

**La prise en charge des parents âgés en Grande-Bretagne :
perspectives sociologiques**
Family Care in Great Britain: Sociological Perspectives
**El hacerse cargo de los padres ancianos en Gran Bretaña :
perspectivas sociológicas**

Chris Phillipson

Number 38, automne 1997

Les jeunes visages du vieillissement

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/005214ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/005214ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (print)

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Phillipson, C. (1997). La prise en charge des parents âgés en Grande-Bretagne : perspectives sociologiques. *Lien social et Politiques*, (38), 165–173.
<https://doi.org/10.7202/005214ar>

Article abstract

This paper examines the research literature on patterns of family care in Great Britain. Changes in the demographic context, notably the growth in the numbers of very elderly people, are summarized. The paper then considers alterations to household structure, focussing on the decline of coresidence between elderly widows and children. Despite the growth in the proportion of elderly people living alone, research demonstrates high levels of contact between older people and their kin. Sociological and social anthropological evidence on support networks is analyzed in the paper. The paper then considers findings on the informal care of older people, linking these to the wider debate regarding preferences for different types of care. A central conclusion of the paper is that the provision of family care remains unequally distributed, the heaviest responsibility often falling upon female relatives. This has been exacerbated in the 1980s and 1990s with the move towards a "mixed economy of care." The paper concludes with some pointers for future research.

La prise en charge des parents âgés en Grande-Bretagne : perspectives sociologiques

Chris Phillipson

On ne comprend la vie des personnes âgées qu'en la situant dans la trame de leurs relations familiales, ainsi que l'a montré Peter Townsend (1957) dans un ouvrage devenu classique, *The Family Life of Old People*, tiré d'une recherche réalisée dans un quartier ouvrier de Londres au début des années 1950¹. Dans sa conclusion (p. 227), Townsend écrit : « Pour bien saisir les processus et les difficultés liés au vieillissement, il importe d'étudier les personnes âgées en tant que membres d'une famille (embrassant normalement trois générations) ; les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé

et des services sociaux doivent donc, à chaque étape, considérer les gens âgés comme partie intégrante d'un groupe familial qui dépasse les cadres du seul ménage. Les vieux ne sont pas simplement des individus, encore moins des "cas" confinés à un lit ou à une chaise. Ils appartiennent à une famille, et le fait de les traiter ou non en conséquence conditionne en grande partie leur sécurité, leur santé et leur bonheur ».

Cette affirmation reflète, sans doute, les valeurs dominantes de la culture de l'époque en ce qui concerne la place des personnes âgées dans la société. Malgré le développement de l'État providence, le soin des personnes âgées était, et demeure, une affaire de famille ; pour de nombreux chercheurs, cette

situation est conforme aux vœux des personnes âgées et au modèle traditionnel des obligations de parenté (Wenger, 1984).

Depuis une quarantaine d'années, beaucoup d'études ont confirmé l'importance du soutien familial dans la vie des personnes âgées (Adams, 1967 ; Hendig, 1986 ; Wenger, 1992 ; Allen et Perkins, 1995, Attias-Donfut, à paraître). Ces travaux, menés un peu partout dans les pays développés, soulignent le rôle de la famille élargie dans la vie quotidienne des gens âgés qui ont besoin de soins et de soutien. La Britannique Clare Wenger (1989 : 166) note à ce propos : « Une nouvelle représentation de la famille, responsable, toujours prête à s'occuper de ses membres, s'est

peu à peu substituée au stéréotype de la famille de l'ère industrielle, éclatée, peu disponible, indifférente à la condition misérable des générations âgées ».

Mais cette perception du contexte familial des personnes âgées soulève une certain nombre de questions complexes. Pour avoir une juste idée du soutien que peut apporter la famille à ses membres, il faut prendre acte de certaines évolutions : celle d'abord des structures et des relations familiales dans bon nombre de sociétés européennes ; celle ensuite des mentalités à l'égard de la prise en charge, en particulier chez les aidants et chez les bénéficiaires ; celle enfin des politiques sociales touchant les clientèles dépendantes et notamment les personnes âgées, qui tendent au remplacement des soins institutionnels par les soins communautaires.

La redéfinition des programmes sociaux a d'ores et déjà modifié l'équilibre entre soins « formels » et soins « informels ». Dans de nombreux pays industrialisés, le développement de l'économie mixte étend ses ramifications jusque dans le domaine du soin, où le marché et les organisations sans but lucratif sont encouragés à intervenir de plus en plus. Il sera intéressant d'observer le développement de ce volet de l'offre de services ainsi que les politiques et pratiques qui se mettront en place eu égard au

soin familial au cours de la prochaine décennie. À quelles nouvelles exigences seront confrontés les intervenants familiaux et communautaires (en particulier les femmes) dans un contexte où la transformation des services publics risque d'accroître leur part du fardeau ? Alors que les besoins augmentent sous l'effet de l'évolution sociale et démographique, les choix des gouvernements entraînent un resserrement de l'éventail des aides disponibles aux personnes âgées et à leurs aidants. La dynamique produite par ces deux évolutions contradictoires est au cœur de notre article.

Sur cette toile de fond, nous nous proposons d'examiner les principaux changements démographiques de l'après-guerre, les configurations actuelles du soutien familial aux personnes âgées en Grande-Bretagne et les transformations sociales qui les influencent, ainsi que les apports de la recherche sur le soin familial et les personnes âgées.

Les changements démographiques

Le vieillissement démographique est l'un des événements marquants de l'histoire sociale de l'après-guerre en Grande-Bretagne. Entre 1951 et 1991, la part des personnes de 65 ans et plus dans la population de l'Angleterre et du Pays de Galles est passée de 10,9 à 15,9 pour cent. La portion la plus âgée de ce groupe a aussi gagné en importance : en 1991, 44 pour cent de la population âgée avait au moins 75 ans, comparative-ment à un tiers en 1951 ; en 2001, 16 pour cent de la population totale de la Grande-Bretagne aura au moins 65 ans, et 2 pour cent au moins 85 ans.

Ce phénomène résulte de la conjugaison de deux facteurs principaux : la baisse tendancielle du taux de natalité, qui a progressi-

vement accru la proportion de vieux au détriment de la proportion d'enfants dans l'ensemble de la population, et l'augmentation de l'espérance de vie, qui s'est prolongée de 20 ans au cours du XXe siècle en Grande-Bretagne. Deux autres phénomènes s'en sont suivis. Entre 1971 et 1994, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus a progressé de 13 pour cent (croissance néanmoins beaucoup plus modeste qu'au milieu du siècle). Il y a eu, cependant, réduction de la fraction la plus jeune de ce groupe, touchant particulièrement les personnes dans la soixantaine, recul compensé par la croissance rapide enregistrée chez les 85 ans et plus, survivants des cohortes relativement nombreuses nées en Grande-Bretagne durant la première décennie du XXe siècle. La situation actuelle (gonflement des effectifs aux âges avancés et quasi-stagnation chez les « jeunes vieux ») est appelée à changer au cours du prochain siècle, à mesure que les cohortes nées dans les années 1930, numériquement faibles, avanceront en âge et que leur succéderont les cohortes plus nombreuses nées durant le baby-boom postérieur à la Deuxième Guerre mondiale (Grundy, 1996 : 15).

Le statut matrimonial des gens âgés

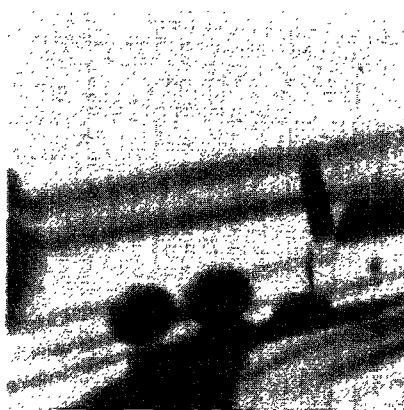
L'observation du changement démographique au niveau des cohortes de naissance fait ressortir la diversité de leurs situations familiales respectives. On remarque d'abord le déclin, depuis les années 1940, de la proportion de femmes sans mari ou demeurées célibataires. Emily Grundy (1996) note que, jusqu'à la fin des années 1930, le modèle « européen », caractérisé par le mariage tardif et un célibat répandu, est demeuré très présent en Angleterre et au Pays de Galles. Toutefois, la cohorte née durant les années 1920 compte une proportion

plus élevée de personnes mariées, et ayant contracté leur union à un âge plus précoce. La diminution du nombre de femmes célibataires et de femmes sans enfants a également fait chuter la proportion globale de femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Pour Grundy (1995), ces tendances donnent à penser que les gens âgés d'aujourd'hui et de la prochaine décennie sont plus favorisés que les cohortes précédentes dans la mesure où ils ont en principe une famille proche (conjointes et enfants) sur laquelle compter en cas de besoin. Mais la signification sociale de cet avantage démographique est trop complexe pour être résumée en quelques mots : nous y reviendrons.

Les nouveaux ménages âgés

Les changements socio-démographiques de l'après-guerre ont transformé le mode de vie des personnes âgées en Grande-Bretagne (Grundy, 1992). Deux éléments ressortent surtout : l'augmentation de la proportion de personnes âgées vivant seules, et le déclin de la cohabitation avec un enfant. Un certain nombre d'études de la fin des années 1940 constataient que la proportion de personnes âgées vivant seules était relativement faible en Angleterre. Cette situation s'est probablement maintenue au long des années 1950 mais, à compter des années 1960, on observe une augmentation sensible de la proportion de personnes âgées vivant seules ou seules avec leur conjoint. La probabilité de vivre seul s'accroît sensiblement avec l'âge : chez les femmes de 85 ans et plus, la proportion de personnes seules atteint 70 pour cent ; chez les hommes, elle s'élève à 49 pour cent.

La chute radicale de la proportion de gens âgés vivant avec d'autres personnes s'explique de deux façons. Premièrement, l'augmentation de l'espérance de vie a



fait en sorte que de plus en plus d'enfants sont partis du foyer familial avant la mort de leurs parents. Deuxièmement, se mariant plus tôt (au moins jusqu'à la fin des années 1960), les jeunes ont quitté leurs parents à un âge de plus en plus précoce (Dale et al., 1987)².

Retenons, pour nos fins, que le changement le plus important dans la structure des ménages a été le déclin de la cohabitation entre veufs ou veuves âgés et enfants mariés, et entre couples mariés âgés et enfants célibataires d'âge adulte. En 1962, on trouvait encore en Grande-Bretagne 42 pour cent de personnes âgées vivant avec un enfant adulte ; à la fin des années 1980 il n'y en avait plus que 14 pour cent. « De nos jours, écrit Richard Wall (1992), pour les personnes âgées des deux sexes, il est plus habituel de cohabiter avec leur conjoint qu'avec un de leurs enfants ».

Le soutien familial

Malgré leur tendance à vivre de façon autonome, les gens âgés conservent, comme l'attestent les enquêtes menées en Grande-Bretagne, beaucoup de contacts avec leurs parents et amis (Allen et Perkins, 1995). Et tout indique que les soins et le soutien font partie de ces rapports. La General Household

Survey de 1994 (OPCS, 1996)³ confirme que les gens âgés qui ont besoin d'aide pour les tâches de la vie quotidienne se tournent spontanément vers les membres de leur famille.

Les données britanniques tendent à montrer que c'est aussi la famille, exclusivement, qui comble les besoins au chapitre des soins personnels, bien que les services professionnels puissent lui prêter main forte pour certaines tâches (donner le bain par exemple) (Wenger, 1992). Ainsi, et les recherches le confirment dans l'ensemble, le « secteur informel », aussi appelé second État providence, apparaît comme le principal pourvoyeur de soutien aux personnes âgées qui demeurent dans leur milieu. Les services professionnels s'occupent plutôt des personnes seules dont la famille est éloignée ou n'a pas les habiletés ou les capacités nécessaires pour les aider.

C'est pourquoi Parker (1990) conclut son tour d'horizon de la recherche menée dans ce domaine en affirmant que « rien n'autorise à parler d'abandon massif de leurs responsabilités par les familles ». Certes, « l'offre de services prévue par la loi a augmenté depuis 1948, mais elle vise plus à soutenir les personnes âgées éloignées de leur famille qu'à remplacer le soutien familial ou à lui servir d'appoint [...] En somme, on peut dire que la prise en charge des personnes âgées par leur famille est plus répandue que par le passé. Johnson et Johnson ont émis l'idée que les "nouvelles familles élargies" d'aujourd'hui assument cette responsabilité davantage et plus longtemps que jamais auparavant. Du fait que les personnes âgées sont plus nombreuses à vivre très vieilles, il faudra obligatoirement plus de monde pour s'occuper d'elles » (Parker, 1990 : 38-39).

Les réseaux de soutien : apports de la sociologie et de l'anthropologie sociale

Existe-t-il des types de systèmes ou de réseaux familiaux particulièrement propices à l'entraide et à la prise en charge des personnes dépendantes ? Cette question intéresse la sociologie et l'anthropologie sociale depuis longtemps, et certains chercheurs ont proposé des classifications (Wenger, 1994 ; Willmott, 1986). Pour l'époque actuelle, Willmott (1986) dégage trois types de réseaux familiaux, outre la famille nucléaire :

— la « famille élargie regroupée », dont les membres vivent près les uns des autres et entretiennent, par l'intermédiaire de certaines personnes clés (en général des femmes), des contacts quotidiens ;

— la « famille élargie dispersée », dont les membres ont des contacts réguliers et fréquents et s'entraident en cas de besoin ;

— le « réseau de parenté dispersé », tissé par les liens de parenté (entre parents et enfants par exemple), mais où les contacts sont moins fréquents que dans les autres types de réseaux et se font par téléphone, lettre ou visites. Les membres de ce réseau ne s'entraident pas de façon régulière mais s'appellent à la rescousse en situation de crise.

Clare Wenger (1994) a élaboré un autre modèle, dans le cadre d'une recherche visant à examiner les forces et les faiblesses de divers types de réseaux de soutien et à cerner leurs exigences à l'égard des services de santé et des services sociaux. Elle reconnaît cinq types de réseaux de soutien :

— le réseau centré sur la famille proche, caractérisé par l'étroitesse des liens entre parents habitant à proximité les uns des autres, un petit nombre d'amis et de voisins gravitant à la périphérie de leur cercle ;

— le réseau centré sur la famille et le milieu proches, comportant des relations étroites avec famille, amis et voisins vivant près les uns des autres ;

— le réseau familial distendu, dans lequel les contacts avec des parents vivant dans le voisinage ou le quartier existent mais sont peu fréquents ;

— le réseau non familial ouvert : il y a ici absence de parents vivant à proximité et contacts soutenus avec des amis et des voisins vivant dans la communauté plus large ;

— le réseau fermé restreint : dans ce cas, il y a à la fois absence de parents dans le milieu de vie immédiat et rareté des contacts avec les voisins.

Wenger conclut que, selon la nature de leur réseau social, les gens âgés ont accès à des types de soutien différents. Par exemple, on peut penser que les personnes dont le réseau est centré sur la famille proche reçoivent beaucoup d'aide de leur parenté dans la vie quotidienne mais risquent d'être privées de précieux contacts avec des gens de leur âge ou avec des gens qui ne leur sont pas apparentés. Par contre, celles qui ont un réseau ouvert sur la communauté plus large sont susceptibles de jouir d'un bon soutien affectif et d'un moral excellent, mais pourraient

trouver plus difficilement de l'aide à long terme si elles viennent à souffrir d'une maladie chronique.

Le soutien informel aux personnes âgées

Quel que soit leur type de réseau, le soutien « informel » et la façon dont il est donné et reçu comptent énormément dans la vie des personnes âgées. Depuis les années 1940, le sujet des tensions et des difficultés subies par les aidants non professionnels des personnes qui vieillissent dans leur milieu revient dans de nombreux travaux. Sheldon (1948) le traite avec minutie en relatant l'étude qu'il a consacrée à Wolverhampton au milieu des années 1940 ; Peter Townsend (1957) en parle à propos de Bethnal Green au début des années 1950 ; et Bernard Issacs et ses collaborateurs (1972) l'abordent pour Glasgow au milieu des années 1960.

Outre un regain d'intérêt pour ce thème, les recherches réalisées depuis une dizaine d'années manifestent une préoccupation plus large pour les tensions vécues par les familles (et surtout par les femmes) au sein de la société britannique. Les principaux éléments mis en évidence sont :

— la mise à contribution des femmes comme soignantes non rémunérées ;

— le cumul de responsabilités imposé à celles qui mènent de front travail salarié et éducation des enfants ;

— et enfin l'évolution des mentalités en ce qui concerne le rôle de la famille et le partage des responsabilités à l'égard des tâches de soin, tant chez les personnes âgées que chez leurs aidants, ou plus exactement aidantes (Phillipson, 1992).

Un corpus de plus en plus considérable de recherches sur les problèmes qui confrontent les aidants familiaux soutient et étaye le débat

(Ungerson, 1987; Parker, 1990). Unanimentement, ces travaux soulignent à la fois l'importance de la contribution des familles au soutien des personnes âgées et l'effort imposé aux soignants les plus étroitement impliqués.

Le soin informel comporte en effet des coûts physiques, sociaux et financiers. Il est physiquement très lourd d'assurer la propreté d'une personne incontinente, de soulever un malade pour le tirer de son lit ou de sa chaise roulante et l'y réinstaller, quotidiennement, presque sans aide, et tout en vaquant à diverses tâches, domestiques et autres. Faut-il souligner que de nombreux soignants ont eux-mêmes plus de soixante ou soixante-dix ans et que certains sont atteints d'une maladie ou incapacité chronique (Arber et Ginn, 1990)? Quant aux coûts sociaux, on peut mentionner l'isolement voire la solitude associés à un travail de soin intensif, les amis perdus de vue, les vacances remises aux calendes grecques et le répit qu'il ne faut pas espérer.

Ces difficultés sont aggravées par les problèmes financiers résultant de pertes éventuelles de salaire et d'avancement. Selon Evandrou (1990), les soignants (conjoints ou parents) qui sont seuls pour assumer le fardeau sont les plus sujets à la pauvreté. Un certain nombre d'enquêtes britanniques donnent une idée de la situation des aidants qui ont un emploi. D'après les informations recueillies par la Women and Employment Survey relativement à l'impact de la prise en charge sur l'emploi (Martin et Roberts, 1984), 19 pour cent des femmes qui prenaient soin d'un proche en avaient souffert dans leur travail. Les exemples fournis sont divers. Parmi les femmes qui ont affirmé que leurs responsabilités de soignantes nuisaient à leur vie professionnelle, 79 pour cent de celles qui n'avaient pas d'emploi rémunéré

au moment de l'enquête ont expliqué que cette charge les empêchait tout bonnement d'« aller travailler »; de celles qui avaient un emploi, 51 pour cent ont dit devoir limiter le nombre de leurs heures de travail ou refuser une affectation à certaines périodes, et 25 pour cent prélevaient du temps sur leurs heures de travail pour prendre soin de leur parent ou conjoint dépendant.

Askham et al. (1992) ont également constaté ces effets défavorables à la carrière dans leur étude sur les soignants du troisième âge (55-69 ans). En moyenne, ces derniers avaient consacré moins de temps au travail rémunéré au cours de leur vie active adulte que les personnes de leur âge qui n'avaient pas les mêmes responsabilités. Plus encore, les soignants qui étaient retraités et vivaient avec la personne aidée étaient plus susceptibles que les non-soignants de dire qu'ils avaient devancé leur retraite à cause de leurs obligations.

Ces recherches tendent donc à montrer que les soignants — en particulier les femmes — ont le sentiment d'assumer un fardeau très lourd lorsqu'ils soutiennent des gens âgés. Elles nous apprennent par ailleurs que les personnes âgées sont elles-mêmes de grandes pourvoyeuses d'aide, prenant soin d'une autre personne âgée (leur conjoint dans tous les cas) ou rendant des services aux jeunes générations (notamment à leurs enfants et petits-enfants). Plus que certains clichés, ces résultats qui présentent des personnes âgées pratiquant l'entraide mutuelle et intergénérationnelle livrent un portrait réaliste de la vie familiale actuelle en Grande-Bretagne.

Évolution des modèles de vie familiale

Telles ont donc été, dans les grandes lignes, les caractéristiques de la prise en charge familiale en

Grande-Bretagne depuis la Guerre. Aujourd'hui, cependant, le soin se transforme, sous l'influence de la conjoncture des années 1990. Deux éléments sont à retenir : le débat sur les services sociaux et les soins communautaires destinés aux personnes très âgées (Phillipson, 1990), et les changements de mentalité au sein des familles et chez les personnes âgées elles-mêmes en ce qui concerne la responsabilité de donner et la nécessité de recevoir des soins. Les quelques informations qui suivent nous aideront à réfléchir sur l'avenir de la prise en charge des personnes âgées par leur famille.

Des années 1980 au début des années 1990 s'est déroulé en Grande-Bretagne un intense débat sur la réorganisation de l'État providence, et de nouvelles politiques sociales ont été énoncées (voir surtout Department of Health, 1989a et 1989b). Le gouvernement a cherché à transférer les soins des établissements spécialisés (hôpitaux et maisons de retraite) vers la communauté, parlant avec une insistance renouvelée du rôle des familles auprès des personnes âgées et des autres groupes vulnérables (question débattue dans Phillipson, 1992). Ce virage n'était pas étranger à l'apparition des concepts plus généraux de « mixed economy of welfare » et de « welfare pluralism » (Johnson, 1987) mis de l'avant par ceux qui combattent le « monopole » de l'État en matière d'assistance sociale et proposent d'améliorer le bien-être des clientèles défavorisées en leur assurant un éventail de services offert par un éventail de fournisseurs comprenant l'État, le marché, les organisations bénévoles et charitables et le secteur « informel ».

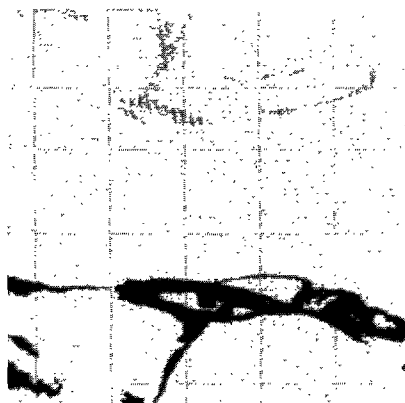
Or, le principal problème qui risque de se poser aux gouvernements des années 1990 en Grande-Bretagne est que leur volonté de

réduire les services publics pourrait être contrariée par l'évolution de la nature et de l'importance du soutien familial. Nous illustrerons ce point en exposant certains résultats de recherche sur les désirs exprimés par les personnes âgées qui ont besoin de soins et en revenant sur l'évolution des modèles d'obligations familiales en Grande-Bretagne.

Transformation des mentalités et nouveau partage des responsabilités de soin

Qui, de l'avis même des personnes âgées, doit assumer la responsabilité des soins ? Les sondages d'opinion montrent sans équivoque que, de plus en plus, les personnes âgées très dépendantes préfèrent s'en remettre à des professionnels (Salvage, 1989 ; Phillipson, 1990). Selon une enquête Gallup menée à la fin des années 1980 en Grande-Bretagne, la plupart des retraités estiment que c'est l'État qui devrait les prendre en charge. C'est ce qu'ont affirmé 57 pour cent des 909 personnes de 65 ans et plus interrogées à cette occasion (*The Guardian*, 22 novembre 1988).

West, Illsley et Kelman (1984) se sont également intéressés aux opinions de la population sur la prise en charge des clientèles vulnérables et sur les relations entre l'État, les intervenants profession-



nels et les aidants naturels. Ils constatent (p. 294) que « l'on n'est pas prêt à confier la plus grande part du fardeau des soins aux aidants naturels, c'est-à-dire, en pratique, à la famille et surtout aux femmes. On ne veut surtout pas attribuer la responsabilité principale des soins à la parenté immédiate, enfants, frères ou sœurs des personnes dépendantes ».

Par contre, une enquête plus récente révèle que la plupart des gens qui n'étaient pas des soignants au moment de l'entrevue s'attendaient à ce que leur famille ou leurs amis veillent sur eux s'ils perdaient leur autonomie. Mais, tout en imputant la plus grande part du fardeau des soins à la famille, plus de six personnes sur dix représentatives de la population en général (non soignante) croyaient que l'État devait assumer la plus grande partie du coût des soins ; 45 pour cent expédiaient la facture au gouvernement central et 17 pour cent aux municipalités. Moins de trois personnes sur dix (28 pour cent) estimaient que le coût devait être partagé assez également entre la famille et l'État. Très peu (moins de 5 pour cent) étaient d'avis qu'il revenait aux personnes aidées et à leur famille de défrayer les soins (Carers National Association, 1996).

Ces résultats reflètent visiblement une importante évolution des modes de vie et des valeurs des personnes âgées depuis 20 à 30 ans (Fennell, Evers et Phillipson, 1988), évolution dont on sent l'influence dans les propositions gouvernementales sur les soins communautaires, qui mettent notamment l'accent sur le maintien à domicile en même temps que sur l'élargissement de l'éventail des services offerts (Department of Health, 1989). Mais il faut pousser au bout de sa logique cette évolution des mentalités à l'égard du soutien familial : les personnes âgées ne veulent plus dépendre de leurs enfants, surtout si cette dépendance implique pour ces derniers la charge prolongée d'une personne affligée d'une maladie chronique (Lee, 1985) ou incapable de voir elle-même à sa toilette et aux tâches essentielles de la vie quotidienne (Ungerson, 1987).

La recherche sur les obligations au sein de la parenté va dans le sens de ces constats sur la nouvelle mentalité des personnes âgées qui ont besoin de soins. Janet Finch (1989) a mis en évidence la complexité des règles qui entourent la prise en charge familiale. Les relations de parenté ne répondent pas à des codes moraux préétablis, que les personnes âgées et leurs aidants n'auraient qu'à suivre. En particulier, le « sentiment d'obligation » qui est censé caractériser les relations de parenté ne débouche pas forcément ni invariablement sur les mêmes comportements et les mêmes pratiques : « Ce sentiment revêt en réalité un caractère beaucoup plus aléatoire. Il grandit et s'épanouit avec le temps entre certaines personnes, beaucoup moins entre d'autres, et ses retombées pratiques sont infiniment variables. Il produit des liens, certes, mais en vertu des engagements noués au fil des années entre des personnes concrètes, non d'une échelle de



valeurs abstraites» (Finch, 1989 : 242).

Cette remarque ébranle l'une des assises de la politique gouvernementale britannique sur les soins communautaires, à savoir que les familles se conduisent comme s'il existait des prescriptions culturelles et morales auxquelles elles se conforment en prenant les personnes âgées en charge dans les moments de crise, ou en cas de perte d'autonomie. Certains chercheurs renchérrissent en soutenant que les personnes âgées elles-mêmes adhèrent à cette conception, se tournant quasi instinctivement vers leur famille plutôt que vers les fonctionnaires et les agences lorsqu'elles ont besoin d'aide.

Ces arguments relèvent d'une vision passéiste qui déforme les attentes actuelles à l'égard des soins. Les familles ne répondent pas toutes de la même manière aux demandes d'aide, et de toute façon les soins qu'elles donnent résultent toujours d'une négociation inscrite dans un contexte social et dans des trajectoires individuelles (Finch, 1989). Cette variabilité rend l'avenir du soutien familial en Grande-Bretagne plutôt incertain. Il n'est pas exclu que les gens finissent par privilégier (voire exiger) la mise en place d'un réseau fiable de services publics (avec le concours d'acteurs comme le secteur privé et

les organisations sans but lucratif) pour remplacer la famille et le secteur informel, à qui revenait jusqu'ici un rôle prépondérant.

Si cela est vrai, le soutien familial, réalité toujours présente, et plus vivante dans certains groupes sociaux que dans d'autres, est voué à se transformer durant les décennies à venir, au point de vue tant des conditions dans lesquelles les soins sont offerts que de l'éventail des tâches accomplies.

Conclusion

Nous avons consacré cet article aux questions qui, dans la société britannique, entourent la situation familiale des personnes âgées et l'aide qu'elles reçoivent de leurs parents. Le soutien familial est actuellement un lieu de changement, avons-nous dit. Il est sans nul doute au centre de la vie de beaucoup de personnes âgées, qu'il s'agisse pour elles de le recevoir des générations qui les suivent ou — comme les recherches l'attestent — de l'assurer aux plus jeunes. Mais les transformations familiales influencent les rapports d'entraide. La famille de la fin du XXe siècle est une institution qui se diversifie, avec la multiplication des unions libres, des divorces et des remises en union (Clarke, 1995). Le soutien familial présentera désormais un visage plus complexe, car les attentes et les mentalités des aidants et des bénéficiaires à l'égard des soins informels se sont modifiées⁴.

Les femmes sont à l'avant-scène du débat sur le soutien familial, dont la responsabilité demeure inégalement répartie, la part la plus lourde incombant souvent aux membres féminins des familles. Le développement des politiques de soins communautaires durant les années 1980 et au début des années 1990 a accentué ce partage inéquitable (Arber et Ginn, 1990). Il s'agit maintenant de définir des

politiques de services sociaux et de services communautaires qui iront à l'encontre de la division traditionnelle du travail entre les sexes. La conjoncture sociologique et démographique nous y oblige. Les cohortes de naissance de l'après-guerre subiront en effet l'impact de la dénatalité et du divorce, qui réduiront le nombre d'aidants naturels disponibles. De plus, l'évolution du rôle des femmes dans la société a modifié les modèles traditionnels d'obligations familiales.

On peut donc se demander si les politiques de soins communautaires qui continuent d'exploiter les femmes en tant que soignantes et que clientes sont adaptées à leurs objectifs et peuvent encore susciter des appuis. Très bientôt, les gouvernements devront satisfaire la demande pressante de ceux qui réclament une augmentation des sommes dépensées pour aider les gens à rester dans leur milieu le plus longtemps possible.

En Grande-Bretagne tout au moins, le soutien familial semble entrer dans une ère nouvelle. Il ne perdra rien de sa nécessité (en particulier au sein du couple), mais les aidants naturels et les personnes âgées chercheront vraisemblablement de nouvelles manières de le donner et de le recevoir. À l'avenir, la famille pourra se faire le défenseur d'un aîné vulnérable tout autant que sa pourvoyeuse de soins. Autrement dit, l'importance du soutien familial pourrait reposer de plus en plus sur l'appui fourni à la personne âgée dans ses négociations avec les diverses agences de soins professionnels caractéristiques du nouvel État providence pluraliste et intégré à l'économie de marché (Daatland, 1983 ; Johnson, 1987).

Les transformations du soutien familial ouvrent un champ de recherche que les sociologues se doivent d'explorer. Les intervenants qui, de près ou de loin,

172

s'occupent des personnes âgées ont en effet un urgent besoin de saisir plus clairement les dynamiques qu'il met en jeu. Pour Walker (1996 : 208-209), « une meilleure compréhension des mécanismes nous donnerait les moyens de créer des services plus aptes à soutenir les familles efficacement. Cette démarche suppose la prise en compte de la diversité des types de familles, eu égard par exemple aux structures des réseaux de parenté, au passé des familles et à leur contexte ethnique ou racial [...] En d'autres termes, la famille elle-même est hétérogène [...] et ce fait exige des réponses adaptées de la part des fournisseurs de services ».

Cette dernière remarque pourrait également influencer l'ordre du jour des chercheurs, encore axé sur une notion assez étroite de la famille, rarement perméable aux particularités introduites par la dimension ethnique et à d'autres aspects importants de la diversité sociale. Un thème à investiguer aussi serait la façon dont la prise en charge se construit à travers l'éventail des rapports déterminés par la classe sociale, le sexe et les autres variables qui s'y rapportent. Essentiellement, les personnes âgées sont au cœur de ce que l'on peut appeler, à la suite de Hashimoto (1996), un « triangle de ressources » où interviennent conjoint, enfants, autres membres de la famille, amis et voisins. À cette

structure peuvent correspondre des fonctionnements et des formes de soutien différenciés. Les réseaux sociaux en fin de vie restent mal connus. On ignore si certains types de familles sont particulièrement propices à l'intégration des personnes âgées dans un vaste réseau de soutien, ou susceptibles au contraire de les priver de liens sociaux plus larges. C'est dire le profit que nous pourrions tirer du développement d'une sociologie de la vie familiale dans la vieillesse où le contexte démographique occuperait sa juste place. Cette tâche, profitable à la théorie sociologique et politiquement utile, doit compter parmi les priorités de la décennie à venir.

Chris Phillipson
Centre for Social Gerontology
University of Keele

Notes

¹ Cet article reprend des thèmes développés dans Phillipson, 1992. Version française : Johanne Archambault.

² À partir des années 1970, on se marie de moins en moins ; on se marie aussi plus tard, sinon (cas d'une importante minorité) jamais.

³ La General Household Survey est une enquête nationale annuelle réalisée depuis 1971 auprès d'un échantillon d'environ 10 000 ménages (25 000 individus) représentatifs de l'ensemble des ménages privés (c'est-à-dire de la population ne vivant pas dans un établissement). Jusqu'en 1982, elle couvrait un échantillon un peu plus considérable d'environ 12 000 ménages. Les données sont recueillies à l'aide de deux questionnaires. L'un, destiné au ménage, couvre des sujets tels que le mode d'occupation du logement, la consommation de biens durables et la migration, et l'informateur est un membre adulte du ménage, habituellement le chef ou son conjoint (étant donné la définition utilisée par la GHS, le chef de ménage est généralement l'homme). Le second est un questionnaire individuel soumis à chaque membre du ménage âgé de 16 ans et plus ; les questions portent sur l'emploi, la satisfaction au travail, le niveau d'instruction, la santé et l'utilisation des services de santé, et le

revenu. Certaines années, on recueille en outre de l'information sur des sujets comme les loisirs, la consommation d'alcool et de tabac, la contraception et les conditions de vie des personnes âgées. De ces données ont été tirées un certain nombre d'études importantes sur la situation de logement des personnes âgées et sur le soutien dont elles bénéficient : voir en particulier Dale et al., 1987 ; Arber et Ginn, 1990.

⁴ Le poids croissant des minorités ethniques accélère aussi l'évolution du contexte social du soin. Pour une intéressante analyse des obligations familiales en relation avec les communautés asiatiques en Grande-Bretagne, voir Ahmad, 1996.

Bibliographie

- ADAMS, G. 1967. *Kinship in an Urban Setting*. Chicago, Markham.
- ALLEN, I. et E. PERKINS. 1995. *The Future of Family Care for Older People*. Londres, HMSO.
- ASKHAM, J., E. GRUNDY et A. TINKER. 1992. *Caring : The Importance of Third Age Carers*. The Carnegie Inquiry into the Third Age. Research Paper no. 6, Fife. The Carnegie Trust.
- ATTIAS-DONFUT, C. À paraître. « Family Relationships in France : The Experience of Older People ». *Ageing International*.
- AHMAD, W. 1996. « Family Obligations and Social Change among Asian Communities », dans W. AHMAD et K. ATKIN. *"Race" and Community Care*. Buckingham, Open University Press.
- ARBER, S., et J. GINN. 1990. « The Meaning of Informal Care : Gender and the Contribution of Elderly People », *Ageing and Society*, 10 : 429-454.
- CARERS NATIONAL ASSOCIATION. 1996. *Who Cares ? Perceptions of Caring and Carers*. Londres, CNA.
- CLARKE, L. 1995. « Family Care and Changing Family Structure : Bad News for the Elderly ? », dans I. ALLEN et PERKINS. *Changing Patterns of Family Care for the Elderly*. Londres, HMSO.
- DAATLAND, S. 1990. « What Are Families For ? On Family Solidarity and Preference for Help », *Ageing and Society*, 10, 1 : 1-17.
- DALE, A., M. EVANDROU et S. ARBER. 1987. « The Household Structure of the Elderly Population in Britain », *Ageing and Society*, 7 : 37-56.
- DEPARTMENT OF HEALTH. 1989a. *Caring for People : Community Care in the Next*

- Decade and Beyond*. Command 849. Londres, HMSO.
- DEPARTMENT OF HEALTH. 1989b. *Working for Patients*. Command 555. Londres, HMSO.
- EVANDROU, M. 1990. *Challenging the Invisibility of Carers : Mapping Informal Care Nationally*. Discussion Paper WSP/49, Welfare State Programme. Londres, LSE, mimeo.
- FENNELL, G., C. PHILLIPSON et H. EVERS. 1988. *The Sociology of Old Age*. Buckingham, The Open University Press.
- FINCH, J. 1989. *Family Obligations and Social Change*. Oxford, Basil Blackwell.
- GRUNDY, E. 1992. « The Living Arrangements of Older People », *Reviews in Clinical Gerontology*, 2 : 353-361.
- GRUNDY, E. 1995. « Demographic Influences on the Future of Family Care », dans I. ALLEN et PERKINS. *Changing Patterns of Family Care for the Elderly*. Londres, HMSO.
- GRUNDY, E. 1996. « The Population Aged 60 and Over », *Population Trends*, 84 : 14-20.
- HENDIG, H., éd. 1986. *Ageing and Families*. Australie, Allen and Unwin.
- HENWOOD, M., et M. WICKS. 1984. *The Forgotten Army : Family Care of Older People*. Londres, Family Policy Studies Centre.
- HUNT, A. 1978. *The Elderly at Home : A Study of People Aged Sixty-Five and over Living in the Community in 1976*. Londres, HMSO.
- ISAACS, B., M. LIVINGSTONE et Y. NEVILLE. 1972. *Survival of the Unfittest*. Londres, Routledge and Kegan Paul.
- JOHNSON, N. 1987. *The Welfare State in Transition*. Sussex, Wheatsheaf Books Ltd.
- LEE, G. 1985. « Kinship and Social Support : The Case of the United States », *Ageing and Society*, 5 : 19-38.
- MARTIN, J., et C. ROBERTS. 1984. *Women and Employment : A Lifetime Perspective*. Londres, OPCS.
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS. 1996. *General Household Survey 1994*. Londres, HMSO.
- PARKER, G. 1990. *With Due Care and Attention : A Review of Research on Informal Care* (2e édition). Londres, Family Policy Studies Centre.
- PHILLIPSON, C. 1992. « Challenging the "Spectre of Old Age" : Community Care for Older People in the 1990s », *Social Policy Review No. 4* (R. PAGE et N. MANNING, éd.). Social Policy Association.
- SALVAGE, A. V., N. J. VETTER et D. A. JONES. 1989. « Attitudes to Hospital Care among a Community Sample Aged 75 and over », *Ageing and Ageing*, 17, 270-274.
- SCOTT, A., et G. WENGER. 1995. « Gender and Social Support Networks in Later Life », dans s. ARBER et J. GINN. *Connecting Age and Gender : A Sociological Approach*. Londres, Open University Press.
- SHELDON, J. H. 1948. *The Social Medicine of Old Age*. Oxford, Oxford University.
- TOWNSEND, P. 1957. *The Family Life of Old people*. Londres, Routledge and Kegan Paul.
- UNGERSON, C. 1987. *Policy is Personal : Sex, Gender and Informal Care*. Londres, Tavistock.
- WALL, R. 1992. « Relationships between the Generations in British Families Past and Present », dans C. MARSH et S. ARBER. *Families and Households*. Londres, Macmillan.
- WENGER, C. 1984. *The Supportive Network*. Londres, George Allen and Unwin.
- WENGER, C. 1989. « Support Networks in Old Age », dans M. JEFFRIES, éd. *Growing Old in the Twentieth Century*. Londres, Routledge.
- WENGER, C. 1994. *Support Networks of Older People : A Guide for Practitioners*. Centre for Social Policy Research and Development.
- WEST, P., R. ILLSLEY et H. KELMAN. 1984. « Public Preferences for the Care of Dependency Groups », *Social Science and Medicine*, 18 : 417-446.
- WILLMOTT, P. 1987. *Friendship Networks and Social Support*. Londres, Policy Studies Institute.