1986; Drinka et al., 1987); d'autres y voient au contraire l'un des déterminants (Thompson et al., 1990; Pearson et al., 1988). Les réactions de la personne aidante à la prise en charge sont également associées à sa santé (George, 1987; Robinson, 1989), à son sexe (Abel, 1986; Miller, 1987), à la nature du lien aidante/aidé (Zarit et al., 1986; George et Gwyther, 1986) ou au type d'aménagement résidentiel (Cantor, 1983). Par ailleurs, lorsque la nature du lien aidante/aidé est contrôlée selon le type d'arrangement résidentiel, aucune différence significative n'est observée entre la santé des conjoints aidés et celle des enfants aidants (Deimling et al., 1989; Jutras et Lavoie, 1991).

Le soutien à la dyade aidante/aidé est de plus en plus identifié dans les milieux d'intervention comme un facteur venant atténuer les conséquences négatives de la prise en charge. La notion de «soutien à la prise en charge» fait référence à toutes les ressources potentiellement utilisables apportées par d'autres personnes à l'aidé ou à son aidante principale, et qui peuvent engendrer des bénéfices ou des effets adverses pour la santé de cette dernière (Cohen et Syme, 1985). Ce soutien peut être instrumental ou émotif. Il est formel, s'il est dispensé par le réseau public ou par toute autre organisation, ou informel s'il est apporté par le réseau naturel (parenté, amis, voisins ou autres).

Par ailleurs, les résultats des recherches portant sur la relation entre le soutien social et ses effets pour l'aidante, notamment en termes de stress, de

fardeau ressenti ou de dépression, ne confirment pas nécessairement les retombées positives du soutien social. Certains résultats soulèvent même la controverse. Ainsi, le soutien formel, mesuré par la fréquence d'utilisation des services structurés, n'est généralement pas associé à une réduction significative du fardeau (Zarit, 1982; Stommel et al., 1990) ou du stress (Deimling et al., 1989). Le caractère plutôt instrumental de l'aide apportée par ces services ne constituerait pas une réponse aux besoins émotifs de la prise en charge. Les bénéfices du soutien social apporté par les ressources informelles seraient plus perceptibles: la présence des visites à la dyade (Scott et al., 1986), l'implication des autres dans les soins à l'aidé (Stommel et al., 1990), la présence d'un confident (Moritz et al., 1989; Pagel et Becker, 1987) semblent être associées à la réduction du fardeau ou de la dépression. Toutefois, il n'y a pas consensus à cet effet parmi les chercheurs. Les travaux de Robinson (1989), Deimling et al. (1989) et Gilhooly (1984) ne rapportent pas de relations significatives entre les variables de soutien social informel et les conséquences négatives de la prise en charge. Robinson (1989) interprète cette absence de relation par l'attitude négative des épouses face à l'aide, attitude découlant d'une vision subsumant cette responsabilité sous leur responsabilité maritale. Gubrium (1988) met en évidence les interprétations antinomiques que peut susciter la présence du réseau informel: alors que des aidantes déplorent l'absence de leurs amis ou de leur famille pour partager leur responsabilité, d'autres rapportent une exacerbation de leur stress par les contacts avec les autres membres de la famille.

Des études récentes se sont penchées sur la relation plus complexe mettant simultanément en jeu les variables relatives à la situation de prise en charge, les variables de soutien social et les variables de conséquence pour l'aidante. Parmi celles-ci, Robinson (1989) teste le lien entre la santé de l'aidante, le soutien apporté par des tiers et la dépression pour des conjointes aidantes tandis que Deimling et al. (1989) s'intéressent à la relation entre l'incapacité de l'aidé, le soutien et le stress pour un échantillon hétérogène d'aidantes quant au sexe de celles-ci et à la nature du lien avec l'aidé. Malgré ces différences dans les échantillons d'aidantes étudiés, leurs résultats convergent: ces deux études n'observent pas de lien significatif du soutien informel sur les réactions subjectives à la prise en charge des aidantes. L'étude de Moritz et al. (1989), portant sur l'effet médiateur du soutien informel entre l'incapacité cognitive chez l'aidé et la dépression chez l'aidante, corrobore ces résultats lorsque le soutien social est traité par une mesure globale. Ces auteurs constatent toutefois que certaines formes spécifiques de soutien telles la présence d'un confident et le contact avec les amis sont associés à la dépression.

Ces travaux font ressortir la complexité de la relation entre le soutien informel et les réactions subjectives à la prise en charge. En fait, la controverse qui entoure l'impact du soutien social sur les aidantes principales tient en partie à des problèmes conceptuels. En premier lieu, le terme «soutien social» camoufle une hétérogénéité de sens et de mesure, englobant une part plus ou moins large parmi l'ensemble des fonctions remplies par le réseau d'aide et parmi les personnes le composant: tantôt le soutien social fait référence à de l'aide instrumentale, tantôt à des visites ou à un soutien émotif, tantôt il s'agit de l'étendue du réseau mobilisé, tantôt de celle du réseau mobilisable. Pour certains (Fiore et al., 1986; Wethington et Kessler, 1987), c'est davantage la perception subjective du soutien reçu que le soutien lui-même qui constitue un prédicteur de la dépression. Cette absence de consensus dans la manière de définir et de mesurer le concept a été notée par Barrera (1986). Par ailleurs, le soutien social ne saurait être réduit à une définition et à une mesure unique. La difficulté à clarifier le concept reflète en fait le caractère multifacettes du soutien social. Comme le soulignent Litwin et Auslander (1990), le soutien social est un continuum de comportements d'aide provenant d'une variété d'acteurs sociaux. On peut penser, à l'instar de ces auteurs, que les effets associés au soutien social sont multiples. Gallo (1990) insiste pour sa part sur la sur-simplification qu'implique une approche globale du soutien social et sur la nécessité de spécifier quel type de soutien social est en cause.

En second lieu, le concept de fardeau est généralement traité globalement. Les travaux de George (1987) montrent au contraire que les différentes formes que prend le soutien social ont chacune un spectre d'action étroit atténuant certains impacts de la prise en charge et demeurant sans effet sur d'autres. Ainsi, considérant le lien entre le soutien social informel et les différentes dimensions du fardeau subjectif, George (1987) observe des relations significatives mais faibles avec les dimensions du fardeau subjectif relatives aux activités sociales, à la santé mentale et au bien-être subjectif, alors que les dimensions relatives aux questions financières et à la santé physique ne sont pas corrélées au soutien informel. Par ailleurs, cette étude ne distingue pas les différentes dimensions (instrumentales, d'accompagnement et de consultation) composant la mesure du soutien social.

Nos données ne se prêtant pas à un construit fin du soutien social et leur caractère transversal en limitant la portée en termes de causalité, nous ne pouvons ici échapper à ces limites conceptuelles et méthodologiques dans l'étude du soutien social. Nous examinerons dans cet article l'effet de différents types d'aide apportée par des tiers à la dyade aidante-aidé sur différentes dimensions du fardeau ressenti et sur la dépression chez les aidantes principales. Nous faisons l'hypothèse que les différents types

d'aide apportée par des tiers ont un spectre étroit d'action, c'est-à-dire que leurs effets sur les réactions des aidantes à la prise en charge seront perceptibles sur certaines dimensions du fardeau ou de la dépression et pas sur d'autres suivant le type d'aide en cause. Par conséquent, les différents types d'aide ne pourraient se substituer l'un à l'autre. Ils seraient plutôt complémentaires. Pour Gallo (1990), le fardeau ressenti et la dépression sont deux approches alternatives pour mesurer les réactions à la prise en charge. Mais, comme le fardeau est une mesure qui oblige l'aidante à faire le lien avec la prise en charge alors que la dépression est mesurée sans référence à la situation spécifique, Stommel et al. (1990) remettent en cause cette équivalence. Selon eux, la dépression et le fardeau réagiraient différemment à la prise en charge. Le fardeau serait plus sensible aux aléas quotidiens, alors que la dépression serait un phénomène cumulatif, moins fluctuant.

Les relations entre la nature de l'aide, d'une part, et la dépression et le fardeau, d'autre part, seront contrôlées selon les caractéristiques socio-démographiques de la dyade aidante principale/aidé, la situation d'aide définie par les besoins et les comportements de la personne aidée et l'implication de l'aidante aux soins à l'aidé. L'aide considérée est celle apportée à la dyade, par le réseau formel ou informel, puisque comme le constate George (1987), il est souvent difficile de distinguer si le soutien est destiné à l'aidante principale ou à l'aidé dans la mesure où l'effet d'un service à l'un se répercute sur l'autre membre de la dyade.

Méthodes

Les données proviennent d'une enquête réalisée en 1990, dans la région métropolitaine de Montréal, dans le cadre d'un projet d'évaluation des effets d'ateliers de soutien sur le fardeau ressenti par les personnes du réseau naturel qui supportent à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces aidantes (hommes et femmes) ont été recrutées par l'intermédiaire de 15 Centres locaux de services communautaires (CLSC) et un centre communautaire. Bien que connues des organismes, les aidantes n'étaient pas nécessairement clientes au moment du recrutement. Malgré tout, l'échantillon est essentiellement composé de demandeurs de services de la part du réseau formel. Pour participer à l'enquête, les aidantes devaient apporter une aide quotidienne depuis 6 mois et plus à un aidé âgé de 50 ans et plus. Des 250 sujets admissibles sollicités, 181 ont accepté de participer à l'enquête, pour un taux de réponse de 72,4 %. Les analyses présentées ici portent uniquement sur les aidantes cohabitant avec la personne aidée, soit 159 sujets.

Deux instruments de mesure ont été utilisés pour mesurer la réaction de l'aidante à la prise en charge: le Burden Interview (BI) de Zarit et al. (1985) et le Generalized Contentment Scale (GCS) développé par Hudson (1982). Pour chaque instrument nous avons procédé à des analyses de fiabilité. Les items ayant très peu de variance, et donc n'apportant pas de précision à l'instrument, ou corrélant négativement avec le score global, et donc ne décrivant pas le même construit, ont été retirés. Des analyses factorielles par composantes principales avec rotations varimax ont été réalisées pour identifier les différentes dimensions mesurées par chaque instrument, tout en maximisant la variance expliquée.

Le Burden Interview (BI) mesure le fardeau ressenti par l'aidante. Il vise à déterminer dans quelle mesure les aidantes perçoivent que différents aspects de leur vie sont influencés par leur implication auprès de l'aidé. Quatre des 22 items du BI ont été éliminés suite à l'analyse de fiabilité. Ainsi modifié, le BI présente une bonne consistance interne (α de Cronbach de 0,89). Le score moyen de fardeau ressenti s'établit à 21,5 (e.t. = 13,2) pour un maximum possible de 72. L'analyse factorielle permet d'identifier trois dimensions du fardeau: le fardeau lié au sentiment de surcharge (6 items, = 7,5; e.t. = 5,8), le fardeau lié au contrôle que l'aidante exerce sur sa vie personnelle et sociale (7 items, = 11,4; e.t. = 6,4), et le fardeau lié à l'engagement que ressent l'aidante envers l'aidé (5 items, = 2,7; e.t. = 3,1). Ces dimensions correspondent à celles identifiées par Zarit et al., (1985), exception faite de la dimension financière qui a été retirée de l'instrument à cause du manque de variance. En contexte québécois, où les services de santé sont gratuits, cette dimension du fardeau n'apparaît pas.

Le Generalized Contentment Scale (GCS) vise à mesurer la sévérité du niveau de dépression non psychotique chez l'aidante. Cet instrument est composé de 25 items. Trois des 25 items ont été retirés suite aux analyses de fiabilité. Ainsi modifié, l'instrument présente une bonne consistance interne (α de Cronbach de 0,89). Le score moyen de dépression pour notre échantillon est de 34,6 (e.t. = 17,4) sur un score maximum possible de 100. Ce score paraît élevé, Hudson (1982) retenait un seuil critique de 30 comme indicateur de dépression. L'analyse factorielle confirme l'unidimensionalité de l'instrument tel que prévu par son concepteur.

Le score de chacune des trois dimensions du fardeau et le score total de dépression seront utilisés comme variables dépendantes. Le tableau 1 présente les coefficients de corrélations entre ces 4 variables. Ceux-ci gravitent autour de 0,5, ce qui permet de supposer que ces variables mesurent des aspects distincts mais complémentaires. Toutefois, le coefficient de 0,7 entre le fardeau relatif au sentiment de surcharge et celui relatif au contrôle de la vie personnelle et sociale peut questionner la distinction conceptuelle qui est faite entre ces deux dimensions.

Tableau 1
Coefficients de corrélation de Pearson entre les dimensions du fardeau et le niveau de dépression (n = 159)

	Fardeau relatif		
	à l'engagement	au sentiment de surcharge	à la vie sociale
Dépression	0,5530	0,5389	0,4700
Fardeau relatif à l'engagement	0,5211		0,5053
Fardeau relatif au sentiment de surcharge			0,7009

La situation de prise en charge a été mesurée par deux instruments: le Memory and Behavior Problems Checklist (Zarit et al., 1985) et le Rapid Disability Rating Scale (RDRS) conçu par Linn et Linn (1982). Ces instruments ont été soumis à la procédure d'analyse de fiabilité décrite précédemment. Deux variables complètent ces instruments. La première est une variable ordinaire indiquant si l'aidé peut demeurer seul à la maison «toute la journée», «une demi-journée», «moins de 2 heures» ou jamais; 28,3 % des aidés ne peuvent jamais rester seuls. La deuxième est une variable dichotomique indiquant si l'aidante apporte ou n'apporte pas de soutien sous forme de soins personnels à l'aidé; 36,5 % des aidantes prodiguent des soins à la personne aidée.

Le Memory and Behavior Problems Checklist mesure la fréquence des comportements dysfonctionnels des aidés. Sept des 27 items prévus par Zarit et al. (1985) ont été retirés suite aux analyses de fiabilité de l'instrument à cause de leur manque de variance. L'instrument ainsi modifié présente une bonne consistance interne (α de Cronbach de 0,83). L'analyse factorielle a permis d'identifier cinq dimensions de comportements dysfonctionnels: les comportements agressifs (5 items); la confusion (5 items); les problèmes d'orientation (4 items); l'hygiène personnelle (3 items); la rupture avec la réalité (2 items). Les scores moyens sur chacune de ces dimensions se retrouvent au tableau 2. Les personnes aidées de notre échantillon présentent peu de comportements dysfonctionnels.

Le deuxième instrument, le Rapid Disability Rating Scale (RDRS) a été conçu par Linn et Linn (1982) et mesure l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, les capacités fonctionnelles et l'état mental de la personne âgée. Deux des 18 items initiaux ont été retirés suite à l'analyse de fiabilité. L'instrument ainsi modifié présente une bonne consistance interne (α de Cronbach de 0,80). L'analyse factorielle confirme les trois dimensions prévues au RDRS. Le score moyen au RDRS est de 36,6 (e.t. = 7,9) (sur un maximum possible de 64). À titre indicatif, ce score correspond à celui observé par Linn et Linn (1982) chez des personnes en centre d'hébergement.

Les variables socio-démographiques considérées dans l'analyse sont: l'âge de l'aidante, l'âge de l'aidé et le revenu annuel du ménage avant impôts, le nombre de personnes dans le ménage en sus de l'aidante, le sexe de l'aidante, le sexe de l'aidé, la nature du lien aidante/aidé (conjoint ou autre), le statut d'emploi de l'aidante (occupe ou non un emploi à temps plein ou partiel) et la scolarité relative de l'aidante. Les quatre premières sont des variables continues, les cinq autres sont dichotomiques. La signification de la scolarité variant selon la génération, chaque individu a été positionné par rapport à la scolarité médiane de son groupe d'âge (1 = scolarité supérieure au groupe de référence). Trois groupes d'âge ont été considérés: 45 ans ou moins, entre 46 et 64 ans et 65 ans et plus. Les scolarités médianes de ces groupes sont respectivement de 12 ans, 10 ans et 9 ans. Le tableau 2 présente l'échantillon en fonction de ces caractéristiques socio-démographiques et des caractéristiques de la prise en charge.

L'aide apportée à la dyade par le réseau informel a été mesurée par 3 questions. La première porte sur la disponibilité d'aide en cas d'urgence (*y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e)?*); 71,1 % des répondants rapportent disposer de ce type d'aide. La seconde question concerne la présence d'un confident (*y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes?*); 71,1 % déclarent avoir un confident. La troisième question est une question ouverte sur l'apport du réseau informel (*pouvez-vous me dire quelles sont les autres personnes qui aident [nom de la personne aidée] ou qui vous aident, ce qu'elles font et à quelle fréquence?*). Seulement 28,3 % (n = 46) des répondants ont répondu positivement à cette dernière question. Compte tenu du petit nombre de répondants rapportant recevoir de l'aide du réseau informel, uniquement le type d'aide reçue est considéré dans l'analyse. À partir des réponses à cette troisième question, trois variables dichotomiques portant chacune sur un type d'aide ont été créées: l'une porte sur l'aide instrumentale, l'autre sur l'accompagnement de l'aidé dans ses sorties à l'extérieur du domicile (ex.: courses, visites médicales, visites amicales) et la dernière sur les soins personnels à l'aidé. Le tableau 3 présente l'échantillon en fonction du type d'aide reçue.

L'aide apportée par le réseau formel a été mesurée par une série de questions fermées portant sur les services reçus. Six des questions concernent les services à domicile: le gardiennage, l'aide à domicile (entretien ménager, bain, repas,...), les soins infirmiers, les services médicaux, les autres services de santé, les services sociaux. La septième question porte sur la fréquentation d'un centre de jour par l'aidé. À partir des réponses à ces questions nous avons créé sept variables dichotomiques, selon que la dyade reçoit ou non les services énumérés.

Tableau 2
Caractéristiques de l'échantillon (n=159)

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	
Aidante	
— âge moyen	64 ans
— % de femmes	76,1 %
— scolarité médiane par groupe d'âge:	
• moins de 45 ans (n=9)	12,0 ans
• entre 46 et 64 ans (n=67)	10,0 ans
• plus de 65 ans (n=81)	9,0 ans
— % en emploi (à temps plein ou partiel)	15,7 %
Aidé	
— âge moyen	74,7 ans
— % de femmes	52,2 %
Dyade aidante/aidé	
— lien aidante/aidé:	
• % conjoint	61,6 %
• % enfant	27,7 %
• % autre	10,7 %
— % des ménages composés uniquement de la dyade	69,8 %
— revenu annuel médian avant impôts	17 500 \$
CARACTÉRISTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE	
Comportements dérangeants de l'aidé	
	Moyenne
Score total	18,1 (80)*
— problèmes d'agressivité	3,5 (20)
— problèmes d'orientation	6,1 (24)
— problèmes d'hygiène	4,9 (12)
— problèmes de confusion	2,0 (16)
— problèmes de rupture avec le présent	1,6 (8)
Niveau d'incapacité de l'aidé	
	Moyenne
Score total	36,5 (64)
— autonomie dans les activités de la vie quotidienne	21,4 (32)
— incapacité fonctionnelle	11,7 (24)
— incapacité cognitive	3,5 (8)

* Les scores entre parenthèses sont les scores maximums possibles.

Afin de sélectionner les variables associées respectivement aux niveaux de dépression et des trois dimensions du fardeau, nous avons procédé à quatre analyses de régression hiérarchique. Cette procédure s'est avérée nécessaire à cause du grand nombre de variables indépendantes considérées.

Tableau 3

Proportion des répondants rapportant recevoir de l'aide selon le type de l'aide reçue (n = 159)

Type d'aide	%
Réseau informel	
Confident disponible	71,1
Aide en cas d'urgence	71,1
Accompagnement de l'aidé	17,6
Aide instrumentale	10,7
Soins personnels à l'aidé	10,7
Réseau formel	
Gardiennage	30,2
Aide	60,4
Soins infirmiers	40,3
Soins médicaux	56,0
Autres soins de santé	10,7
Services sociaux	10,1
Centre de jour	32,1

Pour chacune de ces analyses, trois blocs de variables indépendantes ont été soumis successivement. Le premier bloc est composé des neuf variables socio-démographiques; le deuxième, des dix variables décrivant la prise en charge; le troisième, des douze variables décrivant le soutien formel et informel apporté à la dyade aidante/aidé. La méthode pas-à-pas («step-wise») a été utilisée pour la sélection des variables à chaque étape de la régression hiérarchique. Les variables sélectionnées ont été resoumises à l'étape subséquente. L'adéquation des modèles retenus à nos données a été évaluée selon trois critères: l'évolution de la variance expliquée et la stabilité des coefficients de régression à l'introduction de nouvelles variables, et la distribution des résidus standardisés.

Résultats

Le tableau 4 présente les scores moyens de dépression et de fardeau ressenti par l'aidante selon que la dyade reçoit ou non certains types d'aide. Les analyses bivariées (t-test) révèlent peu de différences significatives: dans l'ensemble, sauf quelques exceptions, les niveaux de fardeau ressenti ou de dépression ne semblent pas associés au fait de recevoir ou non certains types d'aide. En ce qui concerne l'aide apportée par le réseau informel, un seul type d'aide fait exception: le sentiment de pouvoir recevoir de l'aide en

cas d'urgence. Les scores moyens de dépression et de fardeau relatif au sentiment de surcharge de l'aidante et au contrôle de sa vie personnelle et sociale sont significativement plus faibles lorsque la dyade dispose de cette forme d'aide. Toutefois les scores moyens de fardeau relatif à l'engagement de l'aidante ne sont pas significativement différents. L'aide apportée par le réseau formel est associée à des scores moyens de dépression ou de fardeau significativement différents pour trois types d'aide: le fardeau relatif à l'engagement est moindre lorsque la dyade reçoit des services d'aide tels l'entretien ménager, le bain de l'aidé, les repas; le fardeau relatif au sentiment de surcharge de l'aidante et celui relatif à sa vie sociale sont moindres lorsque l'aidé reçoit des services de soins infirmiers; enfin, et ce qui *a priori* peut sembler paradoxal, les scores de dépression et de fardeau de l'aidante sont plus élevés lorsque l'aidé fréquente un centre de jour. Compte tenu du nombre de t-tests effectués sans appliquer la correction de Bonferroni, ces résultats sont purement exploratoires.

Les analyses de régression hiérarchique précisent les relations entre les variables d'aide et les réactions à la prise en charge lorsque les caractéristiques socio-démographiques et les caractéristiques de la situation de prise en charge sont contrôlées. Les modèles de régression obtenus pour chacune des variables dépendantes ajustent bien nos données: les bêtas associés aux variables indépendantes sont relativement stables malgré l'introduction de nouvelles variables; les variables indépendantes ne souffrent pas de multicolinéarité importante; de plus, les résidus standardisés obéissent à une distribution normale bien que les valeurs prédites tendent à sur-évaluer les valeurs observées faibles et à sous-évaluer les valeurs observées élevées. Le tableau 5 présente le modèle final de chacune des analyses de régression. On peut y constater, d'une part, que les variables soumises à l'analyse expliquent mieux les différentes dimensions du fardeau (30 % à 36 % de la variance expliquée) que la dépression (23 % de la variance expliquée) et, d'autre part, que l'ensemble des prédicteurs qui se qualifient est différent pour chacun des modèles.

Les variables socio-démographiques explicatives de la dépression sont l'âge de l'aidante et le lien aidante-aidé: plus les aidantes sont âgées moins leur score de dépression serait élevé; les conjoints auraient tendance à être plus dépressifs que d'autres aidantes. Par ailleurs, ces deux variables socio-démographiques ne prédisent pas le fardeau. Pour le fardeau relatif au sentiment de surcharge et pour celui relatif au sentiment de contrôle de sa vie personnelle et sociale, l'ensemble de prédicteurs socio-démographiques est le même: une scolarité supérieure à la médiane et le fait d'aider une femme sont associés à une augmentation de ces deux scores de fardeau, tandis que le fait d'être une femme aidante plutôt qu'un homme les réduit. La dimension du fardeau relatif à l'engagement de l'aidante se distingue des

Tableau 4
Comparaison des moyennes des variables dépendantes selon que
l'aidante reçoit ou non du soutien social

Type de soutien		(n = 159) %	Dépres- sion (100)***	Bien- être (24)	Fardeau	
					Vie sociale (28)	Enga- gement (20)
Soutien informel						
— confident disponible	oui	71,1	33,2	7,6	11,0	3,0
	non	28,9	37,5	7,3	12,3	2,2
— aide en cas d'urgence	oui	71,1	31,4**	6,7**	10,6*	2,4
	non	28,9	42,0	9,5	13,3	3,5
• accompagnement	oui	17,6	30,7	7,5	10,7	2,6
	non	82,4	35,1	7,5	11,5	2,7
• instrumental	oui	10,7	32,9	5,2	8,9	2,6
	non	89,3	34,5	7,8	11,6	2,7
• soins	oui	10,7	36,2	6,6	9,2	2,4
	non	89,3	34,1	7,6	11,6	2,8
Soutien formel						
— À domicile:						
	• gardiennage	oui	30,2	31,2	8,1	11,4
	non	69,8	35,7	7,2	11,3	2,6
• aide	oui	60,4	33,1	7,2	10,9	2,3*
	non	39,6	36,2	8,0	11,9	3,3
• soins infirmiers	oui	40,3	35,2	6,3*	9,8*	2,6
	non	59,7	33,8	8,3	12,4	2,8
• soins médicaux	oui	56,0	33,5	7,1	10,4*	2,3
	non	44,0	35,5	8,0	12,5	3,3
• autres soins de santé	oui	10,7	30,6	9,0	10,9	3,1
	non	89,3	34,8	7,3	11,4	2,7
• services sociaux	oui	10,1	36,0	9,8	12,8	3,4
	non	89,9	34,2	7,2	11,2	2,6
— Centre de jour	oui	32,1	39,6**	9,7**	13,3**	3,4
	non	67,9	31,9	6,4	10,4	2,4

* p <05, sans la correction de Bonferroni.

** p <01, sans la correction de Bonferroni.

*** Les scores entre parenthèses sont les scores maximums possibles.

deux précédentes. Le seul prédicteur socio-démographique qui lui est associé est le fait d'être en emploi ou aux études, c'est-à-dire d'avoir une activité régulière et engageante autre que celle d'aidante. Toutefois, la valeur prédictive de cette variable est faible (bêta standardisé = .14). Les variables socio-démographiques expliquent une proportion non négligeable de la

variance sur les dimensions du fardeau relatives au sentiment de surcharge et à la vie sociale (respectivement $R^2 = 19\%$ et 16%). La contribution de ces variables est beaucoup plus modeste pour expliquer la variance observée sur le fardeau relatif à l'engagement et sur la dépression (respectivement $R^2 = 3\%$ et 7%).

Tableau 5
Résultats des analyses de régression hiérarchique

	Beta	Beta stan- dardisé	R ²	Augmen- tation du R ²	p (F)
Dépression					
— âge de l'aidante	-0,39	-,27	,04	,04	,02
— lien aidante/aidé	5,63	,16	,07	,03	,01
— problèmes d'agressivité	1,01	,24	,15	,08	,0000
— aide en cas d'urgence	-8,52	-,22	,21	,06	,0000
— centre de jour	5,44	,15	,23	,02	,0000
Fardeau relatif au sentiment de surcharge					
— scolarité relative	3,71	,32	,07	,07	,0011
— sexe de l'aidé	2,24	,32	,15	,08	,0000
— sexe de l'aidante	-1,18	-,17	,19	,04	,0000
— problèmes d'agressivité	0,36	,26	,27	,08	,0000
— centre de jour	2,26	,18	,30	,03	,0000
Fardeau relatif au contrôle de sa vie personnelle et sociale					
— scolarité relative	3,58	,28	,07	,07	,0020
— sexe de l'aidé	2,45	,32	,10	,03	,0006
— sexe de l'aidante	-1,97	-,25	,16	,06	,0000
— problèmes d'agressivité	0,46	,30	,28	,12	,0000
— problèmes d'orientation	0,17	,15	,30	,02	,0000
— soins infirmiers	-2,35	-,18	,33	,03	,0000
— confident disponible	-2,41	-,17	,36	,03	,0000
Fardeau relatif à l'engagement					
— occupation	1,21	,14	,03	,03	,0448
— problèmes d'agressivité	0,34	,46	,30	,27	,0000
— incapacité cognitive	0,35	,18	,32	,02	,0000
— service d'aide	-0,90	-,15	,34	,02	,0000

1. Les personnes aidantes étant majoritairement des femmes, nous avons utilisé le féminin de préférence au masculin.
2. Dans une perspective évaluative, l'échantillon était composé d'un groupe expérimental participant aux ateliers de soutien et d'un groupe témoin. Uniquement les données recueillies avant l'intervention sont utilisées ici. Les deux groupes ne présentaient pas de différences significatives sur les principales variables étudiées.

L'introduction des variables relatives à la situation de prise en charge permet d'accroître de manière importante la proportion de la variance expliquée pour chacun des modèles. Toutefois, peu de variables sont retenues. La variable «comportements agressifs», qui est une des dimensions des comportements dysfonctionnels, apparaît pour les 4 modèles et se retrouve parmi les prédicteurs les plus importants, sinon le plus important. Les autres variables de situation de prise en charge qui se qualifient ont un spectre d'action étroit, n'affectant qu'une ou l'autre des variables dépendantes, et présentent des bêta standardisés beaucoup plus faible. Ces variables sont: le niveau d'incapacité au plan cognitif, prédicteur du fardeau relatif à l'engagement de l'aidante; les comportements de perte d'orientation, prédicteurs du fardeau relatif à la perte de contrôle sur sa vie. L'introduction de ces variables permet d'augmenter considérablement la variance expliquée notamment en ce qui concerne les dimensions du fardeau et tout particulièrement le fardeau relatif à l'engagement.

Les variables d'aide s'ajoutent à celles précédemment identifiées sans en modifier significativement le poids relatif. Les variables statistiquement sélectionnées varient de manière importante selon la variable dépendante considérée. Les bêta de ces variables d'aide sont négatifs, sauf en ce qui concerne la variable de fréquentation d'un centre de jour. C'est dire que l'aide apportée à la dyade est généralement associée à des scores de fardeau ou de dépression moins élevés comparativement à ceux qui ne reçoivent pas d'aide. Toutefois, les différentes formes d'aide ne prédisent pas indifféremment les réactions de l'aidante à la prise en charge. Ainsi, le sentiment de pouvoir disposer d'aide en cas d'urgence est en relation avec le score de dépression; les services d'aide (entretien ménager, bain, repas,...) prédisent le fardeau relatif à l'engagement; la présence d'un confident et le fait que l'aidé reçoive des soins infirmiers réduisent le fardeau relatif à la vie sociale. Aucune des variables d'aide n'est associée à une variation du fardeau relatif au sentiment de surcharge.

La fréquentation d'un centre de jour par l'aidé joue comme prédicteur du score de dépression et du score de fardeau relatif au sentiment de surcharge. Toutefois, contrairement aux autres types d'aide apportée par le réseau informel ou le réseau formel, cette variable présente un bêta positif, c'est-à-dire que la fréquentation d'un centre de jour est associée à des scores plus élevés de dépression et de sentiment de surcharge. Toutefois, et ce à l'instar des autres variables d'aide, l'introduction de cette variable contribue à augmenter de manière très marginale le pourcentage de la variance expliquée par le modèle.

Discussion

Ces résultats montrent l'impact doublement limité de l'aide par des tiers sur les réactions subjectives des aidantes à la prise en charge. D'une

part, bien que ces associations soient statistiquement significatives, l'aide apportée par des tiers ne contribue que très marginalement à expliquer les réactions négatives des aidantes à la prise en charge. Les variables d'aide présentent des coefficients bêta standardisés faibles et l'introduction de ces variables ne permet pas d'augmenter de façon importante les pourcentages de variance expliquée. Les répercussions négatives de la prise en charge apparaissent comme essentiellement expliquées par les caractéristiques de la prise en charge, notamment par les comportements agressifs de l'aidé, et par certaines caractéristiques socio-démographiques de l'aidante et de l'aidé. La dépression est toutefois moins associée à la situation de prise en charge que les dimensions du fardeau. D'autre part, et confirmant en cela notre hypothèse de départ, les divers types d'aide n'ont pas un effet global et indistinct: tous les types d'aide ne sont pas associés au fardeau ou à la dépression et aucun des types d'aide considérés ne marque ses effets sur tous les aspects des réactions des aidantes à la prise en charge. Ils sont chacun associés à une seule dimension: l'aide en cas d'urgence l'est à la dépression; la présence d'un confident et les services de soins infirmiers le sont au fardeau relatif à la vie personnelle et sociale; les services d'aide le sont au fardeau relatif à l'engagement. Ce résultat attire l'attention sur la complémentarité des aides apportées.

Ces résultats sont en soi peu étonnants. Ils vont dans le même sens que ceux rapportés par George (1987) qui constate à la fois le spectre d'action étroit des différentes formes de soutien social et leur impact relativement faible sur les réactions à la prise en charge des aidantes. Ils participent par ailleurs à nourrir la controverse quant aux relations entre le soutien formel et informel et les conséquences négatives de la prise en charge pour l'aidante. Sans constater à l'instar de Zarit (1982), Stommel et al. (1990) ou Deimling et al. (1989) une absence d'association entre le soutien formel et les conséquences de la prise en charge pour l'aidante, la faiblesse des relations et l'impact limité de ces types d'aide à certaines dimensions spécifiques du fardeau nous portent à partager leur conclusion à l'effet que l'aide apportée par les services formels ne constitueraient pas une réponse aux besoins émotifs de la prise en charge.

Différentes hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces résultats. En premier lieu, le peu d'aide rapportée du réseau informel nous a amenés à choisir une mesure très brute de l'aide, limitée à la nature de l'aide apportée et à la présence ou l'absence de celle-ci, sans considération de sa quantité, sa qualité ou de la perception subjective qu'en a l'aidante. Ces problèmes de mesure ont très probablement camouflé une partie des retombées positives du soutien reçu pour les aidantes. Malgré tout, de nombreux travaux utilisant des mesures plus fines constatent également l'absence de relation entre le soutien social et les réactions de l'aidante à la prise en charge (Stommel et al., 1990; Robinson, 1989; Deimling et al., 1989).

En second lieu, notre échantillon a été constitué avec la collaboration des agences locales dispensant la majorité des services formels pour le maintien à domicile des personnes âgées. Il s'agit donc d'un échantillon d'aidantes demandeuses de services et ayant vraisemblablement des besoins importants d'aide. Par conséquent, il est possible que ces répondantes aient systématiquement sous-déclaré, voire même non déclaré, l'aide reçue du réseau informel de crainte de se voir limiter l'accès aux services formels. Ce problème de mesure a été soulevé notamment par Bulmer (1987) et a été constaté en contexte québécois par Lesemann et Chaume (1989). En contrepartie, il est possible que ces aidantes reçoivent effectivement peu de soutien de la part de leur réseau informel. Barrera (1986) avançait la possibilité que la présence d'un problème grave ou de longue durée pouvait démobiliiser le réseau social. À titre exploratoire, nous avons comparé les scores moyens (t-test) des comportements agressifs chez les aidés selon que les dyades rapportent recevoir ou non de l'aide du réseau informel. Aucune différence significative n'est trouvée en ce qui concerne la disponibilité d'aide en cas d'urgence, la présence d'un confident ou l'accompagnement de l'aidé par une aidante secondaire. Par ailleurs, les scores de comportements agressifs sont plus faibles chez les aidés qui reçoivent de l'aide instrumentale ou des soins personnels de la part d'aidantes secondaires. Ceci pourrait être le reflet d'un désengagement des tiers aidants lorsque la situation devient plus difficile.

En troisième lieu, on ne peut exclure l'hypothèse d'une relation réciproque entre l'aide et les réactions négatives à la prise en charge: plus le niveau de fardeau ressenti ou de dépression serait élevé, plus le réseau offrirait de soutien à l'aidante principale. Bref, on serait devant le dilemme de la poule ou de l'œuf. Cette circularité camouflerait alors les effets de l'aide. Toutefois, cette hypothèse semble peu probable compte tenu du faible niveau d'aide apportée aux aidantes principales par leur réseau informel, notamment lorsque les aidés présentent des comportements agressifs.

Un des résultats étonnants de cette étude est le coefficient positif d'association entre la fréquentation d'un centre de jour par l'aidé et les scores de dépression et de fardeau relatif au sentiment de surcharge. À moins de penser que la fréquentation d'un centre de jour constitue un facteur aggravant, il est bien évident qu'il s'agit d'une relation fallacieuse: soit que ces deux variables sont les effets d'une ou d'un ensemble de tierces variables relatives à la situation de prise en charge; soit que, conformément à l'affirmation courante de la littérature gérontologique (Horowitz, 1985; Stephens et Christianson, 1986), la relation est inversée et c'est le fardeau ressenti ou la présence de symptômes dépressifs qui détermine l'accès aux services formels.

Conclusion

Quelle que soit l'explication de ces résultats à retenir, on ne peut se dispenser ici de pousser plus loin et de s'interroger sur l'accès à l'aide du réseau formel: celui-ci ne serait-il accessible que lorsque les aidantes ont atteint un seuil critique de dépression ou de fardeau? que lorsque le réseau informel démissionne ou est absent? Les travaux récents de Miller et McFall (1991) confirment le rôle du fardeau comme prédicteur du recours aux services formels en combinaison avec d'autres facteurs tels les besoins élevés de la personne aidée et un réseau de soutien informel restreint. Toutefois, l'enchaînement causal entre ces différents déterminants du recours ou de l'accès à l'aide formelle demeure mal connu.

Enfin, il ne faudrait pas penser qu'apporter un type d'aide constitue une panacée à toutes les réactions négatives des aidantes à la prise en charge. Chaque type d'aide a une action très localisée et aussi très limitée.

NOTE

1. Cette recherche a été subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et par le Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain, ministère de la Santé et des services sociaux.

RÉFÉRENCES

- ABEL, E.K., 1986, Adult daughters and care for the elderly, *Women Studies*, 12, n° 3, 479-497.
- BAILLIE, V., NORBECK, J.S., BARNES, L.E.A., 1988, Stress, social support and psychological distress of family care givers of the elderly, *Nursing Research*, 37, n° 4, 217-222.
- BARRERA, M. Jr., 1986, Distinctions between social support concepts, measures and models, *American Journal of Community Psychology*, 14, n° 4, 413-445.
- BARUSCH, A.S., 1988, Problems and coping strategies of elderly spouse caregivers, *The Gerontologist*, 28, n° 5, 677-685.
- BULMER, M., 1987, Privacy and confidentiality as obstacles to interweaving, Journal and informal social care: The boundaries of the private realm, *Journal of Voluntary Action Research*, 16, 112-125.
- CANTOR, M.H., 1983, Strain among caregivers: A study of experience in the United States, *The Gerontologist*, 23, n° 6, 597-604.
- CANTOR, M.H., 1989, Social Care: Family and community support systems, *The Annals of American Academy of Political and Social Science*, 503, 99-112.
- CLIPP, E.C., GEORGE, L.K., 1990, Caregiver needs and pattern of social support, *Journal of Gerontology*, 45, n° 3, 5102-111.

- COHEN, S., SYME, S.L., 1985, Issues in the study and application of social support, in Cohen, S., Syme, S.L., eds., *Social Support and Health*, San Diego, C.A., Academic Press, 3-20.
- CORIN, E., 1987, *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse*, Commission d'enquête sur les Services de santé et les Services sociaux, Québec, Publications du Québec.
- DEIMLING, G.T., BASS, D.M., 1986, Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers, *Journal of Gerontology*, 41, n° 6, 778-784.
- DEIMLING, G.T., BASS, D.M., TOWNSEND, A.L., NOELKER, L.S., 1989, Care-related stress: A comparison of spouse and adult-child caregivers in shared and separate households, *Journal of Aging and Health*, 1, n° 1, 67-82.
- DRINKA, T.J.K., SMITH, J.C., DRINKA, P.J., 1987, Correlates of depression and burden for informal caregivers of patients in a geriatrics referral clinic, *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, n° 6, 522-525.
- FIORE, J., BECKER, J., COPPEL, D.B., 1983, Social network interactions: A buffer or a stress, *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-439.
- GALLO, J.J., 1990, The effect of social support on depression in caregivers of the elderly, *The Journal of Family Practice*, 30, n° 4, 430-436.
- GEORGE, L.K., 1987, Easing caregiver burden: The role of informal and formal supports, in Ward, R.A., Tobin, S.S., eds. *Health in Aging; Sociological Issues and Policy Directions*, New York, Springer Publishing Company, 133-158.
- GEORGE, L.K., GWYTHYR, L.P., 1986, Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults, *The Gerontologist*, 26, 253-259.
- GILHOOBY, M.L.M., 1984, The impact of care-giving on care-givers: Factors associated with the psychological well-being of people supporting a dementing relative in the community. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 35-44.
- GUBRIUM, J.F., 1988, Family responsibility and caregiving in the qualitative analysis of the Alzheimer's disease experience, *Journal of Marriage and the Family*, 50, n° 1, 197-207.
- HOROWITZ, A., 1985, Family caregiving to the frail elderly, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5, New York, Springer Publishing Company, 194-246.
- HUDSON, W.W., 1982, *The Clinical Measurement Package*, Dorsey Press.
- JENKINS, T.S., PARHAM, I.A., JENKINS, L.R., 1985, Alzheimer's disease: Caregivers perceptions of burden, *Journal of Applied Gerontology*, 4, n° 2, 40-57.
- JUTRAS, S., 1988, Réseau officiel et réseau naturel: vers un partenariat en prévention, *Promotion de la Santé*, 27, n° 2, 9-12.
- JUTRAS, S., LAVOIE, J.P., 1991, *L'état de santé des corésidents de personnes âgées en perte d'autonomie*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec, Les cahiers de recherche.

- KAHAN, J., KEMP, B., STAPLES, F.R., BRUMMEL-SMITH, K., 1985, Decreasing the burden in families caring for a relative with a dementing illness, A controlled study, *Journal of the American Geriatric Society*, 33, n° 10, 664-670.
- KIECOLT-GLASER, J.K., DYER, C.S., SHUTTLEWORTH, E.C., 1988, Upsetting social interactions and distress among Alzheimer's disease family care-givers: A replication and extension, *American Journal of Community Psychology*, 16, n° 6, 825-837.
- KOSBERG, J.I., CAIRL, R.E., 1986, The cost of care index: A case management tool for screening informal care providers, *The Gerontologist*, 26, n° 3, 273-278.
- LESEMANN, F., CHAUME, C., 1989, *Familles providence; la part de l'État*, Édition St-Martin, Montréal.
- LINN, M.W., LINN, B.S., 1982, The rapid disability rating scale-2, *Journal of the American Geriatric Society*, 30, 378-382.
- LITWIN, H., AUSLANDER, G.K., 1990, Evaluating informal support, *Evaluation Review*, 14, n° 1, 42-56.
- MILLER, B., 1987, Gender and control among spouses of the cognitively impaired: A research note, *The Gerontologist*, 27, n° 4, 447-453.
- MILLER, B., MCFALL, S., 1991, The effects of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers, *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 165-179.
- MORITZ, D.J., KASL, S.V., BERKMAN, L.F., 1989, The health impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: Depressive symptoms and social functioning, *Journal of Gerontology*, 44, 517-527.
- MORYCZ, R.K., 1985, Caregiving strain and the desire to institutionalized family members with Alzheimer's disease, *Research on Aging*, 7, n° 3, 329-361.
- PAGEL, M., BECKER, J., 1987, Depressive thinking and depression: Relations with personality and social resources, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, n° 5, 1043-1052.
- PEARSON, I., VERMA, S., NELLETT, C., 1988, Elderly psychiatric patient status and caregiver perceptions as predictors of caregiver burden, *The Gerontologist*, 28, n° 7, 79-83.
- POULSHOCK, S.W., DEIMLING, G.T., 1984, Families caring for elders in residence: Issues in the measurement of burden, *Journal of Gerontology*, 39, n° 2, 230-239.
- ROBINSON, K.M., 1989, Predictors of depression among wife caregivers, *Nursing Research*, 38, n° 6, 359-363.
- SCOTT, J.P., ROBERTO, K.A., HUTTON, J.T., 1986, Families of Alzheimer's victims, Family support to the caregivers, *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, n° 5, 348-354.
- SHECHAN, N.W., NUTTALL, P., 1988, Conflict, emotion and personalization among family caregivers, *Family relations*, 37, 92-98.

- STAIGHT, 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, n° 10, 89-104.
- STEPHENS, S.A., CHRISTIANSON, J.B., 1986, *Informal Care of the Elderly*, Lexington, MA, Lexington Books.
- STOLLER, E.P., PUBLIESCI, K.L., 1989, The transition to the caregiving role, A panel study of helpers of elderly people, *Research on Aging*, III, n° 3, 312-330.
- STOMMEL, M., GIVEN, C.W., GIVEN, B., 1990, Depression as an overriding variable explaining caregiver burdens, *Journal of Aging and Health*, 2, n° 1, 81-102.
- THOMPSON, S.C., BUNDEK, N.I., SOBOLEW-SHUBIN, A., 1990, The caregivers of stroke patients: An investigation of factors associated with depression, *Journal of Applied Social Psychology*, 20, n° 2, 115-129.
- TURNER, R.J., NOH, S., 1988, Physical disability and depression: A longitudinal analysis, *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 23-37.
- WETHINGTON, E., KESSLER, R., 1987, Perceived support, received support and adjustment of stressful life events, *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 78-89.
- ZARIT, J.M., 1982, *Predictors of Burden and Distress for Caregivers of Senile Demential Patients*, Unpublished doctoral dissertation, University of Southern California.
- ZARIT, S.H., ORR, N.K., ZARIT, J.M., 1985, *The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families Under Stress*, New York University Press, New York and London.
- ZARIT, S.H., TODD, P.A., ZARIT, J.M., 1986, Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study, *The Gerontologist*, 26, n° 3, 260-266.
- ZARIT, S.H., REEVER, K.E., BACK-PETERSON, J., 1980, Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden, *The Gerontologist*, 20, n° 6, 649-655.

ABSTRACT

Support provided by third parties and the reactions from close female supporters with regard to caring for the elderly

This article is about the relation between, on the one hand, support provided by third parties and, on the other, the burden and the depression experienced by the main female supporters who care for the elderly suffering from physical or cognitive problems. The authors examine the hypothesis that social support is not homogeneous across the board and that the different types of support are likely to have different effects on elders with adverse reactions to the caring process. Data originates from a study that was conducted in the Montréal area in 1990 with 159 female supporters living with an elder requiring care who requested support services from

formal and informal networks. Hierarchical regression analyses show that the variables in connection with care dispensed by the network play a limited role in attempting to explain the depression and burden levels. Furthermore, these analyses confirm the hypothesis of the variables' narrow range of influence.