

Éditorial

La gérontologie s'intéresse depuis longtemps à l'interaction sociale et au soutien social, entre autres choses, parce qu'elle cherche à mieux comprendre l'importance de l'interaction sociale dans la vie quotidienne, importance aussi forte vers la fin de la vie que durant les jeunes années. La recherche des années 1970 et 1980 s'est concentrée sur le type, la portée et les sources de soutien social pour les aînés. Elle était importante parce qu'à l'époque, on croyait généralement que la famille nucléaire abandonnait ses aînés aux mains des établissements de soins de longue durée et que les aînés étaient en grande partie isolés, principalement de leurs familles. La recherche gérontologique a signalé le mythe à cet égard et documenté l'étendue des liens sociaux de la vieillesse.

Toutefois, la majeure partie de la recherche n'examinait pas directement le lien entre l'interaction sociale et la qualité de la vie; elle ne différenciait pas non plus les notions de soutien et d'interaction sociale. Elle avait plutôt tendance à supposer qu'interaction sociale et soutien étaient synonymes (Chappell, 1992). Durant les années 1980, la recherche sur le soutien social vers la fin de la vie s'est tournée vers la relation empirique entre le soutien social et le bien-être. Elle cherchait à découvrir si l'interaction sociale se relie positivement à la qualité de vie des aînés, comme on le suppose communément. Elle a relevé un lien entre les concepts de soutien et de bien-être, lien tantôt direct, tantôt indirect, mais elle n'a pas fait l'unanimité à cet égard: parfois, le soutien social est associé à la qualité de nos vies quotidiennes, même en l'absence de stress, mais il est aussi relié à la qualité de la vie lors de périodes de stress alors que le soutien renforce le bien-être (voir à ce sujet Cohen & Syme, 1985; Kessler & McLeod, 1985; House & Kahn, 1985; Antonucci, 1990).

La richesse des études empiriques de cette période a fait ressortir l'immense complexité des relations humaines. Vers la fin des années 1980, les chercheurs se détachaient des études corrélationnelles sur le soutien et le bien-être et s'attardaient aux processus en place. Nous avons là toutefois un domaine où les questions sont plus abondantes que les réponses (Montgomery, 1996). On reconnaît maintenant le soutien social comme un concept multidimensionnel et on veut savoir quels en sont les aspects importants à l'égard du maintien et de la valorisation d'une qualité de vie donnée. Par exemple, Pearlin (1985) émet l'hypothèse d'une spécialisation du soutien. En d'autres termes, il pourrait s'avérer plus efficace de pouvoir compter sur différents types de soutien appropriés au problème à résoudre. Le soutien sur un problème technique au travail proviendra vraisemblablement d'un collègue plutôt que d'un membre de la famille. L'aide dans l'éducation des enfants pourrait se trouver plus souvent auprès de parents que d'amis ou de collègues de travail. L'évolution d'un problème pourrait par ailleurs

nécessiter un changement du type de soutien en cours de route. Ainsi, une personne aura, dans un premier temps, besoin de soutien informationnel et par la suite, de soutien émotif. Il faut se rappeler que les problèmes sont rarement isolés les uns des autres, mais on sait peu de choses sur le rôle du soutien social lorsque les problèmes sont nombreux.

On admet de plus en plus que le soutien social peut générer des effets négatifs aussi bien que positifs. Wortman et Conway (1985) citent des études dans lesquelles la plupart des personnes en santé indiquent qu'elles peuvent faire des pieds et des mains pour distraire un malade atteint du cancer tandis que la plupart des patients souffrant de cancer déplorent cet optimisme acharné qu'ils jugent affecté et perturbant. La minimisation des problèmes par autrui n'est d'aucune utilité. Antonucci (1990) souligne que les relations négatives peuvent avoir un effet plus puissant que positif sur le bien-être et que les interactions négatives peuvent affecter la santé psychologique et émotive plus fortement que les relations de soutien.

À la complexité du concept de soutien social s'ajoute la complexité de la notion de qualité de vie, laquelle a été mesurée par les taux de mortalité et de morbidité spécifique et par d'autres indices de maladie, notamment l'invalidité, le bien-être psychologique, des indicateurs généraux de satisfaction, de bien-être ou de déficience intellectuelle. L'éventail est vaste et on ne comprend pas encore très bien si certains types de soutien social sont plus importants que d'autres à l'égard d'un aspect du bien-être ou d'un autre. En vérité, nous ne possédons pas encore de réponses concluantes en matière de causalité. On suppose que le soutien social engendre le bien-être mais la direction causale peut se révéler inversée dans les cas de maladie, de diminution des facultés mentales ou de diminution d'autres aspects du bien-être supposant moins de relations avec autrui et moins de soutien social. La diminution du bien-être peut engendrer la diminution de l'aptitude sociale. La relation si bien documentée entre le soutien social et le bien-être serait-elle contrefaite et devrait-on y faire intervenir d'autres facteurs? Sommes-nous en présence d'une relation linéaire ou curviligne?

Si le soutien social rehausse la qualité de vie, son mécanisme demeure encore mal connu. Son fonctionnement sous-jacent pourrait inclure la communication de conseils ou d'information par lesquels les bénéficiaires du soutien se voient offrir la possibilité de profiter de meilleurs services ou encore il pourrait se composer de services et d'aide tangible fournis par les membres d'un réseau social. Le soutien social pourrait reposer sur la maîtrise et la pression sociales par lesquelles les gens sont amenés à vivre plus sainement. Peut-être y a-t-il un lien physiologique direct entre l'effet du soutien social et la psychologie d'une personne au point de stimuler sa sensibilité à certaines maladies du système neuro-endocrinale ou immunitaire? La recherche se poursuit dans tous ces secteurs. C'est un domaine complexe et fascinant.

Il faut noter de plus que la plupart des recherches sur le soutien social dans les dernières années de la vie se sont concentrées sur l'empathie et l'aide. C'est un secteur de préoccupation pour les familles et les amis dans

la mesure où ce sont le plus souvent eux qui accordent les soins. Les décideurs et les praticiens s'y intéressent parce que la détérioration de la santé caractéristique du vieillissement augmente les attentes à l'égard du système de santé. Les gérontologues ont relevé la vaste quantité de soins provenant de réseaux non officiels, de la famille et des amis depuis trois décennies. On estime que, en présence ou non d'un système de soins de santé complet dans un pays, le réseau d'aide non officiel fournit 75 à 85 pour cent des soins personnels aux aînés (Kane, 1990). On connaît bien la source du soutien: il provient des femmes (épouses ou filles surtout). On connaît bien également le contenu de l'aide, soit les tâches accomplies et les activités de la vie quotidienne soutenues. Plus récemment, l'intérêt s'est porté sur le stress et le fardeau imposés aux soignants. Moins de recherches étudient la gratification ou la réciprocité reliées aux soins accordés.

Nous n'avons aucune preuve permettant de conclure que les familles accordent moins volontiers de soins à leurs aînés qu'autrefois (Doty, 1986). Même en présence de soins professionnels, les soins personnels persistent (Chappell, 1994a). Il s'est manifesté beaucoup d'inquiétude sur la question du coût des soins professionnels dans des secteurs autrefois réservés à la famille et aux amis. Les recherches démontrent que ce n'est pas un service particulièrement coûteux et que ceux qui en ont besoin l'utilisent avec parcimonie. De plus, il ressort fréquemment que le fait d'accorder des soins dans ce secteur peut contribuer à la diminution des frais d'autres aspects du système et que les soins structurés accordés à la maison n'ont pas à constituer des frais supplémentaires. Pour rendre le système rentable, il faut le considérer dans son ensemble (Chappell, 1994b).

Le discours sur la réforme de la santé des années 1990 a fait croître l'intérêt envers les services personnels. On a remplacé le manque de reconnaissance flagrant à l'égard des soignants des années 1970 par l'élévation des soins personnels et communautaires au rang de pierre angulaire des propositions de réforme des services de santé. La réduction des coûts du système de santé, la restriction des critères d'admissibilité aux services et l'élimination de nombreux services communautaires d'ordre social ont fait de l'augmentation du fardeau imposé aux soignants, en majorité des femmes (qui dominent à la fois l'ensemble des soignants personnels et la masse des travailleurs en services de santé), une question d'intérêt pour les chercheurs.

Les articles du présent numéro de *La Revue canadienne du vieillissement* viennent augmenter la connaissance de ce secteur important, à la fois du point de vue de l'interaction sociale et des soins accordés. À cet égard, l'article de Hazel MacRae sur les liens d'amitié chez des aînées de trois villages de la Nouvelle-Écosse s'avère particulièrement intéressant. Ces femmes de la classe ouvrière ont l'habileté de se créer des amitiés, tout comme les femmes de classe moyenne et de classes supérieures observées dans d'autres recherches et elles sont très engagées socialement. Elles estiment qu'un(e) ami(e) proche est d'abord et avant tout un(e) confident(e) à qui l'on peut faire confiance; il s'agit souvent d'amitiés de longue date établies dans

un processus de gestion d'identité où la relation provoque un sentiment de compétence et d'utilité et comble le besoin d'être aimé.

L'article de Julie McMullin et Victor Marshall examine la situation de gens sans enfants, le stress et le bien-être et signale que le soutien des amis diminue le stress de la même façon chez les parents et chez les gens sans enfants. L'existence d'un ami proche réduit le stress mais les liens familiaux étroits ne le font pas. Par contre, la présence d'un membre de la famille qui est proche intervient entre le stress et le bien-être, effet qu'un ami proche ne produit pas. D'autre part, le fait d'être parent ne contribue pas au bien-être; les aînés, qu'ils soient parents ou non ont tous deux la chance de jouir d'un certain bien-être dans la mesure cependant où ils parviennent à entretenir un réseau social étendu. L'absence d'enfant constitue un facteur important dans le cas où les gens sans enfants n'ont qu'une petite famille sur qui compter et où le soutien familial est facteur de stress.

Alun Joseph et Bonnie Hallman ont étudié le triangle géographique, c'est-à-dire la disposition spatiale du domicile d'un soignant occupant un emploi, de son lieu de travail et du domicile de la personne dont il s'occupe. On ne s'étonne pas d'apprendre que les personnes interrogées qui ont la double charge d'enfants et d'une personne âgée ont signalé plus fréquemment des effets sur leur travail que les personnes qui assument la responsabilité d'un aîné seulement. L'interaction entre l'effet des déplacements et la nature des responsabilités familiales ressort de façon plus évidente chez les sujets qui ont de longues distances à parcourir pour se rendre chez l'aîné soigné. Ce sont les personnes qui ont une double charge et un trajet plus long qui ont le plus insisté auprès de leur parent âgé pour que celui-ci déménage plus près. Il se produit plus de changements de l'axe foyer-aîné du triangle que de l'angle foyer-travail du soignant parce que de dernier domine cet aspect de la situation. L'étude souligne l'importance du temps des déplacements et de la distance à l'égard du soin des aînés, surtout lorsque l'on sait que seule une minorité des aînés autonomes cohabite avec les soignants, la plupart disposant de leur propre domicile.

Sandra Crowell et collègues concluent que les aînées recevant des soins à la maison ne sont pas nécessairement ceux qui sont les plus dépendants et s'interrogent sur les bénéficiaires des soins, sur le type de services reçus et comparent leur situation à celle des aînés vivant en établissement. Les résultats démontrent que plus du double d'aînés de la Nouvelle-Écosse ont recours aux services de soins à domicile que les Terre-Neuviens, en dépit d'une similitude de prévalence ponctuelle des soins en établissement et du nombre d'aînés hospitalisés. La province de Terre-Neuve semble viser la clientèle la plus vulnérable puisque son taux d'utilisation était plus faible dans l'ensemble mais le nombre d'aînés frêles y est le plus élevé. L'article de Mario Paquet présente un cadre conceptuel d'étude de la résistance des soignants à recourir aux services de soutien en place. Quant à Mårten Lagergren, il nous fait parvenir de Suède un examen des facteurs reliés à l'hébergement en établissement. Les résultats indiquent que l'invalidité fonctionnelle et la démence annoncent le placement en établissement; les

conditions de logement, l'état civil et les autres variables sociales, y compris le soutien social, n'entrent pas en ligne de compte.

Tous ces articles démontrent l'ampleur et la complexité de la recherche en matière de soutien social. C'est par elle que notre connaissance poursuit son progrès.

Références

- Antonucci, T.C. (1990). Social Supports and Social Relationships. Dans R.H. Binstock & L.K. George (Éds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (3^e éd.). New York: Academic Press.
- Chappell, N.L. (1992). *Social Support and Aging*. Toronto: Butterworths.
- Chappell, N.L. (1994a). Informal Support, proceedings of the Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, Promoting Successful and Productive Aging. Sage.
- Chappell, N.L. (1994b). Aging and Social Support: Policy Implications, proceedings from the Conference. Présentation au congrès The Impact of an Aging Population on Society, Université de Calgary, Calgary, Alberta.
- Cohen, S., & Syme, S.L. (1985). Issues in the Study and Application of Social Support. Dans S. Cohen & S.L. Syme (Éds.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Doty, P. (1986). Family Care of the Elderly: The Role of Public Policy. *The Milbank Quarterly*, 64, 34–75.
- House, J.S., & Kahn, R.L. (1985). Measures and Concepts of Social Support. Dans S. Cohen & S.L. Syme (Éds.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Kane, R.L. (1990). Introduction. Dans R.L. Kane, J.G. Evans, & D. MacFadyen (Éds.), *Improving the Health of Older People: A World View*. New York: Oxford University Press.
- Kessler, R.C., & McLeod, J.D. (1985). Social Support and Mental Health in Community Samples. Dans S. Cohen & S.L. Syme (Éds.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Montgomery, R.J.V. (1996). Advancing Caregiver Research: Weighing Efficacy and Feasibility of Interventions. *The Journals of Gerontology*, 51B(3), S109–S110.
- Pearlin, L.I. (1985). Social Structure and Processes of Social Support. Dans S. Cohen & S.L. Syme (Éds.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.
- Wortman, C.B., & Conway, T.L. (1985). The Role of Social Support in Adaptation and Recovery from Physical Illness. Dans S. Cohen & S.L. Syme (Éds.), *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.

Neena L. Chappell