

Politiques Sociales, Personnes Âgées et Proches Aidant-e-s au Québec

Sexisme et Exclusion

NANCY GUBERMAN ET JEAN-PIERRE LAVOIE

Cet article porte sur une analyse des politiques québécoises de services de longue durée et leurs conséquences sur les femmes en tant que personnes âgées ou proches aidantes. Un bref historique relatant l'évolution des politiques de la vieillesse permet de situer les orientations actuelles dans un mouvement de délégation croissante des soins vers les acteurs de la société civile, notamment les familles, mais aussi les secteurs privé et communautaire, et de désengagement de l'État. Parmi les répercussions de ces orientations néolibérales sur les femmes âgées on compte l'exclusion d'un grand nombre d'entre elles des services publics et l'obligation de recourir aux services payants, la réduction de leur identité à leur âge et leurs incapacités ainsi que la bureaucratisation et la technicisation de l'intervention offerte par les services publics. Les conséquences pour les proches aidants de ce mouvement de transfert de la responsabilité des soins vers la famille sont déjà bien documentées et incluent des problèmes de santé physique et mentale, des conflits familiaux, un rétrécissement de leur vie personnelle et des difficultés majeures à concilier vie professionnelle et soins.

This article analyzes Quebec's long-term care policy with regard to older people and its consequences for older women and their caregivers. A brief history of the evolution of these poli-

cies situates current orientations in a movement of increasing shifts for the responsibility for care from the public sector to other actors in civil society, particularly the family, but also the private and community sectors with a concomitant disengagement of the State. The effects of the current neo-liberal policies on older women include the exclusion of many of them from access to public services and the ensuing obligation to pay for care; the reduction of their identities to their age and their disabilities; and the bureaucratisation of the intervention offered by the public sector. Consequences for caregivers of the transfer of the responsibility for care to families have already been thoroughly documented and include physical and mental health problems, a narrowing of their personal life and major difficulties in juggling their professional life and the demands of caregiving.

En mettant en place des politiques gouvernementales à l'égard des personnes âgées ayant des incapacités, l'État définit dans un premier temps les services auxquels ces personnes ont droit. Cependant, il ne fait pas que déterminer le rôle et les responsabilités qui lui incombent. Il définit également les rôles et les responsabilités de plusieurs autres acteurs qui peuvent intervenir dans les soins aux personnes âgées (Esping-Andersen 1990, 1999).

Parmi ces acteurs, notons les organismes communautaires, le secteur marchand (les entreprises privées) et surtout l'entourage des personnes âgées.

Pour comprendre l'évolution du rapport entre l'État québécois et ces acteurs, nous allons tout d'abord procéder à un bref historique de la mise en place du dispositif québécois lié à la prise en charge des individus dits "dépendants" et ses répercussions sur les personnes âgées ainsi que leurs proches.¹

Historique de l'Évolution du Dispositif Québécois de Soins à la Vieillesse

C'est avec la Révolution tranquille, au début des années 1960, que se mettent en place les premiers jalons du dispositif québécois que nous connaissons aujourd'hui. Avant cette période, l'essentiel de l'aide aux personnes âgées et aux populations démunies en ce qui concerne la portion francophone du Québec, relève essentiellement des solidarités familiales et paroissiales ainsi que des œuvres de charité contrôlées par les communautés religieuses. Les interventions de l'État sont rarissimes et visent surtout à soutenir les œuvres religieuses, ce qui n'a pas été sans créer des résistances.

1960-1980: La Mise en Place de l'État-Providence et Institutionnalisation de la Vieillesse

Avec l'arrivée au pouvoir du parti libéral, la volonté du gouvernement est de prendre en charge l'essentiel des services sociaux et des services de santé et aussi d'assurer l'universalité des soins. Avec la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESBES, 1967-1972, mieux connue sous les noms de ses présidents, Castonguay et Neveu) et l'accession de Claude Castonguay au poste de ministre de la santé et du bien-être en 1970, se mettent en place les principaux éléments qui feront de la santé et des services sociaux le réseau que nous connaissons durant les trente années suivantes. Cette commission avait pour objectif, non seulement la mise en place de l'universalité des soins de santé et des services sociaux mais aussi de voir à ce que ces derniers soient organisés, rationalisés et hiérarchisés sous le monopole étatique (Lesemann). La commission recommandait également de privilégier les services à la communauté et leur désinstitutionnalisation (Vaillancourt et al.).

Ces changements dans les orientations gouvernementales correspondaient à plusieurs revendications venant du mouvement communautaire dont les comités de citoyen-e-s et les organismes spécialisés dans les services alternatifs – cliniques populaires de santé, aide juridique—lesquels exigeaient entre autres la gratuité des soins de santé et des services sociaux de proximité. Malgré l'orientation vers la désinstitutionnalisation, le Québec avait atteint, à la fin des années 1970, un niveau record de 8 % de la population âgée de 65 ans et plus vivant en institution (Roy 1996). En réalité, l'action du gouvernement l'orientait davantage vers une politique d'institutionnalisation des personnes âgées, comme si l'hébergement constituait en soi, une récompense pour services rendus à la société et donc une forme de responsabilisation collective, alors même que les services

à domicile restaient sous développés et fragmentés.

Le vieillissement appréhendé de la population, les difficultés budgétaires résultant de la stagnation économique de la fin des années 1970 et du début des années 1980, ainsi que les critiques généralisées de l'intervention gouvernementale bureaucratique et technocratique ont contribué à un réalignement important de la politique québécoise de la santé et des services sociaux. En effet, on assiste à une large mobilisation des mouvements sociaux de l'époque, dont le mouvement féministe qui revendiquait entre autres, l'humanisation, la désinstitutionnalisation et la démedicalisation des soins et exigeait, en particulier que les femmes soient en mesure d'assurer elles-mêmes le contrôle sur leur santé.

1980-1995: Le Virage Domicile et l'Appel aux Solidarités Familiales

En 1979, le gouvernement publie sa première politique de services à domicile et stipule que désormais la priorité ira à ce type de services plutôt qu'à l'institutionnalisation (Roy 1994). Ce virage se fait d'abord sous le signe d'une approche partenariale avec les familles: elles pourront s'engager dans ce type d'aide seulement si elles le désirent et s'en montrent capables (MAS 1979; CESSS). Cependant, cette approche partenariale sera rapidement abandonnée. La prise de conscience de la proportion croissante de personnes âgées au sein de la population et les premières difficultés budgétaires de la fin des années 1970 allaient en s'accroissant. Vis-à-vis ce constat, l'État québécois adopte un discours sur le vieillissement comme s'il s'agissait d'une catastrophe appréhendée; comme si ces personnes représentaient un fardeau pour le réseau de la santé et des services sociaux. Dès lors, l'appareil gouvernemental se tourne vers les solidarités familiales. Dans sa politique sur les personnes âgées adoptée en 1985, le ministère des Affaires Sociales souligne non seulement les limites de l'État, mais

affirme qu'il est trop intervenu en se substituant aux solidarités familiales et communautaires:

L'implication marquée de l'État, des moyens qu'il a privilégiés (hébergement institutionnel...) comporte la possibilité de créer une dépendance des individus et des groupes envers les services étatiques. (MAS 1985: 28)

À partir de ce moment, les familles et les communautés sont "promues" premières responsables du bien-être des personnes âgées fragilisées; le rôle de l'État se limite à encourager les solidarités de proximité et à les soutenir en cas de besoin. À partir de la fin des années 1980 et le début des années 1990, cette approche sera reprise dans tous les documents d'orientation ainsi que toutes les commissions d'enquête et ce, même si la politique familiale du gouvernement québécois reconnaît que la majorité des familles éprouvent des difficultés à concilier les exigences familiales avec le travail des deux conjoints. Entre 67% et 80 % des femmes âgées de 25 à 54 ans occupent un emploi rémunéré. Malgré cela, l'État québécois maintient son discours centré sur le partenariat et la responsabilisation des familles et des acteurs communautaires. Cette approche sera ouvertement critiquée tant par les nouveaux groupes de proches aidant-e-s, que par le mouvement des femmes, les secteurs communautaire et syndical. Ensemble, ces acteurs se mobiliseront au sein d'une grande coalition dont l'objectif est de contrer les orientations étatiques dans le réseau de la santé. Malheureusement, les actions entreprises par ces mouvements de contestation auront peu d'effet sur l'approche gouvernementale.

Cette politique de responsabilisation des familles se manifeste autant dans les services d'hébergement que dans les services à domicile. L'évolution du profil type des résident-e-s en institution indique que les besoins de services sont en augmentation croissante: entre 1985 et 1997, les soins requis passent d'une moyenne

de 1,85 heure à 3,5 heures par jour. De plus, le nombre de lits passe de près de 60 000 en 1988 à environ 52 000 en 1995 (Charpentier). Et pourtant, l'augmentation des budgets alloués aux services à domicile restent modestes et ce secteur ne reçoit toujours que 2,5 % du budget du réseau de la santé et des services sociaux en 1995 (MSSS). Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) sont sous

effet, c'est en 1994 que le gouvernement entreprend de faire une importante reconfiguration du réseau de santé avec l'introduction de ce que l'on a appelé depuis, le "virage ambulatoire." Ce concept signifie l'articulation d'un ensemble de mesures de rationalisation prises au sein du réseau de la santé, dont la fermeture d'hôpitaux et de lits de convalescence ainsi qu'un recours accru à la chirurgie

transfert de services hospitaliers vers les communautés serait accompagné d'une vision plus sociale et holistique des soins. Malheureusement, ce ne fut pas le cas. La vision bio-médicale enracinée dans les hôpitaux—où les problèmes de santé sont réduits à leur simple aspect physiologique au détriment des aspects sociaux de la santé et de la prévention, ce qui conduit à la sur-médicalisation,

On assiste à une large mobilisation des mouvements sociaux de l'époque, dont le mouvement féministe qui revendiquait entre autres, l'humanisation, la désinstitutionnalisation et la démedicalisation des soins et exigeait, en particulier que les femmes soient en mesure d'assurer elles-mêmes le contrôle sur leur santé.

pression et doivent réduire le nombre de services offerts, notamment en laissant tomber l'entretien ménager.

À Partir de 1995: Un État qui se Désengage en Recourant à l'Économie de Marché

La première moitié des années 1990 est à nouveau caractérisée par la stagnation et le recul de l'économie. Cette situation aggrave la crise budgétaire: les gouvernements fédéral et provinciaux se croient obligés de couper dans leurs dépenses et à procéder à des compressions budgétaires ce qui a pour effet de renforcer la tendance à recourir à des solutions en dehors du secteur public.

Dans un premier temps, le gouvernement poursuit la réduction du nombre de lits en centre d'hébergement et de soins de longue durée: plus de 3 000 places seront fermées entre 1995 et 2002, ne laissant environ que 49 500 lits avec une tendance marquée vers la décroissance. Cette contraction du nombre de lits en hébergement dans le secteur public et le resserrement des critères d'admission (le seuil d'heures de soin requis étant en augmentation constante) favorise le développement de l'hébergement dans le secteur privé.

Un deuxième changement vient affecter les services à domicile. En

d'un jour et le transfert de soins actifs vers le domicile. Cette reconfiguration s'accompagne de compressions budgétaires majeures dans une perspective d'élimination du déficit budgétaire au niveau provincial. Les services à domicile, qui englobe les soins infirmiers post-hospitaliers, ne recevront qu'une partie des ressources prévues. Les CLSC restent donc avec peu de marge de manœuvre et ce, malgré une augmentation de 53% du budget entre 1994-1999 et malgré un montant de 600 millions de dollars alloué en 2002. Le budget des services à domicile ne représente quand même qu'environ 3,4 % du budget du réseau public de la santé et des services sociaux (MSSS). Ils doivent donc procéder à leur tour au transfert des soins infirmiers et professionnels vers les aidant-e-s du milieu familial (Ducharme et Trudeau; Hébert et al; Gagnon et al). Plus que jamais, les familles deviennent le pivot du "maintien à domicile" pour les personnes âgées. Parallèlement à la responsabilisation accrue des aidant-e-s issu-e-s des familles et des communautés, les gouvernements fédéral et provinciaux offrent quelques crédits d'impôt ainsi que des mesures timides pour favoriser la conciliation entre le travail rémunéré des proches qui assurent les soins aux personnes âgées.

Nous aurions pu penser que le

l'investissement dans la technologie médicale et l'industrie pharmaceutique—s'est prolongée dans le travail des professionnel-le-s du secteur des soins à domicile.

Par ailleurs, les organismes communautaires et les familles, sont mis à contribution. Entre 1995-1996 et 1999-2000, le financement aux organismes bénévoles a presque doublé, passant de 107 millions de dollars à 198 millions de dollars, alors que le budget du réseau de la santé et des services sociaux reste gelé (Vaillancourt et al. 2000). Parallèlement, le gouvernement québécois, toujours confronté à une crise de l'emploi, organise en 1996 deux sommets socio-économiques où il convoque les mouvements sociaux (syndicats, groupes communautaires et féministes) et des entreprises du secteur privé à venir négocier une nouvelle entente sur la distribution des dépenses publiques. L'une des revendications principales des groupes de femmes organisés autour de la "Marche des femmes" en 1995,² est déposée à la table des négociations. Celle-ci exige la mise sur pied d'infrastructures sociales à travers un important investissement financier de l'État, en particulier dans les groupes de femmes. Toutefois, l'État québécois transformera cette revendication en mesures d'employabilité afin d'inté-

grer des personnes exclues du marché du travail et dépendantes de diverses formes de sécurité du revenu dans des entreprises communautaires à caractère économique et social. Ces entreprises font maintenant partie de ce qu'on appelle l'économie sociale laquelle, selon le désir de l'État, devrait transformer l'aide en milieu familial, délaissée par les CLSC, en un vaste secteur de création d'emplois: les "Entreprises d'Économie Sociale en Aide Domestique" (EÉSAD), regroupent en effet des entreprises du secteur communautaire embauchant d'ancien-e-s chômeur-euse-s et des bénéficiaires de l'aide sociale. Ces personnes sont affectées à des postes d'entretien ménager chez des personnes âgées référées par les CLSC ou par tout autres acteurs faisant appel directement à des organismes d'économie sociale. Malgré les subventions allouées aux EÉSAD et un programme d'exonération en faveur des personnes défavorisées référées par les CLSC, le système prévoit une contribution de la part des l'utilisateur-s ce qui met fin à la gratuité des services d'entretien domestique.

Plusieurs de ces changements sont faits sans soutien administratif et sans encadrement juridique. De plus, la politique gouvernementale des services à domicile n'est pas mise à jour malgré quelques ajustements intégrés graduellement à partir des années 2002. Au nombre de ces quelques ajustements, il y a l'adoption en 2002, de la loi 90 comportant des modifications apportées au code des professions. Essentiellement, celles-ci accordent aux proches la permission d'assurer des soins, auparavant réservés à des groupes de professionnel-e-s. Vient ensuite l'adoption en 2003 de la nouvelle politique sur les services à domicile, laquelle précise l'ensemble des services offerts tant aux personnes ayant des incapacités que le soutien accordé à leurs aidant-e-s. Elle spécifie également les responsabilités qui incombent au secteur public dans les services à domicile ainsi que le statut des aidant-e-s, désormais désigné-e-s tout à la fois partenaires, client-e-s et citoyen-ne-s. C'est ainsi que la loi

reconnaît à ces proches aidant-e-s le droit de s'engager ou non dans un travail de soin à des membres de leur famille, en insistant sur le caractère libre et éclairé de cet engagement. Au moment de l'adoption de la loi, le gouvernement jugeait qu'un réinvestissement de 300 millions de dollars serait nécessaire à son implantation mais ce montant n'a jamais été attribué de sorte que cette politique demeure pratiquement inopérante.

Cette loi sur les services à domicile est discordante par rapport à d'autres mesures qui contribuent à divers degrés à la régularisation du transfert de soins hors du secteur public, c'est-à-dire soit vers les familles, le secteur communautaire ou le secteur privé. Nous assistons donc, de façon éclatante, à la consolidation d'une économie mixte caractérisée par la croissance d'un secteur privé et un accès restreint aux services publics aux seules personnes "en perte d'autonomie" (sic). Les personnes touchées par les services à domicile sont désormais celles qui présentent des pertes fonctionnelles significatives, des risques réels de chutes, de malnutrition ou d'hospitalisation pour ne nommer que ces quelques exemples. À cette fin, des outils d'évaluation standardisés, centrés sur les capacités fonctionnelles (capacité de se lever, de se nourrir, de se laver, etc.) sont introduits et servent principalement à évaluer les conditions d'éligibilité plutôt qu'à la compréhension globale de la situation des personnes concernées (Edinburgh and Aldredge; Shortell and Kaluzny). Ces outils s'inscrivent dans une nouvelle approche de gestion des soins axée sur l'efficacité, l'efficience, la réduction des coûts, la performance et l'obtention de résultats (Armstrong, Armstrong, Bourgeault, et Mykhalovskiy; Grenier 2007; Kane). Il s'agit d'un processus d'évaluation où la personne âgée est peu impliquée et au bout duquel une "cote heures/soins" détermine les traitements spécifiques comme le bain, l'aide aux repas ou l'obtention d'appareils (Grenier 2007). Nous savons que les services aux personnes âgées ont toujours été caractérisés par un profond encreage

médical. Cependant, les dernières réformes dans le domaine des services à domicile mettent davantage l'accent sur les risques biomédicaux et fonctionnels comme les fractures de hanche, la malnutrition, les infections etc., que les risques sociaux, ce qui en bout de ligne contribue énormément à la réduction de l'éventail des services offerts (Grenier 2007).

À partir de cette période donc, l'ensemble des politiques sociales sur le vieillissement s'inscrivent à l'intérieur de l'orientation néolibérale de la plupart des pays occidentaux. Selon Gösta Epsing-Andersen, ces politiques sont de toute évidence caractéristiques d'un type d'État ayant conservé une approche résiduelle dont nous ne pouvons que constater l'effet d'exclusion sur les personnes ayant besoin de soutien ainsi que leurs proches.

L'Absence d'Analyse Différenciée selon le Sexe

Il est devenu tout à fait banal d'affirmer que le maintien des personnes ayant des incapacités ou des maladies chroniques dans les communautés n'est possible que parce que les soins sont assurés par les familles dans 80% des cas et que ce travail relève principalement des femmes (Guberman, Maheu et Maillé; Biegel et Blum, 1990; Guberman et Maheu; Statistique Canada; Stone, Cafferata et Sangl). Et ce sont encore les femmes, souvent issues des minorités ethnoculturelles qui assurent le 20% qui reste dans tous les autres secteurs, entre autres, dans le domaine des soins personnels (Aronson et Neysmith).

En 2001, on a estimé que les "proches," comme on les appelle désormais afin d'éviter de se servir de l'ancienne appellation d'"aidant-e-s naturel-e-s," offraient jusqu'à 9 092 160 heures par année d'aide et de soins, ce qui équivaut à plus de cinq milliards de dollars à un taux horaire modeste de 12 dollars l'heure (Guberman 2003). Ce montant dépasse de loin les investissements publics dans le personnel du maintien à domicile. Le budget total des

services à domicile en 2003 et 2004 a été \$688 543 300 (ICIS). Même si ces chiffres sont parfois remis en question, il n'en demeure pas moins que nous estimons qu'à peine plus de 7 à 10% des services à domicile proviennent du secteur public.

Malgré les conséquences évidentes sur les femmes, aucun document publié depuis 1979 ne réfère aux notions de "femmes" ou "hommes" dans les

professionnel-le-s et les mettent dans une situation où elles sont infantilisées ou méprisées (Grenier 2000). Pour les hommes âgés, les représentations sociales dominantes sont tout aussi contradictoires, mais elles sont tout de même d'un tout autre ordre. Soit nous avons affaire au patriarche autoritaire, à l'homme d'État, au Père Noël, soit nous sommes en présence d'un vieux grincheux ou d'un vieux

occupent une position de plus grande vulnérabilité contrairement aux hommes âgés à qui les professionnels ont tendance à offrir davantage de services. Ce sont eux, et non pas les femmes, qui sont considérés comme véritablement dans le besoin en ce qui concerne les tâches domestiques. Cette conception différenciée des hommes et des femmes, véhiculée entre autres à l'intérieur des services

Les femmes âgées occupent une position de plus grande vulnérabilité contrairement aux hommes âgés à qui les professionnels ont tendance à offrir davantage de services. Ce sont eux, et non pas les femmes, qui sont considérés comme véritablement dans le besoin en ce qui concerne les tâches domestiques.

politiques et les orientations gouvernementales. Pire encore, il n'existe aucune analyse différenciée selon le sexe (ADS) malgré les promesses faites par le gouvernement du Québec à la suite de la 4^e Conférence mondiale pour l'avancement de la situation des femmes dans le monde, organisée par les Nations Unies et tenu à Beijing en 1985. Le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) était à l'époque en train de réécrire ses lignes directrices sur les personnes âgées en perte d'autonomie et devait faire de l'application de l'ADS un projet pilote (Guberman 2002).

Sans aucune méthode d'analyse différenciée selon le sexe, les différences entre les femmes et les hommes âgés, leurs trajectoires de vieillissement et de maladie, leurs rapports aux soins et aux professionnel-le-s, ainsi que leurs conditions de vie, ne peuvent pas être évalués convenablement. Or, plusieurs études démontrent que le vieillissement est sexué. Pensons par exemple aux représentations dominantes qui dépeignent la femme âgée de manière souvent contradictoire, soit comme une gentille grand-mère gâteau ou comme une petite dame frêle, soit comme une méchante sorcière ou même une vieille chipie. Ces images placent les femmes âgées dans une situation d'impuissance potentielle dans leurs relations avec les

pervers. Dans l'ensemble cependant, ces images sont plus positives et nous renvoient moins à des notions de faiblesse ou d'impuissance ; elles positionnent les hommes différemment vis-à-vis les professionnel-le-s du réseau de la santé et des services sociaux. Cela dit, les différences de classe contribuent également à l'établissement de rapports inégaux avec les professionnel-le-s quand il s'agit d'hommes âgés d'origine modeste, surtout lorsque surviennent les incapacités et les déficiences. Dans ce cas, beaucoup d'hommes doivent se soumettre à des rapports de dépendance face aux professionnels, notamment dans les institutions pour personnes âgées. Si les femmes âgées sont perçues comme gentilles et impuissantes; méchantes et exigeantes, les stéréotypes qui affectent les hommes sont davantage conditionnés par l'appartenance sociale et l'incapacité que par leur sexe.

De plus, si les femmes âgées ont moins de difficulté que les hommes à demander de l'aide—en raison entre autres de leur trajectoire d'interaction continue avec les services sociaux et de santé (contraception, maternité, maternage, ménopause)—elles ont en général moins d'expérience que les hommes lorsque vient le temps de revendiquer et de négocier avec les expert-e-s. Dans ce contexte, elles

à domicile, sous-entend une représentation des femmes "naturellement" plus aptes à prendre soin d'elles-mêmes que les hommes. Il s'agit d'une conception qui limite leur droit aux services dans la mesure où on s'attend à plus d'autonomie de leur part dans l'accomplissement des activités de tous les jours. Pourtant, l'incapacité à accomplir les activités domestiques affecte les femmes de manière spécifique à l'intérieur de la sphère domestique car les activités qui s'y rattachent occupent une place significative dans la réalisation de soi. Certaines incapacités physiques limitent les femmes dans l'accomplissement d'activités déterminantes à leur identité. Or, cet aspect n'est pas pris en compte dans l'évaluation de leurs besoins ou lors d'interventions menées dans le cadre des services à domicile. Le deuil que les femmes doivent faire lorsqu'elles ne peuvent plus cuisiner, préparer des petites gâteries pour leurs enfants et petits-enfants, assurer la propreté de leur logis conformément aux standards élevés qu'elles ont maintenus leur vie durant, n'est que rarement considéré par des intervenant-e-s trop préoccupé-e-s à compenser ces pertes sur le plan strictement matériel. Dulac observe par ailleurs, qu'en ce qui concerne les hommes, survient une sorte de féminisation de la gér-

ontologie et des services offerts aux personnes âgées, ce qui ne cadre pas forcément au mode de fonctionnement des hommes. Une fois de plus, l'absence d'une analyse différenciée selon le sexe n'aide pas à la prise en compte de ces réalités au moment de l'application des programmes et l'intervention.

Les politiques sociales et leurs conséquences sur les femmes

Répercussions sur les Proches

Les répercussions des politiques de transfert de soins vers les femmes au sein des familles sont généralement assez connues grâce à plusieurs publications sur l'état de leur santé physique et mentale, leur vie personnelle, familiale et professionnelle, aussi nous les présenterons ici que de façon très succincte. Il y a d'abord un ensemble de malaises, tels que l'épuisement physique et mental, l'insomnie, le stress, l'anxiété, un sentiment d'impuissance, de frustration et de dépression; l'aggravation de maladies chroniques; les maux de dos, de bras, d'épaules, et des migraines ainsi que l'inquiétude constante vis-à-vis l'exigence des soins. Cet ensemble de problèmes a fait l'objet de plusieurs études au cours des vingt dernières années (Biegel, Sales et Schultz, Brody et Brody; Gallagher-Thompson, ; Zarit, Zarit et Edwards). Leurs effets sont plus marqués chez les femmes aidantes qui, davantage que les hommes aidants, évoquent un sentiment de dépression (Lieberman et Fisher), un poids plus important à supporter (Miller et Cafasso) et davantage de tensions émotionnelles (Mui). Voici quelques témoignages puisés dans diverses études que nous avons menées et qui illustrent les conséquences de la prise en charge sur la santé des proches aidantes:

Et la nuit, je ne dors pas: je prends des pilules pour dormir, je prends des pilules pour la tension, je prends des pilules pour le cancer ... désormais je suis arrivée à un point, nerveuse, triste.... Depuis que je fais aussi un peu

de diabète, je ne me sens pas bien des fois...Et malgré tout, il faut courir ! Que je puisse ou pas.... Et mon moral descend tellement bas....

Les attentes envers les aidantes, pour qu'elles développent des habiletés en soins infirmiers, en services sociaux et en réadaptation, sont plus importantes. Plusieurs d'entre elles disent éprouver de la nervosité, de l'insécurité et un sentiment d'impuissance (Côté et al.; Ducharme et al.). S'ensuit la peur de faire des erreurs, de ne pas être adéquate, doublé d'un sentiment d'incompétence et de culpabilité. Il arrive même aux aidantes de ressentir des états de panique lorsque la santé du proche s'aggrave subitement.

En ce qui concerne la vie personnelle, les femmes disent ne pas avoir de temps pour elles-mêmes, de nourrir des projets personnels ou avoir du temps pour leurs amis-e-s (Hooymann et Gonyea; Guberman, Maheu et Maillé 1991). L'épuisement, la dépression et la surcharge de travail mènent à l'isolement social, affectent la concentration et le rendement au travail. Gérer les soins et donner certains traitements sont des tâches parfois complexes pouvant devenir tellement exigeantes et épuisantes que les personnes malades et leurs proches ont le sentiment de se retrouver prisonnières à l'intérieur de leur propre espace domestique.

Tout ce qu'on doit faire de façon obligatoire très régulièrement, même si ça nous demande que quelques heures, ça devient irritant. On se sent prisonnier parce qu'on sent que notre liberté est fortement entamée.

La vie de couple s'en trouve gravement affectée et l'attention aux enfants ou aux petits-enfants diminue, ce qui amène son lot de conflits (Guberman, Maheu et Maillé; Guberman et al.; Strawbridge and Wallhagen).

On n'a pas une vie de couple

comme tout le monde. Dans le sens que si moi j'ai une sortie, on peut pas sortir ensemble. Faut que quelqu'un reste à la maison.

Par ailleurs, l'appauvrissement guette ces proches, car prendre soin implique d'une part, des coûts financiers reliés à l'achat ou l'acquisition d'équipements essentiels comme un lit d'hôpital, un fauteuil roulant, des couches ou de la nourriture spéciale (Bittman et al; Cranswick; Glendinning). D'autre part, il faut prendre en compte la perte de revenu liée aux temps exigés par les soins. Un grand nombre de proches réduisent leurs heures d'emploi ou quittent tout simplement le marché du travail ce qui provoque à long terme une diminution de revenu à l'âge de la retraite (Armstrong; Gignac et al.; Matthews et Campbell; Marks; Stadnyk et al.).

On était sous l'impression que mon père avait une assurance mais non, il n'en avait pas. Alors, on a été obligé de payer de notre poche les médicaments, puis le déplacement qui n'était pas facile en voiture matin et soir Hull-Gatineau, payer le gaz et tout et tout...ça été des coûts assez élevés pour ma situation...

Moi je suis encore en congé sans solde. J'ai même été voir la député. J'ai dit: Coudonc, vous nous criez sur tous les tons: Garder vos vieux à la maison! Mais qu'est-ce que vous faites pour nous aider? J'ai même pas le droit à l'assurance-chômage. Ils ne me considèrent pas sans travail, mon travail je l'ai, j'ai rien qu'à retourner travailler. Mais c'est pas pour mon plaisir que j'ai arrêté!

Il faut compter aussi sur l'invasion du domicile par les professionnel-le-s ayant pour résultat la perte de contrôle sur l'environnement, ce que les personnes âgées et leurs proches ressentent durement, notamment, lorsque le domicile ou la chambre devient une mini-institution dominée par certains

groupes de professionnel-le-s, leur équipement et leur culture.

Ce sont du monde bien intentionné, mais il fallait que je pique une crise pour avoir quelques moments seule....

Répercussions sur les Personnes Âgées³

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, l'orientation néolibérale a amené l'État à se désengager d'une partie de ses responsabilités et à recourir de plus en plus aux membres de la famille, au secteur privé et au secteur communautaire. Ce recours à une économie mixte pour venir en aide aux personnes en perte d'autonomie a été suivi d'un manque d'investissement public dans ce domaine. L'absence chronique de services publics a permis une solide implantation du secteur privé dans les soins à domicile et l'hébergement. L'insuffisance du financement oblige les personnes âgées à défrayer une part grandissante des services qui manquent à leur bien-être. Ces services, elles doivent les acheter auprès d'agences privées ou auprès personnes embauchées de gré à gré (Lavoie). Or, les personnes dépourvues financièrement sont principalement des femmes vivant seules ou des membres de groupes ethnoculturels minoritaires qui ne peuvent se payer l'aide et les soins dont elles ont besoin. Est-il nécessaire de rappeler qu'à l'échelle canadienne c'est au Québec que se trouve l'incidence la plus élevée de faible revenu chez les femmes âgées, avec un taux de 26% en 2003?

Bien que l'évaluation dans les services publics soit établie selon le degré d'incapacité et de besoin, nous constatons que le niveau de revenu de la personne touchée influence les priorités dans l'attribution des services. C'est du moins la situation qui prévaut actuellement en ce qui concerne l'aide à domicile (par rapport aux soins professionnels couverts par la Loi canadienne de la santé adoptée en 1984 au niveau fédéral), avec pour résultat que seules les per-

sonnes dont les revenus sont les plus faibles reçoivent des services d'aide à domicile. Cette approche ne fait pas que violer le principe d'universalité du maintien à domicile, il inflige aussi un stigmate lié au revenu. Elle prive également de services des personnes qui ont un revenu situé tout juste en dessus du seuil déterminé par la loi.

Je n'utilise plus le tank d'oxygène. C'est trop cher. Je ne peux plus le payer.

Je ne dors plus. Je dors assis parce que sinon je m'étouffe. J'ai besoin d'un lit d'hôpital mais ils coûtent une fortune et nous ne l'avons pas.

Or, le nombre de personnes dans cette situation ne cesse de croître en raison du resserrement des critères d'accès et la réduction continue de l'ensemble des services offerts. Par ailleurs, la présence d'une personne aidante représente un facteur supplémentaire d'exclusion des ressources publiques. Toutes ces mesures de réduction des services de longue durée sont dites de rationnement et sont reconnues comme étant particulièrement efficaces pour obliger les familles et les femmes à assurer ce travail de soin (Finch; Barusch).

De plus, la prédominance du modèle biomédical dans l'évaluation des besoins, oblige les personnes âgées, si elles veulent obtenir des services, à se présenter comme frères et en perte d'autonomie. Une telle biomédicalisation signifie que les aspects sociaux de l'aide et des soins sont réduits à leur plus simple expression, c'est-à-dire qu'ils sont considérés moins urgents ou sont tout simplement ignorés. Les besoins d'interaction sociale sont occultés, le système ne répondant qu'aux exigences de la vie quotidienne comme les bains, les transferts et l'habillement. Le corps—ses fonctions et son hygiène—obtient la priorité au détriment de la participation sociale, civique et politique: une vision restrictive qui ouvre la voie à la réduction de l'intervention publique. Il semble que, dans la mesure où l'on

a répondu aux besoins médicaux et qu'on a prévu les risques—comme les chutes—l'élimination des contraintes à la participation sociale des personnes âgées ayant des incapacités, ne fasse pas partie du mandat du réseau de la santé et des services sociaux: les politiques et le système de soins sont partie intégrante de la dynamique d'exclusion à la vie sociale et politique.

Au Québec comme ailleurs, l'aide et les soins offerts sont prédéterminés par l'approche techno-bureaucratique c'est-à-dire qu'ils sont assurés par des professionnel-le-s qui utilisent des grilles d'évaluation standardisées. Dans un tel contexte, les personnes âgées perdent le pouvoir d'influencer leur propre situation, ainsi que d'intervenir et de définir collectivement l'offre de services à domicile et en hébergement. Il existe une insensibilité croissante de la part des instances publiques à l'endroit des réalités particulières des femmes et des hommes ayant besoin de soutien. Les services deviennent inflexibles, non-adaptés à l'individu, et de plus en plus centrés sur l'incapacité. Réduire les personnes âgées à leurs seules incapacités et à la perte d'autonomie tout en ignorant les autres dimensions de leur identité est au cœur des pratiques de maintien à domicile et hospitalières. Ainsi, entendons-nous souvent, lors de discussions entre intervenant-e-s sur certains cas spécifiques, des allusions qui dépersonnalisent complètement les personnes âgées: "la fracture de hanche de 82 ans ou la petite madame démente." Les personnes âgées perdent leur statut de sujet pour devenir des objets de soins professionnels. Au bout de compte, le concept de "prendre soin" entendu dans sa signification la plus humaine, soit dans le sens de "caring," est tout à fait absent des politiques sociales et des programmes.

Plusieurs formes de résistance à l'évolution technocratique, régulièrement présentée comme inéluctable, sont en train de voir le jour. Dans la pratique quotidienne, certains professionnel-le-s de la santé et des services sociaux s'efforcent de donner des soins avec humanité et chaleur,

tandis que des personnes âgées résistent à la dynamique d'exclusion ancrée dans les politiques sociales (Guberman et Lavoie). Vis-à-vis la logique néolibérale dominante, des groupes d'ainé-e-s et des groupes de proches aidant-e-s, de même que des syndicats, des organismes communautaires et plusieurs groupes féministes, proposent une approche alternative et à contre-courant, dans le but de remettre l'État et les services publics au centre du dispositif d'aide et de soins aux personnes âgées.

Devant la perspective d'une évolution démographique annonçant une croissance importante de la population âgée, le potentiel d'aide et de soins des aidant-e-s risque d'aller en diminuant avec l'arrivée des générations "post-baby-boom" nettement moins nombreuses que les précédentes. De plus, les valeurs et les comportements des "baby-boomers," eux-mêmes vieillissants, et ceux de leurs descendants, sont en train de changer. Même si les Québécois et les Québécoises considèrent toujours les familles comme les premières responsables du bien-être de leurs parents âgés, cette responsabilité n'est pas inconditionnelle et porte principalement sur les dimensions affectives et protectrices du lien familial (Guberman et Lavoie). Pourrions-nous alors assister à la mobilisation d'une certaine couche de "baby-boomers," en particulier celles et ceux qui ont participé au mouvement de contestation des années 60 et 70 et qui ont conservé leurs valeurs sociales? Ces générations vieillissantes parviendront-elles à résister aux visées familialistes de l'État précisément parce que les services qui leur sont destinés sont menacés?

Nancy Guberman is retired professor of Social Work with the University of Quebec in Montreal and past Scientific Director of the University Affiliated Research Centre on Social Gerontology. She is the author of many publications on women, aging and care work and is also active in caregiver advocacy groups in Quebec and Canada.

Jean-Pierre Lavoie is a researcher and scientific past co-director of the Research and Expertise Center in Social Gerontology (CREGÉS – Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale) of the CSSS Cavendish in Côte St-Luc (Montreal, Quebec). He is also co-directing the research team "Aging, Social Exclusion and Solidarity," funded by The Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture. He has conducted research projects for more than 15 years on the issue of family caregiving for elder disabled relatives and on policies, programs and interventions for supporting families. He is author of editor of "Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec" published by the Éditions Érès (Toulouse) in 2005. Beside these, he has authored numerous scientific articles, book chapters, and scientific presentations.

¹L'essentiel de la section historique a été puisée de Lavoie et Guberman. "

²Voir l'article de Pascale Dufour dans ce même numéro.

³Cette section s'inspire de Grenier et Guberman; et Guberman (2008).

References:

- Armstrong, P. "Closer to Home: More Work for Women." *Take Care: Warning Signals for Canada's Health System*. Ed. P. Armstrong, H. Armstrong, J. Choiniere, G. Feldberg et J. White. Toronto: Garamond Press, 1994. 95-110. Print.
- Armstrong, Pat, Hugh Armstrong, Ivy Bourgeault, Eric Mykhalovskiy, et Jerry White. *Heal Thyself: Managing Health Care Reform*. Toronto: Garamond, 2000. Print.
- Aronson, Jane et S. M. Neysmith. "You're Not Just in There To Do the Work: Depersonalizing Policies and the Exploitation of Home Care Workers' Labour." *Gender & Society* 10 (1996): 60-77. Print.
- Barusch, A. S. "Programming for Family Care of Elderly Dependents: Mandates, Incentives, and Service Rationing." *Social Work* 40 (1995): 315-322. Print.

- Biegel, D., E. Sales, et R. Schulz. *Family Caregiving in Chronic Illness*. Newbury Park, CA: Sage, 1991. Print.
- Bittman, M., J. E. Fast, K. Fisher, et C. Thomson. "Making the Invisible Visible: The Life and Time(s) of Informal Caregivers." *Family Time: The Social Organization of Care*. Ed. M. Bittman et N. Folbre. London: Routledge, 2004. 69-89. Print.
- Brody, E. M. et S. J. Brody. "The Informal System of Health Care." *Caring for the Elderly: Reshaping Health Policy*. Ed. C. Eisdorfer, D. A. Kessler, et A. N. Spector. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1989. 259-277. Print.
- Charpentier, M. *Priver ou privatiser la vieillesse?* Québec: Presses de l'Université du Québec, 2002. Print.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESSS). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. 7 volumes. Québec: Gouvernement du Québec, 1967-1972. Print.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (CESSS). *Dossier «personnes âgées». Programme de consultation d'experts*. Québec: Gouvernement du Québec, 1987. Print.
- Côté, D. et al. *Qui donnera les soins?: Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*. Ottawa: Condition féminine Canada, 1998. Print.
- Cranswick, K. "Canada's Caregivers." *Canadian Social Trends* 47 (1997): 2-6. Print.
- Ducharme, F. "Les aidantes naturelles âgées et le virage ambulatoire." *Le Mésange* 3 (1998): 5. Print.
- Ducharme, F. et D. Trudeau. "Perceptions et attentes des femmes âgées 'aidantes naturelles' face au virage ambulatoire." Congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Présentation de la conférence. Montréal, 3 Novembre 1998.
- Dulac, G. *Aider les Hommes Aussi*. Montréal: Éditions VLB, 2001. Print.

- Edinburgh, G. M. et P. Aldredge. "Managed Care." *Encyclopedia of Social Work*. Volume 2, 19th Edition. Ed. R. L. Edwards. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers, 1995. 1199–1213. Print.
- Esping-Andersen, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press, 1990. (Version française: Esping-Andersen, G. *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*. Paris: Presses universitaires de France, 1999.)
- Esping-Andersen, G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press, 1999. Print.
- Finch, J. *Family Obligations and Social Change*. Cambridge: Polity Press, 1989. Print.
- Gagnon, E., N. Guberman, D. Côté, C. Gilbert, N. Thivierge, et M. Tremblay. *Les impacts du virage ambulatoire: Responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*. 2001. Rapport soumis à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. Direction de la santé publique de Québec. TS.
- Gallagher-Thompson, D. "Clinical Intervention Strategies for Distressed Caregivers: Rationale and Development of Psychoeducational Approaches." *Handbook of clinical geropsychology*. Ed. M. Hersen et V. B. Van-hasselt. New York: Plenum Press, 1998. Print.
- Gignac, M., K. Kelloway et B. Gottlieb. "The Impact of Caregiving on Employment: A Mediation Model of Work-Family Conflict." *Canadian Journal on Aging* 15.4 (1996): 525-542. Print.
- Glendinning, C. "Community Care: The Financial Consequences for Women." *Women and Poverty in Britain: the 1990s*. Eds. C. Glendinning and J. Millar. Hemoel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1992.
- Grenier, A. "Constructions of Frailty in the English Language, Care Practice and the Lived Experience." *Ageing & Society* 27 (2007): 1-21. Print.
- Grenier, A. "Women, Aging and Difference: Exploring Dominant Notions." Conference presentation, Canadian Association on Gerontology. Edmonton, Alberta. 28 October 2000.
- Grenier, A. et N. Guberman. (2009) "Creating and Sustaining Disadvantage: The Relevance of a Social Exclusion Framework." *Health & Social Care in the Community* 17.2 (2009): 116–12.
- Guberman, N. *L'apport des proches aidants dans les services à domicile*. 2003. Rapport soumis à la Vérificatrice Générale du Québec.
- Guberman, N. "L'analyse différenciée selon les sexes et les politiques québécoises pour les personnes âgées en perte d'autonomie." *Lien social et politiques* 47 (2002): 155-169. Print.
- Guberman, N. "Les défis liés à la perte d'autonomie." Entretiens Jacques Cartier, Québec, 9 octobre, 2008.
- Guberman, N. et J. P. Lavoie. "Pas des superhéros." *Vieillir au Pluriel*. Ed. M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J. P. Lavoie, A. Grenier, et I. Olazabal. Québec: PUQ, 2010. 281-302. Print.
- Guberman, N. et P. Maheu. *Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne*. Montréal: Les Éditions du remue-ménage, 1997. Print.
- Guberman, N., P. Maheu et C. Maillé. *Et si l'amour ne suffisait pas...: femmes, familles et adultes dépendants*. Montréal: Éditions du Remue-ménage, 1991. Print.
- Hébert, R. N. Dulac, et al. "Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation critique et estimation des coûts selon les milieux de vie." *Collection Études et analyse*. Québec, Gouvernement du Québec, 1997.
- Hooyma, N. and J. Gonyea. *Feminist Perspectives on Family Care. Toward Gender Justice*. Newbury Park, CA: Sage, 1995. Print.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada*. Examen des données. Ottawa: ICIS, 2007.
- Kane, R. "Long-term Case Management for Older Adults." *Assessing Older Persons: Measures, Meaning and Practical Applications*. Ed. R. L. Kane, et R. A. Kane. New York: Oxford University Press, 2000. 438–57. Print.
- "La loi canadienne sur la santé/ Canada Health Act c. C-6." 1984. *Revised Statutes of Canada*. Ottawa: Queen's Printer for Canada, 1985. Print.
- Lavoie, J. P. *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. Paris: L'Harmattan, 2000. Print.
- Lavoie, J. P. et N. Guberman. "Les politiques québécoises à l'égard des personnes âgées avec des incapacités: Combattre ou gérer l'exclusion." *Vieillir au Pluriel*. Eds. M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J. P. Lavoie, A. Grenier, et I. Olazabal. Québec: PUQ, 2010. 413-430. Print.
- Lesemann, F. *Du pain et des services*. Montréal: Éditions St-Martin, 1981. Print.
- Lieberman, M. A. et L. Fisher. "The Impact of Chronic Illness on the Health and Well-being of Family Members." *The Gerontologist* 35.1 (1995): 94-102. Print.
- Marks, N. F. "Does It Hurt to Care? Caregiving, Work-Family Conflict, and Midlife Well-Being." *Journal of Marriage and the Family* 60 (1998): 951-966. Print.
- Matthews, A. M., et L. D. Campbell. "Gender Roles, Employment and Informal Care." *Connecting Gender and Aging: A Sociological Approach*. Ed. S. Arber et J. Ginn. Buckingham, UK: Open University Press, 1995. 129-143. Print.
- Miller, B. et L. Cafasso. "Gender Differences in Caregiving: Fact or Artifact?" *The Gerontologist* 32.4 (1992): 498-507. Print.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Ministry of Health and Social Services. *Chez soi: Le premier choix- La politique de soutien à domicile*. Québec: MSSS, 2003. Print.

- Ministère des affaires sociales. *Un nouvel âge à partager*. Québec: Gouvernement du Québec, 1985. Print.
- Ministère des affaires sociales (MAS). *Les services à domicile, politique du ministère des affaires sociales*. Québec, Direction des Communications, 1979. Print.
- Mui, A. "Caring for Frail Elderly Parents: A Comparison of Adult Sons and Daughters." *The Gerontologist* 35.1 (1995): 86-93. Print.
- Roy, J. "La prise en charge des aînés(es) au Québec ou l'errance du discours officiel." *La Gérontophile* 18.4 (1996): 33-42. Print.
- Roy, J. "L'histoire de maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État." *Service social* 43.1 (1994): 7-32. Print.
- Shortell, S. M. et A. D. Kaluzny, eds. *Health Care Management: Organizational Behaviour and Design*. Albany, NY: Delmar, 1994. Print.
- Stadnyk, R., S. Fletcher, J. Eales, J. Fast et N. Keating. *Employed Family/Friend Caregivers to Adults with Disabilities: The Impact of Public Policies on Caregivers' Costs*. Edmonton: Rapp University of Alberta, 2009. Print.
- Statistiques Canada. *Who Cares? Caregiving in the 1990's. Enquête sociale générale*. Ottawa: Statistiques Canada, 1996.
- Stone, R., G. L. Cafferata et J. Sangl. "Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile." *Gerontologist* 27.5 (1987): 616-626. Print.
- Strawbridge W. J. et M. I. Wallhagen. "Impact of Family Conflict on Adult Child Caregivers." *Gerontologist* 31.6 (1991): 770-7. Print.
- Vaillancourt, Y., F. Aubry, M. D'Amours, C. Jetté, L. Thériault, et L. Tremblay. *Économie sociale, santé et bien-être: la spécificité du modèle québécois au Canada*. Montréal: LAREPPS, 2000. Print.
- Vaillancourt, Y. et C. Jetté. "Québec: un rôle croissant des associations dans les services à domicile." *Les services sociaux entre associations, État et marché*. Ed. J. L. Laville et M. Nyssens. Paris: La Découverte, 2003. 66-90. Print.
- Zarit, S. H. "Interventions With Frail Elders and Their Families: Are They Effective and Why?" *Stress and Coping in Later-Life Families*. Ed. Mary A. Stephens, Janis H. Crowther, Stevan E. Hobfoll and Daniel L. Tennenbaum. New York: Hemisphere, 1991. 241-262. Print.
- Zarit, S. H. and A. B. Edwards. "Family Caregiving: Research and Clinical Intervention." *Handbook of the Clinical Psychology of Aging*. Ed. R. T. Woods. Toronto: John Wiley & Sons, 1996. 333-368. Print.

DENI ANN GEREIGHTY

Moon

The radiant full moon startles me tonight.
Her shocking brilliance peeks through the evergreens
nearly lands my car in a ditch.
This huge, golden-white orb, luxuriant in her maturity
grows from nothing to enormous size
takes all her space without apology or embarrassment
unlike me for most of my life.

My grandmother loved to tell the story of the night I was born.
The nurse delivered me during an eclipse of the full harvest
moon,
which the doctor was outside watching.
Tonight's moon reminds me of how I have lived eclipsed
bound by my fears and insecurities over my own size
drawn to my size-positive sisters
I hesitantly plunge into the glow of self-acceptance.
Substantial, complete within myself, commanding attention
I am growing into my fullest self.
Bountiful, taking ample space, I have learned,
I am beautiful as the moon.

*I am disabled. I miss being a L&D RN, but helped with my sister's labor.
I am blessed with young three nieces. I have two feline companions, Zoe
and Nikki. I rescued them as kittens after surviving my 12.5 hour cancer
surgery. They have watched over me as guardians through five years of MRSA
infections and surgeries, while I healed, and now keep me going and loved.*