

Le soutien des familles canadiennes à leurs membres vieillissants : changements de contexte

The Changing Contexts of Family Care in Canada

El apoyo de las familias canadienses a sus miembros envejecientes : cambios de contexto

Carolyn J. Rosenthal

Number 38, Fall 1997

Les jeunes visages du vieillissement

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/005228ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/005228ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (print)

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Rosenthal, C. J. (1997). Le soutien des familles canadiennes à leurs membres vieillissants : changements de contexte. *Lien social et Politiques*, (38), 123–131. <https://doi.org/10.7202/005228ar>

Article abstract

This paper looks at the changing contexts within which family care to older Canadians takes place. First, the paper discusses changes that have occurred over the past 20 to 30 years in the family context, specifically in the family structure (the likelihood of having a parent alive), living arrangements (the trend to independent living), marital status (divorce and single parenthood), and female labour force participation (including the issue of the "sandwich generation"). The implications of these changes for care provision to older relatives are examined. The paper then discusses changes in the broader context within which family care occurs, specifically changes in health policy and long-term care. Key elements identified are the shift from institutional to community-based care, a growing ideological commitment on the part of the government to family care, and cutbacks which undermine the maintenance of an adequate level of service provision. The paper points to the decreasing ability of families to provide extensive care concurrent with the increasing reliance on families in the emerging community-based care system.

III Vieillesse, soins et protection

Le soutien des familles canadiennes à leurs membres vieillissants : changements de contexte

Carolyn J. Rosenthal

Les familles canadiennes prennent soin de leurs membres vieillissants. De nombreuses recherches en font foi (Rosenthal, 1987; Connidis, 1989). Quand elles ont besoin d'aide, les personnes âgées se tournent naturellement vers leur famille, vers leur conjoint et leurs enfants surtout. Ce sont le plus souvent les femmes — les épouses et les filles — qui sont mises à contribution. Durant les années 1950, l'importance accordée à la famille nucléaire par les chercheurs et par le public en général a entretenu le préjugé que les gens âgés étaient délaissés par leurs enfants. Mais les recherches des décennies suivantes

ont mis en évidence les liens affectifs et les rapports d'entraide au sein des familles, qui continuent ainsi d'apparaître comme de précieuses sources de soutien pour leurs membres de toutes les générations, y compris les plus âgées. Pourtant, la famille d'aujourd'hui n'est pas celle d'autrefois. Ses cadres de vie ont profondément évolué, transformant la toile de fond du soutien familial aux personnes âgées.

Cette forme d'entraide est en effet tributaire de circonstances — historiques, politiques, économiques — qui varient selon les pays et les époques. De manière générale, la recherche en gérontologie a négligé l'influence de l'évolution de ces facteurs sur les modèles de soutien familial, si ce n'est, peut-



être, que l'attrait croissant du marché du travail sur les femmes, traditionnellement chargées du soin de leurs parents âgés, a incité les chercheurs à étudier les relations entre travail salarié et soin des proches (voir plus bas).

Au Canada, depuis quelque trois décennies, un certain nombre de transformations sociales ont fait évoluer les pratiques de soutien familial. Nous nous proposons de passer ces changements en revue et d'examiner leur impact sur l'aide qu'apportent les familles canadiennes à leurs membres âgés¹. En conclusion, nous ferons le point sur les modifications apportées aux politiques sociales canadiennes touchant les personnes âgées.

Le nouveau paysage familial

Avoir ses parents à cinquante, soixante ans...

Pour un adulte d'âge mûr, le vieillissement démographique se traduit par un accroissement notable de la probabilité qu'au moins l'un de ses parents vive encore. Gee (1990) a comparé les proportions de personnes de 50 ans et de personnes de 60 ans ayant un parent survivant dans trois cohortes de Canadiens nées respectivement en 1910, 1930 et 1960. Si, à 50 ans, seulement 33 pour cent des membres de la cohorte la plus ancienne avaient encore un parent, la proportion passait à 49 pour cent pour la cohorte suivante et atteindra vraisemblablement 60 pour cent pour la plus jeune. À 60 ans, la probabilité passait de 8 pour cent pour les personnes nées en 1910 à 16 pour cent pour les personnes nées en 1930 et

devrait s'élever à 23 pour cent pour les personnes nées en 1960.

Avoir un parent en vie quand on a 50 ans est donc devenu la situation du plus grand nombre et une situation habituelle même pour les gens de 60 ans. En parallèle, de plus en plus de jeunes adultes sont susceptibles d'avoir encore un de leurs grands-parents. Il y a certes lieu de se réjouir de ce changement : on met trop facilement l'accent sur les aspects négatifs du vieillissement de la population, sans évoquer les avantages de ce nouveau compagnonnage des générations pour les familles. Mais par le fait même ces dernières sont désormais plus susceptibles de compter en leur sein des membres âgés à qui elles doivent prodiguer des soins, d'autant plus qu'aux environs de 40 ans la majorité des Canadiens ont perdu l'un de leurs parents (Rosenthal, Martin-Matthews et Matthews, 1996) et que le parent resté veuf s'en remet à ses proches en cas de besoin.

Vieillir chez soi

Le deuxième aspect de l'évolution du contexte familial a trait au logement des personnes âgées. Depuis les années 1960, les Canadiens âgés tendent à vivre en couple ou seuls. Cette volonté d'autonomie est surtout perceptible chez les femmes (Connidis, 1989 : 5 ; Wister, 1985). Entre 1961 et 1991, la proportion de femmes de 65 ans et plus vivant seules a plus que doublé, passant de 16 à 34 pour cent (Martin-Matthews, 1991 : 79). La proportion de *veuves* vivant seules avoisine même 80 pour cent (*ibid.*).

La tendance à conserver un logement autonome a des conséquences pour le soutien familial, car il n'est pas facile d'aider un parent âgé avec qui l'on ne vit pas. Si son état s'aggrave, le parent peut déménager chez ses enfants. Les



données là-dessus sont rares, mais une étude auprès de 250 Canadiens prodiguant une aide assidue à un parent âgé tend à montrer que le recours à la cohabitation pour faire face aux responsabilités de la prise en charge est très peu répandu au Canada : en deux ans, seulement 3 à 7 pour cent des personnes aidées étaient venues habiter chez la personne aidante (CARNET, s. d.).

Divorce et monoparentalité

Le divorce, troisième caractéristique de l'évolution du contexte familial, a rapidement progressé au Canada après la libéralisation de la loi, en 1968. Les structures familiales ont ainsi gagné en complexité. Épouser un partenaire qui n'en est pas à son premier mariage signifie souvent faire entrer dans sa vie des « beaux-enfants » issus de sa précédente union. Lorsque des adultes d'âge moyen divorcent, ils peuvent perdre leurs « ex-beaux-parents », mais le remariage peut aussi donner de nouveaux « grands-parents » à leurs enfants. La relation entre ces transformations et le soutien familial aux personnes âgées reste inexplorée. On peut supposer qu'elles auront certains effets négatifs, mais probablement aussi des effets positifs, ne serait-ce que par l'élargissement du réseau potentiel de soutien. Quant aux effets négatifs, on en perçoit déjà

un dans le discours des gouvernements, où les personnes âgées et les familles monoparentales ont l'air de se disputer des fonds publics qui se raréfient, et les premières d'en toucher plus que leur juste part.

Assumer de front travail et famille

La présence des femmes sur le marché du travail

Parmi les tendances susceptibles d'influer sur le soutien des familles aux personnes âgées figure certes la montée en flèche de la participation féminine à la main-d'œuvre, qui est passée de 30 pour cent en 1961 à 60 pour cent en 1991 et devrait atteindre 66 pour cent à la fin du siècle (Report of the Committee on Women and Economic Restructuring, 1994: 5; McDonald, 1996: 7). Les augmentations les plus fortes touchent les femmes mariées et les mères qui ont des enfants au foyer: il est devenu tout à fait courant de mener de front travail et vie de famille. La proportion des femmes mariées présentes dans la main-d'œuvre salariée dépasse largement la moitié (Beaujot, 1995). En 1989, les familles à double revenu représentaient 62 pour cent de l'ensemble des familles époux-épouse, comparativement à 32 pour cent en 1967 (Statistique Canada, 1991). Plus de 60 pour cent des mères dont les enfants sont au foyer occupent désormais un emploi rémunéré. Entre 1976 et 1984, la proportion de femmes avec enfants de moins de trois ans présentes dans la main-d'œuvre salariée est passée de 32 à 52 pour cent (Connolly et MacDonald, 1990).

Les nouvelles formes de travail

Le travail lui-même a changé. La tendance majeure est la montée des nouvelles formes de travail, temps partiel, emplois temporaires ou de courte durée, travail indépendant, qui représentent 44 pour cent

de l'augmentation globale de l'emploi au Canada durant la dernière décennie et 28 pour cent de l'emploi total en 1989 (McDonald et Chen, 1994). Les femmes sont surreprésentées dans ces types d'emplois étant donné la forte proportion de celles qui travaillent à temps partiel. Elles constituent en effet plus de 70 pour cent de la main-d'œuvre à temps partiel (*ibid.*). La responsabilité du soin de leurs proches explique en grande partie cette situation.

Emploi et soin des personnes âgées

La probabilité accrue d'avoir un parent en vie, jointe à l'augmentation de la participation féminine à la main-d'œuvre, signifie qu'il est plus courant aujourd'hui qu'autrefois de voir des Canadiens obligés de combiner travail salarié et prise en charge d'un parent âgé. Certains quittent alors le marché du travail: environ 9 pour cent des Canadiennes de 55 à 64 ans qui avaient un emploi disent l'avoir quitté pour prendre soin d'un proche (McDonald, 1996). Mais beaucoup — la plupart peut-être — gardent leur emploi. Dans l'ensemble, environ 12 à 16 pour cent des Canadiens qui travaillent s'occupent activement d'un membre âgé de leur famille (Martin-Matthews et Rosenthal, 1993). Il faut dire qu'à cet égard les estimations varient énormément, car la définition du soin change selon les études. Lors d'une recherche sur 5400 Canadiens ayant un emploi réalisée par CARNET (Canadian Aging Research Network) (Martin-Matthews et Rosenthal, 1993), 46 pour cent des personnes interrogées ont affirmé avoir apporté une certaine forme d'aide à un parent âgé au cours des six mois précédents. Douze pour cent avaient fourni une assistance pour les soins personnels et avaient consacré une moyenne de neuf heures par semaine à cette tâche exigeante, soit l'équivalent

d'un jour de travail supplémentaire. Autre donnée intéressante: la Canadian Study of Health and Aging (1994) a constaté que 36 pour cent de tous les aidants non professionnels assurant les *soins de base* à des personnes atteintes de démence avaient un emploi.

Le Canada n'a pas de politique nationale d'assistance aux personnes en emploi responsables de dépendants âgés (Martin-Matthews et Rosenthal, 1993). Nombre de patrons croient que les responsabilités familiales sont l'affaire des employés et que la famille et le travail doivent demeurer des domaines séparés (Canadian Employment and Immigration Advisory Council, 1987: 24; Martin-Matthews et Rosenthal, 1993). Or, les responsabilités familiales ont un impact croissant sur le milieu du travail. Selon un rapport canadien citant des données de Statistique Canada, l'absentéisme pour raisons personnelles ou familiales a doublé entre 1977 et 1987, et 37 pour cent de l'augmentation est attribuable au temps consacré au soin d'un parent âgé (Ontario Women's Directorate et Ontario Ministry of Community and Social Services, 1991: 18). Au Canada, les employeurs accordent habituellement une gamme de congés couvrant toutes sortes de situations familiales. Mais ces congés ne sont pas offerts partout au pays et sont largement liés à la taille des entreprises, aux conventions collectives, aux lois provinciales, ainsi qu'aux critères de rentabilité des entreprises et à leur « culture ». De nombreux employés doivent déduire leurs absences de leur banque de congés de maladie ou de vacances ou prendre des congés sans solde (Martin-Matthews, 1994).

Le cumul de rôles

Autre fait nouveau important, les Canadiennes tendent aujourd'hui à

cumuler les rôles de mère, de fille et de travailleuse salariée, situation génératrice, par définition, d'exigences potentiellement incompatibles. Afin d'établir la fréquence et la distribution des combinaisons de rôles possibles, nous nous sommes servis de l'Enquête sociale générale de 1990 de Statistique Canada, dont les données peuvent être extrapolées à la population canadienne (Rosenthal, Martin-Matthews et Matthews, 1996). À l'aide d'un échantillon de personnes âgées de 35 à 64 ans, nous avons étudié quatre questions reliées au cumul de rôles. Nous nous intéressions au premier chef à la multiplicité des rôles chez les femmes, et surtout aux combinaisons dénotant l'appartenance à la génération « sandwich » (adultes aux prises avec des demandes concurrentes émanant de la génération de leurs parents et de celle de leurs enfants, ainsi qu'avec les exigences d'un emploi rémunéré).

Nous nous sommes d'abord demandé quelle était la proportion de femmes d'âge moyen qui avaient un parent en vie. Nous avons constaté que la grande majorité des femmes de 35 à 49 ans sont dans ce cas. Mais la proportion de femmes sans parents atteint 47 pour cent chez les 50-54 ans, s'élève à 61 pour cent chez les 55-59 ans et passe à 79 pour cent chez les 60-64 ans : il va de soi que ces femmes ne risquent pas d'être partagées entre

la charge de leurs parents âgés et leurs autres engagements familiaux et professionnels. En ce qui concerne les plus de 50 ans qui ont encore un de leurs parents, celui-ci a généralement plus de 75 ans : il est d'autant plus probable qu'il souffre de handicaps fonctionnels et nécessite une aide soutenue.

Nous avons ensuite voulu connaître la proportion de femmes d'âge moyen qui étaient partagées entre plusieurs rôles. Trois conjuguions de rôles revêtaient un intérêt particulier : 1) fille d'un parent vieillissant et travailleuse salariée ; 2) fille d'un parent vieillissant et mère d'un enfant dépendant (c'est-à-dire vivant avec la personne interrogée) ; et 3) fille d'un parent vieillissant, travailleuse salariée et mère d'un enfant dépendant.

Une majorité de femmes de 35 à 49 ans (entre 55 et 58 pour cent) combinaient les rôles de fille et de travailleuse. Au delà, la proportion fléchissait brutalement : de 25 pour cent à 50-54 ans, elle passait à 15 pour cent à 55-59 ans et à moins de 5 pour cent à 60-64 ans. Pour la deuxième combinaison (fille d'un parent vieillissant et mère d'un enfant dépendant), la proportion de femmes touchées s'élevait à 71 pour cent chez les femmes de 35 à 39 ans, à 51 pour cent chez les 45-49 ans et à 24 pour cent chez les 50-54 ans.

La situation typique de la génération sandwich est représentée par la troisième combinaison de rôles : fille, travailleuse salariée et mère d'un enfant dépendant. C'est celle qui comporte le plus grand risque d'exigences concurrentes lorsque le parent âgé a besoin de soutien. Elle caractérisait 42 pour cent des femmes de 40-44 ans et 35 pour cent des quadragénaires plus âgées ; au-delà, les pourcentages devenaient très faibles. Il faut remarquer, cependant, que les femmes des groupes d'âge supé-

rieurs qui ont encore un parent vivant ont de très grandes chances d'avoir des responsabilités de soin, étant donné l'âge avancé de ce parent.

En soi, ces divers rôles — fille, travailleuse, mère — sont générateurs d'exigences conflictuelles lorsque les femmes essaient de les remplir de front. C'est pourquoi nous nous sommes demandé si beaucoup de femmes ayant le rôle de fille d'un parent vieillissant apportaient effectivement à ce dernier une ou plusieurs formes d'aide concrète, une fois ou plus d'une fois par mois. Nous avons constaté que les proportions de femmes placées dans cette situation étaient plutôt faibles : de 11 à 22 pour cent selon les groupes d'âge. Pour les soins personnels, elles étaient de seulement 1 ou 2 pour cent, mais il faut souligner qu'elles s'élevaient à 6 à 7 pour cent chez les femmes de 50-59 ans. C'est dire que si de très faibles pourcentages de femmes prodiguent des soins personnels à un parent âgé, la tranche d'âge de 50-59 ans semble être celle pour laquelle cette nécessité se pose. Les femmes plus jeunes ont des parents plus autonomes et les plus âgées des parents nécessitant une aide telle que la solution normale devient l'hébergement dans un établissement spécialisé.

Finalement, nous avons voulu savoir quelle était la proportion de femmes qui aidaient un parent vieillissant au moins une fois par mois tout en exerçant les rôles de mère et de travailleuse ; ces femmes illustrent en effet le partage entre deux séries d'obligations typique de la génération « sandwich ». Dans tous les groupes d'âge, la proportion de femmes aux prises avec le cumul de rôles le plus susceptible d'engendrer des difficultés et aidant activement un parent âgé était très faible. Plus précisément, chez les femmes qui, tout à la fois, avaient encore un de leurs parents, éle-

vaient un enfant et occupaient un emploi rémunéré, le pourcentage le plus élevé de celles qui aidaient leur parent au moins une fois par mois était de 7 pour cent. Le phénomène « sandwich » est donc très peu répandu. Le plus souvent, les femmes apportent un soutien actif à un parent vieillissant à un moment où, ayant elles-mêmes atteint un certain âge, elles ont moins de rôles potentiellement conflictuels à assumer. Dans notre échantillon, les 18 pour cent de femmes de 55-59 ans qui soutenaient un parent n'avaient plus d'enfant avec elles et la plupart n'occupaient pas d'emploi. En somme, les proportions les plus élevées de femmes qui prennent un parent en charge ne se situent pas dans les groupes présentant par définition les cumuls de rôles les plus lourds.

Malgré ses limites, notre analyse montre bien que les proportions d'enfants adultes apportant une aide concrète régulière à un parent âgé sont relativement faibles, et que moins d'enfants encore vivent la situation correspondant au cliché de la génération sandwich. Il y a donc lieu d'éviter les généralisations selon lesquelles la responsabilité du soin de leurs parents âgés incombe de façon habituelle aux femmes d'âge moyen. Le phénomène de la génération sandwich ne doit pas non plus être monté en épingle (à ce sujet, voir notamment Foot, 1996 : 192-194). Néanmoins, les personnes confrontées aux exigences de nombreux rôles trouvent souvent le cumul très difficile, et les aidants, quels que soient leurs autres rôles, traversent indéniablement beaucoup de difficultés.

Ainsi donc, s'il est vrai que les familles sont et demeureront sans doute le principal soutien de leurs membres vieillissants, leur aptitude à s'acquitter de la tâche se ressent de certains changements de contexte. Les adultes d'âge moyen ont de plus en plus de chances

d'avoir encore au moins un parent vivant ; ce parent, s'il est veuf, se tournera probablement vers eux s'il a besoin d'aide. Mais comme il aura conservé son logement (suivant la tendance que nous avons constatée), l'organisation de la prise en charge sera plus compliquée. En outre, la fréquence accrue du divorce pèse sur les ressources personnelles et financières des enfants adultes (des femmes surtout) qui ont la charge de leurs parents. Finalement, étant donné leur participation à la main-d'œuvre active, les femmes doivent harmoniser leurs responsabilités de travailleuses et leurs responsabilités familiales, y compris le soin de leurs parents.

Jusqu'ici, c'est le contexte familial de la prise en charge des personnes âgées qui a retenu notre attention. Mais les familles sont inscrites dans des contextes plus larges. S'agissant du soin, elles doivent fonctionner dans le cadre défini par les programmes de services de santé, qui connaissent actuellement une mutation rapide au Canada.

Soins de santé et soins de longue durée : une mutation continue

Les personnes âgées qui doivent recevoir des soins peuvent être prises en charge par leur famille, par le système de santé ou par les deux à la fois. Normalement, l'aide formelle joue un rôle d'autant plus important que les besoins du malade sont grands. Elle couvre un éventail allant des services à domicile à l'hébergement en institution de soins de longue durée pour les personnes trop atteintes pour être soignées chez elles, en passant par les services de relève (répit). La disponibilité des familles est souvent liée à l'offre de services formels susceptibles de les remplacer ou de les seconder. Dans certains cas, en raison des transformations

familiales que nous avons passées en revue, cette disponibilité est nulle ou soumise à des aléas. Les services formels sont donc essentiels à la prise en charge d'une population vieillissante par les familles. Mais ils subissent l'effet des changements de politiques qui touchent les programmes de santé et le réseau d'institutions de soins de longue durée. Nous faisons allusion surtout au virage communautaire, à la volonté des gouvernements de confier, pour des raisons idéologiques, une part croissante du fardeau des soins aux familles, et aux restrictions budgétaires qui permettent de moins en moins de maintenir l'offre de services à un niveau adéquat. Voyons cela de plus près.

Ces dernières années, dans un contexte de récession et de montée du conservatisme, les politiques sociales ont pris au Canada le « virage milieu ». Substantielle, la diminution des budgets alloués aux programmes sociaux n'a pas fait taire les tenants de réductions encore plus draconiennes. Les rangs de la population très âgée ne cessant de grossir, il faut craindre que les programmes sociaux, l'austérité budgétaire et la conjoncture démographique ne soient engagés sur une trajectoire où les risques de collision sont omniprésents (Rosenthal, 1994).

Le passage des soins institutionnels aux soins communautaires, amorcé dans les années 1980, coïncidait avec une volonté de rationaliser et de mieux coordonner le système de soins de longue durée (dont on trouvera un examen, avec une analyse des questions que soulève la réforme, dans Deber et Williams, 1994). Ce virage n'est pas négatif en soi. Le Canada a toujours présenté un taux d'institutionnalisation relativement élevé. De plus, les personnes âgées souhaitent rester dans leur milieu le plus longtemps possible, et les familles

partagent ce désir. Néanmoins, le changement soulève beaucoup d'inquiétudes. L'une, sur laquelle nous reviendrons, est que les gouvernements semblent assez évidemment s'attendre à ce que les familles combler les éventuelles déficiences du système de soins.

Au Canada, les soins de longue durée ne sont pas formellement couverts par le principe de l'accès universel aux soins de santé, et les dispositifs varient d'une province à l'autre. L'analyse qui suit fait souvent référence à l'Ontario, mais la situation est similaire dans d'autres provinces, et l'Ontario en donne une illustration.

Le gouvernement fédéral subventionne généreusement les services de santé par ses paiements de transfert aux provinces. Au milieu des années 1990, il a annoncé d'importantes réductions de ces transferts, échelonnées sur les quelques années à venir. Ces restrictions s'ajoutent à la conjoncture économique difficile qui sévit en Ontario et dans la plupart des provinces canadiennes.

Le virage communautaire — considéré assez justement comme une adaptation à la baisse des financements — s'est accompagné d'un sérieux ralentissement de la croissance du nombre de lits d'hôpital. Denton et Spencer (1995) ont étudié la situation de l'Ontario à cet égard pour la période 1980-1990. Alors que le vieillissement et l'aug-

mentation de la population auraient dicté une croissance du nombre de jours-lits d'hôpital de 22 pour cent de 1980 à 1990, on a plutôt assisté à une diminution. Les patients âgés n'en sont pas encore affectés; en fait, leurs durées de séjour ont augmenté (voir aussi Barer, Evans et Hertzman, 1995). Mais c'est là une mince consolation, et elle n'est que temporaire. Selon Denton et Spencer (1995), la demande de soins de santé, y compris la demande de lits en établissement (qu'il s'agisse de soins de courte ou de longue durée), progressera beaucoup plus vite que l'offre; or, notent les deux chercheurs, la diminution du nombre de lits disponibles dans les établissements de soins à long terme était déjà très sensible. Les conséquences de ce resserrement sont évidentes pour les familles: si les soins institutionnels ne sont pas disponibles, qui d'autre qu'elles devra combler le manque?

Afin d'établir la part réservée au soutien familial dans l'orientation des politiques de soins de longue durée, Rosenthal et Neysmith (1990) ont analysé des documents gouvernementaux présentant les politiques dans ce domaine en Ontario au cours de la période 1986-1990. Ces textes font la promotion du virage communautaire, et leurs recommandations et conclusions relatives au soutien non professionnel doivent être situées dans ce cadre plus large. Cinq grands thèmes se dégagent de l'analyse.

Premièrement, *le soutien familial représente le modèle de soin idéal*. Le but des services de maintien à domicile, par exemple, est d'étayer et d'accroître la capacité de la famille de fournir les soins (Ontario Ministry of Community and Social Services, 1989). Ils doivent l'appuyer dans cette tâche, non la remplacer. Ce point de vue correspond à la vision du ministère

fédéral de la Santé et du Bien-être social, pour qui « l'objectif des programmes de soins à domicile à travers le pays est [...] de faire en sorte que les familles et les autres réseaux sociaux soient mieux à même de prendre soin des personnes qui en ont besoin » (Health and Welfare Canada, 1985).

Deuxièmement, *les soins communautaires sont d'abord et avant tout mis de l'avant parce qu'ils sont censés produire des économies*. La dévolution des soins à la famille doit être prônée parce qu'elle permet d'épargner les deniers publics. On reconnaît, encore ici, un point de vue « pancanadien »: « Nous pourrions évidemment faire des économies si les gens âgés demeurent dans leur milieu [...] ils y ont des parents, des voisins et des amis capables d'accomplir pour eux certaines tâches essentielles [...] l'utilisation massive du système de soins de santé par les personnes âgées, telle que nous la connaissons aujourd'hui, justifie la recherche de solutions de remplacement moins coûteuses et aussi efficaces » (Health and Welfare Canada, 1986). Voilà un présage inquiétant pour ceux qui craignent que le virage milieu surcharge les familles, et surtout les femmes, à qui incombent si communément les tâches de soin.

Troisièmement, *les recommandations relatives aux politiques d'offre de services communautaires sont formulées dans l'optique de la complémentarité*, c'est-à-dire que les services seront fournis dans les cas où les familles ne seront pas disponibles ou compétentes pour les rendre.

Quatrièmement, tout se passe comme si *les recommandations touchant les mesures d'appui aux aidants familiaux postulaient une équivalence entre soutien familial et accomplissement de certaines tâches*. Aider les familles à soutenir leurs membres âgés consisterait à

les aider à exécuter des tâches. On ne reconnaît qu'exceptionnellement les autres dimensions du soutien. Par exemple, on néglige complètement le soutien affectif, qui importe pourtant beaucoup à la plupart des personnes âgées et risque fort d'être sacrifié si la balance devait pencher du côté du soutien « instrumental » (Rosenthal, 1994).

Cinquièmement, *l'évaluation est essentielle au bon fonctionnement d'un système de soins communautaires. On recommande la mise en place d'un système à guichets uniques*, comportant un certain nombre de points d'entrée où seraient concentrées les fonctions d'information, de référence, de coordination et de fourniture des services, et permettant la gestion par cas. La liste des services à assurer à chaque client est censée découler de l'évaluation faite à ce stade. Ce scénario, explicitement centré sur l'évaluation fonctionnelle comme justification de la gamme de services à dispenser à chaque client, suppose implicitement un critère important : la disponibilité de la famille. La tarification des services n'est pas exclue, et il se peut que les soins communautaires impliquent des dépenses supplémentaires pour les aidants familiaux et pour les personnes âgées.

Il vaut la peine de souligner que les services de répit et les services de garde de jour ne sont habituellement pas gratuits, situation que l'on justifie en ces termes : « Il s'agit de reconnaître la responsabilité individuelle ou familiale à l'égard des soins et de renforcer chez les aidants le sentiment que le service reçu leur appartient. En contribuant au coût des soins, ils se sentiront plus à l'aise pour émettre des suggestions ou recommander certaines modifications aux services de répit » (Ontario Ministry of Community and Social Services, 1987).

Comment ne pas faire remarquer que les familles absorbent déjà une bonne part du « coût » des soins... En outre, ce raisonnement est justement celui que mettent de l'avant les tenants de la tarification des services médicaux, idée à laquelle les Canadiens se sont toujours opposés avec force.

Il ressort clairement des énoncés de politiques que les gouvernements s'attendent à ce que les familles prennent plus que jamais en charge leurs membres âgés et malades, et que ceux-ci demeurent dans leur milieu de plus en plus ; or, en cette période d'austérité budgétaire, les personnes actives dans le domaine du vieillissement sont nombreuses à craindre une aggravation du sous-financement des services et des programmes voire la disparition de ceux-ci. Il est fermement établi que la plus grande part de la responsabilité des familles à l'égard des soins est assumée par les femmes. Les politiques gouvernementales semblent basées sur le postulat que celles-ci, malgré leur forte tendance à aller sur le marché du travail, seront disponibles pour prodiguer des soins lorsque les ressources professionnelles se feront plus rares ou viendront à manquer. C'est là un pari dangereux : les personnes âgées risquent d'être privées de soins adéquats, et les femmes d'abandonner leur emploi rémunéré et de compromettre ainsi leur situation financière actuelle et future (McDonald, 1996).

L'une des inquiétudes que suscitent les soins communautaires a trait à leur coût : qui acquittera la facture ? À ce jour, au Canada, les soins de longue durée dispensés dans les établissements spécialisés n'ont pas représenté un lourd fardeau financier pour les individus ou les familles. Les soins communautaires vont vraisemblablement engendrer des coûts nouveaux pour eux, par exemple lorsqu'ils auront besoin du soutien de ser-

vices professionnels supplémentaires. On peut légitimement se demander si tout compte fait il en coûtera moins cher de maintenir une personne âgée invalide dans son logement au sein de la communauté que de l'héberger dans un établissement de soins de longue durée, telle une maison de retraite. Vraisemblablement, une grande partie du coût additionnel des soins communautaires, absorbé par les familles, sera ainsi « invisibilisé ». Ce transfert de coûts du gouvernement vers les familles paraît inéluctable à mesure que se met en œuvre le virage des soins institutionnels vers les soins communautaires. Susan McDaniel (1994 : 139) pose fort bien la question qui vient aux lèvres : « Comment expliquer que la prise en charge par les familles semble ne représenter aucun coût pour les individus et pour la société, tandis que la prise en charge collective est coûteuse par définition ? »

Les gouvernements ont réitéré à l'envi que le virage milieu s'accompagnerait d'une augmentation adéquate des sommes allouées au secteur communautaire. Selon Havens (1995), qui a étudié la question des transferts budgétaires entre programmes commandés par la redéfinition de l'échelle des priorités, les politiciens qui discourent à ce sujet sur les tribunes canadiennes parlent pour la galerie : à ce jour les crédits véritablement déplacés vers de nouveaux programmes sont à peu près nuls (Vowles, 1994). Les sommes épargnées ont été réinvesties là même où les économies avaient été réalisées ou sont tout bonnement « disparues » du secteur de la santé, affectées à la réduction du déficit. La réussite du virage milieu suppose pourtant le transfert d'argent et de services des établissements de soins de courte durée et du réseau hospitalier vers les établissements voués au soin des malades chroni-

ques et à la réadaptation, les maisons de retraite, les programmes communautaires de soins de longue durée ou de soins à domicile et les services communautaires. À défaut d'opérer ces transferts intersectoriels, dit Havens, il faudra imposer aux usagers des tarifs très élevés, ou encore laisser les aidants informels à eux-mêmes : ils dispenseront les soins sans le secours de services professionnels (Havens, 1995 ; voir aussi Rosenthal, 1994).

S'il a augmenté, le financement du secteur communautaire ne s'est pas accru en raison directe des lourdes réductions de budget imposées au secteur hospitalier. Mais la vraie question est celle de savoir si l'argent accordé permettra de faire face à la croissance d'une population âgée de plus en plus fragile et dépendante. Les soins à domicile, composante vitale des soins communautaires, offrent un exemple intéressant de ce qui se produit dans ce secteur en Ontario. Auparavant, ils faisaient partie des services assurés, et les personnes jugées admissibles y avaient droit. Il y a deux ans le gouvernement, soucieux d'en freiner ou d'en gérer la croissance, a en quelque sorte fermé le robinet. Si le montant disponible peut avoir augmenté par rapport aux années antérieures, il a été transformé en forfaitaire versé aux régions. Pour illustrer l'écart potentiel entre les sommes accordées et la croissance des besoins,



disons que dans une région de l'Ontario, le nombre de personnes recevant des soins à domicile a triplé au cours des six dernières années (Muggah, 1996). L'offre est-elle suffisante pour combler cette augmentation de la demande ? Bien qu'on ne dispose que de données fragmentaires, au dire des intervenants, les ressources ont diminué (Muggah, 1996). Dans ces conditions, les services doivent être réservés aux cas urgents ; cette stratégie n'est pas forcément la meilleure dans une optique de maintien des acquis ou de prévention, ni celle qui soutient le mieux les aidants.

Conclusion

La question principale, rarement formulée en termes explicites, est sans doute celle de savoir à qui revient au premier chef la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées. Incombe-t-elle à leur famille, et plus précisément à leurs conjointes et à leurs filles (ou belles-filles) ? Chappell (1994) fait observer que le soutien familial est devenu la pierre angulaire de la réforme des soins de santé au Canada dans le discours qui en accompagne la mise en place ; comme nous l'avons vu, la remarque s'applique parfaitement à l'Ontario. Allant plus loin, Chappell affirme que les soins de santé

au Canada sont le lieu d'apparition d'« un nouveau paradigme : les efforts des gouvernements pour améliorer la qualité de vie des personnes et des familles seraient nuisibles [et] il ne faudrait en aucun cas dégager la famille de ses tâches traditionnelles de soin ».

Des chercheurs ont longuement démontré le caractère artificiel et idéologique de la distinction entre sphère privée de la famille et sphère publique de l'économie (Neysmith, 1991 : 277 ; Ungerson, 1990). Or le glissement auquel on assiste présentement au Canada, avec le virage communautaire et l'importance croissante accordée au soutien familial, renforce cette idéologie selon laquelle les responsabilités des familles ne regardent qu'elles et ne concernent pas la collectivité (Mills, 1963).

Le Canada a besoin d'inventer des politiques adaptées aux réalités familiales actuelles, non à des réminiscences du passé ou à des représentations idéalisées. En reconnaissant que la famille et l'économie ne forment pas des univers séparés, on pourrait recentrer les politiques, par exemple, sur les besoins de soutien croissants des travailleurs salariés qui ont charge de dépendants âgés (Canada Employment and Immigration Advisory Council, 1987 : vii) et sur la prévention des conséquences économiques négatives que subissent les femmes (ou les hommes) obligés de quitter un emploi rémunéré pour s'occuper de leurs parents âgés. Plus largement, il importe de reconnaître que les besoins des familles actuelles diffèrent de ceux des familles d'autrefois et que nos politiques doivent apporter des solutions inédites pour faire face à ces réalités nouvelles.

Carolyn J. Rosenthal
Office of Gerontological Studies
McMaster University
Hamilton

Note

- 1 Paru en anglais dans *Ageing International* (24, 1, 1997), sous le titre « The changing contexts of family care in Canada ». Traduction : Johanne Archambault.

Bibliographie

- BARER, M. L., R. G. EVANS et C. HERTZMAN. 1995. « Avalanche or Glacier? Health Care and the Demographic Rhetoric », *Canadian Journal on Aging*, 14, 2: 193-224.
- BEAUJOT, R. 1995. « Family Patterns at Mid-Life (Marriage, Parenting and Working) », dans R. BEAUJOT, E. GEE, F. RAJULTON et Z. RAVANERA, éd. *Family Over the Life Course. Current Demographic Analysis*. Ottawa, Statistics Canada, Demography Division: 37-75.
- CANADA EMPLOYMENT AND IMMIGRATION ADVISORY COUNCIL. 1987. *Workers with Family Responsibilities in a Changing Society: Who Cares?* (Publication no WH-6-174E.)
- CANADIAN STUDY OF HEALTH AND AGING. 1994. « Patterns of Caring for People with Dementia in Canada », *Canadian Journal on Aging*, 13, 4: 470-487.
- CARNET (The Canadian Aging Research Network). S. d. Work and Eldercare Survey, données inédites. Guelph (Ontario), Université de Guelph.
- CHAPPELL, N. L. 1994. *Health Care Reform: Will it Be Better or Worse for Families?* Plenary Address, Colloque annuel de la Canadian Association on Gerontology, Winnipeg, 13 octobre.
- CHIPPERFIELD, J. 1994. « The Support Source Mix: A Comparison of Elderly Men and Women from Two Decades », *Canadian Journal on Aging*, 13: 434-453.
- CONNIDIS, I. 1989. *Family Ties and Aging*. Toronto et Vancouver, Butterworths.
- CONNOLLY, M. P., et M. MACDONALD. 1990. *Women and the Labour Force*. Ottawa, Statistique Canada, no 98-125.
- DEBER, R., et A. P. WILLIAMS. 1995. « Policy, Payment and Participation: Long-Term Care Reform in Ontario », *Canadian Journal on Aging*, 14, 2: 294-318.
- DENTON, F. T., et B. G. SPENCER. 1995. « Demographic Change and the Cost of Publicly Funded Health Care », *Canadian Journal on Aging*, 14, 2: 174-192.
- FOOT, D. K. 1996. *Boom, Bust and Echo*. Toronto, MacFarlane Walter and Ross.
- GEE, E. M. 1990. « Demographic Change and Intergenerational Relations in Canadian Families: Findings and Social Policy Implications », *Canadian Public Policy*, 16, 2: 191-199.
- HAVENS, B. 1995. « Long-Term Care Diversity within the Care Continuum », *Canadian Journal on Aging*, 14, 2: 225-244.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. 1986. *Aging: Shifting the Emphasis*. Ottawa, Ontario, Health and Welfare Canada, Health Services and Promotion Branch.
- HEALTH AND WELFARE CANADA. 1985. *Profiles on Home Care/Home Support Programs*. Ottawa, Ontario, Health and Welfare Canada.
- MARSHALL, V. W., S. H. MATTHEWS et C. J. ROSENTHAL. 1993. « Elusiveness of Family Life: A Challenge for the Sociology of Aging », dans G. L. MADDIX et M. P. LAWTON, éd. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Volume 13*. New York, Springer: 39-72.
- MARTIN MATTHEWS, A. 1991. *Widowhood in Later Life*. Toronto et Vancouver, Butterworths.
- MARTIN MATTHEWS, A. 1994. *Canadian Responses to Managing Work and Informal Care of Frail Elders: Public Policy and Private Practice*. Communication présentée au colloque annuel de la Gerontological Society of America, Atlanta (Georgie), novembre.
- MARTIN MATTHEWS, A., et C. J. ROSENTHAL. 1993. « Balancing Work and Family in an Aging Society: The Canadian Experience », dans G. L. MADDIX et M. P. LAWTON, éd. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Volume 13*. New York, Springer: 96-119.
- MCDANIEL, S. 1993. « Caring and Sharing: Demographic Aging, Family and the State », dans J. HENDRICKS et C. J. ROSENTHAL, éd. *The Remainder of their Days: Domestic Policy and Older Families in the United States and Canada*. New York, Garland: 129-143.
- MCDONALD, L. 1996. *Transitions into Retirement: A Time for Retirement*. Final Report to National Welfare Grants Program Human Resources Development Canada. Toronto (Ontario), Université de Toronto, Faculté de service social.
- MCDONALD, P. L., et M. Y. T. CHEN. 1994. « The Youth Freeze and the Retirement Bulge: Older Workers and the Impending Labour Shortage », dans V. W. MARSHALL et B. MCPHERSON, éd. *Aging: Canadian Perspectives*. Peterborough (Ontario), Broadview Press: 113-139.
- MILLS, C. W. 1963. *Power, Politics and People: The Collected Essays of C. Wright Mills*. New York, Basic Books.
- MUGGAH, Betty (Executive Director, VON, Hamilton Wentworth Branch of the Victorian Order of Nurses, Hamilton, Ontario). 1996. Communication personnelle.
- NEYSMITH, S. 1991. « A Social Model of Care », dans C. BAINES, P. EVANS et S. NEYSMITH, éd. *Women's Caring: Feminist Perspectives on Social Welfare*. Toronto, McLelland and Stewart: 272-299.
- ONTARIO MINISTRY OF COMMUNITY AND SOCIAL SERVICES. 1989. *Evaluation of the Integrated Homemaker Program. Final Report*. Toronto, Ontario Ministry of Community and Social Services.
- ONTARIO MINISTRY OF COMMUNITY AND SOCIAL SERVICES. 1987. *Guidelines for Family Respite Programs*. Toronto, Ontario Ministry of Community and Social Services.
- ONTARIO WOMEN'S DIRECTORATE et ONTARIO MINISTRY OF COMMUNITY AND SOCIAL SERVICES. 1991. *Work and Family: The Crucial Balance*. Toronto, l'auteur.
- REPORT OF THE COMMITTEE ON WOMEN AND ECONOMIC RESTRUCTURING. 1994. *Women and Economic Restructuring*. Ottawa, Canadian Labour Market and Productivity Centre.
- ROSENTHAL, C. J. 1994. « Long-Term Care Reform and "Family" Care: A Worrisome Combination », *Canadian Journal on Aging*, 13, 4: 419-427 (éditorial).
- ROSENTHAL, C. J., et S. NEYSMITH. 1990. *Informal Support to Older People: Conclusions, Forecasts, Recommendations and Policy Prescriptions in Recent Policy Deliberations*. Rapport inédit préparé pour Statistique Canada.
- ROSENTHAL, C. J., A. MARTIN-MATTHEWS et S. H. MATTHEWS. 1996. « Caught in the Middle? Occupancy in Multiple Roles and Help to Parents in a National Probability Sample of Canadian Adults », *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, 6: S274-S283.
- STATISTIQUE CANADA. 1991. *Characteristics of Dual-Earner Families 1989*. Ottawa (Ontario), Statistique Canada.
- TENNESTEDT, S., L. SULLIVAN, J. MCKINLAY et R. D'AGOSTINO. 1990. « How Important Is Functional Status as a Predictor of Service Use by Older People? », *Journal of Aging and Health*, 2: 439-461.
- UNGERSON, C. 1990. « The Language of Care: Crossing the Boundaries », dans C. UNGERSON, éd. *Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*. Londres, Harvester Wheatsheaf.
- VOWLES, A. 1994. « Home Remedies: Home Care Network Fills Gaps in Support Systems », *Health Economics*, mars: 19-21.
- WISTER, A. 1985. « Living Arrangement Choices among the Elderly », *Canadian Journal on Aging*, 4, 3: 127-144.