



HAL
open science

**Femmes, en Corée du Sud, prenant en soin, à domicile,
leur mère - ou belle-mère - âgée dépendante : injonctions
culturelles, épreuves et stratégies**

Yoonji Oh

► **To cite this version:**

Yoonji Oh. Femmes, en Corée du Sud, prenant en soin, à domicile, leur mère - ou belle-mère - âgée dépendante : injonctions culturelles, épreuves et stratégies. Sociologie. Université Paris-Est, 2021. Français. NNT : 2021PESC0049 . tel-03651919

HAL Id: tel-03651919

<https://theses.hal.science/tel-03651919v1>

Submitted on 26 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Paris-Est Créteil Val de Marne | Université Paris-Est (ComUE)

École Doctorale Cultures et Sociétés

Département Sciences Humaines et Humanités

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche sur les Transformations des Pratiques Éducatives et des Pratiques Sociales (LIRTES) – EA 7313

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université Paris-Est Créteil

En Sciences Sociales

FEMMES, EN CORÉE DU SUD, PRENANT EN SOIN,
À DOMICILE, LEUR MÈRE – ou BELLE-MÈRE –
ÂGÉE DÉPENDANTE.
INJONCTIONS CULTURELLES, ÉPREUVES ET STRATÉGIES

Thèse présentée et soutenue publiquement par

Yoonji OH

À Créteil le 02 avril 2021

Sous la direction de **Jacqueline TRINCAZ**, Professeure de Sociologie,

Université Paris-Est Créteil

Composition du Jury :

Dominique **ARGOUD**, Maître de Conférences, Université Paris-Est Créteil

Benoît **FROMAGE**, Professeur, Université d'Angers

Catherine **GUCHER**, Maîtresse de Conférences, HDR, Université de Grenoble-Alpes – *Rapporteure*

Natalie **RIGAUX**, Professeure, Université de Namur – *Rapporteure*

Jacqueline **TRINCAZ**, Professeure émérite, Université Paris-Est Créteil – *Directrice*

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie chaleureusement Jacqueline Trincaz, qui m'a accompagnée patiemment en m'accordant sa confiance tout au long de ce long chemin. Sa perspicacité, sa passion et son expertise en tant que directrice de thèse m'ont beaucoup inspirée et guidée pour que la recherche puisse aller dans le bon sens et enfin se trouver achevée. Sans ses encouragements intellectuels et émotionnels, cette présente thèse n'aurait pas pu voir le jour. Je tiens également à remercier les membres du jury de me donner l'occasion de leur exposer cette présente recherche et de recevoir leur évaluation ainsi que leur précieux conseils.

Je tiens à remercier mille fois de nombreuses personnes d'avoir coopéré pour aboutir à ce résultat : les aidantes principales, malgré leur préoccupation prioritaire de la prise en soin de leurs proches âgés, ont volontiers accueilli l'entretien et n'ont pas hésité à raconter leurs expériences enrichissantes avec sincérité ; les jeunes adultes, malgré le sujet qui peut être délicat et pesant d'une certaine manière, ont donné franchement leurs avis et exposé leurs histoires familiales qui n'étaient toujours pas faciles à révéler ; les professionnels m'ont apporté leurs perspectives et expériences professionnelles qui éclairent plus précisément le contexte de l'ASLD. Sans leur acceptation de l'entretien et leur sincérité, cette étude n'aurait pas pu rapporter la qualité des contenus et parvenir à la touche finale. Avant tout, j'aimerais exprimer mes sincères remerciements à Geneviève Boudin, mon témoin très cher et mon amie fidèle, qui m'a accompagnée depuis mon master 2 jusqu'à la fin de thèse et a donc suivi l'accomplissement de mes études en France. Elle a infatigablement relu de bon cœur les phrases maladroitement que j'ai rédigé en français pour les corriger et les perfectionner : il n'est pas exagéré de dire qu'elle est co-rédactrice de cette thèse. Dans le temps solitaire de la vie doctorante, ses encouragements constants ont été la force déterminante qui m'a conduite à me relever à chaque rencontre d'une situation de crise.

Tout au long de ce parcours qui semblait interminable, j'ai reçu d'énormes soutiens constants de mes amis, que je remercie, notamment Ute, Hyun-Sun, Mélinda, Mathilde et Ania. Je tiens également à remercier tous les fidèles de Paris Full Gospel Church, surtout M. le Pasteur Jong-Tae Lee et M. Young-In Cho. Je remercie ^{Mme} la Professeure Eunsil Son et ^M le Professeur Seung-Ki Lee pour leurs soutiens chaleureux depuis la Corée du Sud. Pendant le parcours des études, j'ai eu vraiment de la chance de faire la connaissance d'Anny Barrois et d'Hélène Lassalle. Même si je ne peux plus les revoir, je n'oublierai jamais les leçons de vie qu'elles m'ont apprises : je vous remercie du fond du cœur.

Je remercie infiniment ma famille sans laquelle je n'aurais pas pu venir en France ni étudier jusqu'à maintenant. Malgré une longue durée, mes parents et ma fratrie m'ont constamment accordé leur confiance. La vie seule à l'étranger m'a permis de ressentir d'autant plus l'importance de la famille et l'amour parental. Le contact téléphonique avec eux m'a encouragée et motivée à continuer à relever le défi.

Ce parcours m'a donné l'occasion de vivre un type spécifique d'épreuve-défi. Même si je me décourageais et m'égarais, j'ai pu me relever et finalement arriver au bout. La rédaction de cette thèse m'a appris ce qu'est la patience, la dépendance de l'être humain et donc l'humilité. Seul on n'arrive pas à faire quoi que ce soit. Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidée et inspirée directement ou indirectement tout au long de ce chemin, bien que je ne les mentionne pas toutes ici.

GLOSSAIRE

ACPA : Association Coréenne de la Personne Âgée

AS : Aide-soignante

ASF : Aide-soignante familiale

ASLD : Assurance de Soins de Longue Durée aux personnes âgées

CDSS : Commission de la Délibération sur la Sécurité Sociale

CAJ : Centre d'Accueil de Jour

CAJN : Centre d'Accueil de Jour et de Nuit

CAJND : Centre d'Accueil de Jour et de Nuit réservé aux Malades Déments

CAN : Centre d'Accueil de Nuit

CPPA : Centre de Protection Sociale des Personnes Âgées

ECS : Établissement de Court Séjour

EHSLD : Etablissement d'Hébergement de Soins de Longue Durée

FHS : Famille en habitation séparée

HG : Hôpital gériatrique

LPPA : Loi de Protection Sociale des Personnes Âgées

MA : Maladie d'Alzheimer ou Malade d'Alzheimer

MASS : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

NHIS : National Health Insurance Service (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)

ONU : Organisation des Nations unies

SLD : Soins de Longue Durée

Dans les extraits d'entretiens, les remarques entre parenthèses [xxxxx] signalent les explications supplémentaires que nous ajoutons pour permettre de mieux comprendre les propos des personnes interrogées. Les remarques entre parenthèses (xxxxx) décrivent des gestes que les personnes interrogées ont accomplis en prononçant les paroles rapportées. Par contre les points entre parenthèses [...] indiquent qu'un passage non significatif de l'entretien a été supprimé.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE I. DESIGNATION DES AIDANTES PRINCIPALES DANS LA SOCIETE COREENNE ENTRE LA TRADITION ET LA MODERNITE	38
CHAPITRE 1. Familialisme traditionnel coréen	39
CHAPITRE 2. Changement de structure et valeurs de la famille.....	78
CHAPITRE 3. Vieillesse de la population coréenne et représentations sociales de la vieillesse	98
CHAPITRE 4. Belles-filles et filles comme aidantes principales dans la société entre la tradition et la modernité	149
PARTIE II. PRISE EN SOIN D'UN PROCHE AGE DEPENDANT ENTRE EQUILIBRE ET DESEQUILIBRE	185
CHAPITRE 1. Autour des aides pratiques	185
CHAPITRE 2. Déséquilibre individuel	218
CHAPITRE 3. Vivre avec son proche âgé dépendant comme alter égo	257
PARTIE III. RECOURS A L'AIDE PUBLIQUE ENTRE EQUILIBRE ET DESEQUILIBRE	305
CHAPITRE 1. Système de l'ASLD et lacunes	317
CHAPITRE 2. Pour chercher l'équilibre en ayant (ou non) recours à l'aide publique	373
CONCLUSION GÉNÉRALE	398
BIBLIOGRAPHIE	411
LISTE DES FIGURES, SCHÉMAS ET TABLEAUX	442
TABLE DES MATIÈRES	443
RÉSUMÉ	451

INTRODUCTION

En Corée du Sud, une mère septuagénaire atteinte de la maladie d'Alzheimer et sa fille âgée d'une quarantaine d'années ont été retrouvées mortes, allongées côte-à-côte en décembre 2018. En février 2019, un fils d'une quarantaine d'années a perpétré le meurtre de son père atteint de la maladie d'Alzheimer, qu'il avait pris en charge depuis 10 ans, puis il s'est suicidé. Certains journaux quotidiens coréens ne cessent d'informer leurs lecteurs sur des « homicides de soins » (soit juste un meurtre, soit un meurtre puis un suicide) accomplis par des aidants familiaux envers leurs parents âgés dépendants¹. Selon le journal quotidien « Séoul » qui a analysé 108 sentences d'« homicides de soins », 53,7 % sont liés à la maladie d'Alzheimer, 23,1 % au handicap, 14,8 % à l'AVC. Dans la motivation de ces actes, 38,9 % renvoient à la colère spontanée des aidants, 38 % au stress dû aux soins chroniques, 32,4 % aux symptômes violents de leurs proches âgés et 24,1 % à la dépression des aidants. De plus, 13 % veulent abrégier la douleur des malades. Il faut noter que parmi les membres de la famille qui ont commis ce crime, la proportion des fils est particulièrement élevée, 35,2 %, tandis que celle des filles est moins élevée, seulement 2,8 %. Et les victimes sont majoritairement des femmes : les mères représentent 20,4 %, les épouses 23,1 % (les pères 17,6 %, les époux 14,8 %)². Nous pouvons facilement trouver des articles à ce sujet dans les sites internet coréens, alors que peu d'articles à ce sujet sont présents dans les médias français³. Selon l'étude américaine de D. Cohen, si les homicides commis par les aidants familiaux ne semblent pas des événements fréquents et n'attirent pas les études scientifiques, c'est lié au manque de connaissance des caractéristiques des victimes et des auteurs, faute d'un mécanisme national de surveillance⁴. Même en Corée, les statistiques officielles n'existent pas, car de nombreux auteurs d'homicides se suicident juste après avoir commis le crime, et dans ce cas, les policiers ne procèdent ni à une investigation, ni à l'enregistrement de ces affaires. Malgré cela, le fait que l'équipe du journal de Séoul ait réussi à analyser les caractéristiques d'homicides de soins révèle que ces tragédies surviennent toujours autant dans la société coréenne. Elles sont de plus en plus mises en lumière, du fait de

¹ Journal quotidien « Kyeonghyang », le 06. 05. 2019.

http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201905060912001&code=940100

² Journal quotidien « Séoul », le 03. 09. 2018.

<https://www.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20180903005004>

³ Nous devons nous contenter d'avoir trouvé deux articles montréalais en 2019 concernant l'affaire de Michel Cadotte qui a tué sa femme atteinte d'Alzheimer par compassion, et l'affaire de Robert Dubuc qui a commis l'homicide involontaire de son frère malade d'Alzheimer.

⁴ D. Cohen. 2019. « Older Adults Killed by Family Caregivers: An Emerging Research Priority ». *JOJ Nurse Health Care*, vol.10, no.3, p.1-4.

la hausse du nombre de personnes âgées ayant besoin de soins. Pour quelle raison ce type d'affaires est-il nettement marqué en Corée ? Dans ce pays, les services publics de soins n'existent-ils pas ? Si, du fait de la pénibilité de la prise en charge de leurs proches âgés, davantage de fils que de filles commettent ce crime, cela signifie-t-il que les fils coréens sont davantage impliqués que les filles dans les soins ? Ou alors, les filles ressentent-elles moins de souffrance que les fils ? Quelles épreuves les aidants familiaux rencontrent-ils en prenant soin de leurs proches âgés malades ? Des moyens existent-ils pour aider les aidants à y faire face ? Finalement comment les familles prennent-elles soin de leurs proches âgés ?

La famille en première ligne pour la prise en charge d'un proche âgé dépendant

La Corée du Sud⁵ est l'un des pays, comme la Chine et le Japon, qui sont influencés par la culture confucéenne. Cette doctrine souligne l'importance du lien familial et de la famille patriarcale, si bien que le familialisme a joué le rôle du pilier social qui encadre l'ensemble de la vie coréenne dans les dimensions individuelle et sociale. Avant tout, du fait que la prise en charge des parents âgés par leurs enfants est inscrite dans l'éthique du *hyo* (piété filiale), cette question s'est limitée à la sphère privée. Toutefois l'industrialisation coréenne déclenchée depuis les années 1960 a entraîné la mutation des structures sociales et familiales⁶. De plus, dans la société néolibérale, chaque individu est responsable de son propre bien-être et doit donc chercher à assurer sa sécurité face à l'incertitude sociale, et à se réaliser soi-même à travers ses activités économiques. Parallèlement, les femmes, qui se consacraient aux tâches domestiques ainsi qu'au soin des membres de la famille, participent de plus en plus ouvertement au marché du travail, ce qui a provoqué le « déficit du *care* »⁷.

Au cours de la modernisation, l'État coréen a négligé la protection sociale au profit du développement économique, la famille représentait alors la solution « absolue » à chaque crise sociale. À l'instar du vieillissement de la population coréenne, mis en évidence depuis 2000, la prise en charge des personnes âgées s'est posée comme un problème social, car de nombreuses familles se sont peu à peu effondrées, du fait de l'incapacité à disposer de ressources pertinentes. De nombreuses personnes qui prennent en charge aujourd'hui leurs proches âgés appartiennent à la génération du baby-boom (née entre 1955 et 1963) et qui représente 14,6 % de la population

⁵ Nous indiquerons désormais la Corée, ce qui signifiera la Corée du Sud.

⁶ J.-E. Seok, E.-J. Yu. 2007. « Income support and care for the elderly: The balancing of family obligation and state responsibility », *Korean society of family law*, Vol.21, n°1, p.31-56.

⁷ A. Hochschild. 1995. « The Culture of Politics: Traditional, Post-Modern, Cold-Modern and Warm-Modern Ideals of Care », *Social Politics*, vol.2, no.3, p. 333-346.

coréenne. Elle s'occupe à la fois de ses parents âgés et de ses enfants (c'est pourquoi on l'appelle la génération « sandwich »), alors qu'elle a du mal à préparer sa propre vieillesse⁸. Dans le contexte où la valeur de la vieillesse et la position sociale de la population âgée se sont de plus en plus dégradées, les personnes âgées dépendantes sont désormais considérées comme un fardeau social et familial.

Face à la nécessité de préparer la société vieillissante, l'État coréen a mis en vigueur en 2008 le système de l'Assurance de Soins de Longue Durée (ASLD). Cependant, même après la mise en place de l'aide formelle, la famille reste en première ligne lors de la prise en charge d'un proche âgé dépendant. Selon une enquête de l'ASLD, parmi les bénéficiaires, 66,7 % habitent à domicile, dont 61,7 % sont principalement pris en charge par leurs familles ou leurs parents, avec ou sans le recours aux services de l'ASLD, et seuls 1,5 % sont aidés par leur entourage hors du lien parental⁹. Pour les bénéficiaires qui ont déclaré que l'aide venait principalement de la famille, les enfants (y compris bru et gendre) jouent majoritairement le rôle d'aidant principal pour 61,7 %, et les conjoint(e)s représentent 34,5 %¹⁰. Pourtant, en cas de veuvage, l'intervention des enfants sera davantage représentée¹¹.

Plusieurs études soulignent que la majorité des personnes âgées dépendantes sont régulièrement aidées par un seul membre de la famille que l'on appelle l'aidant principal. Parmi les nombreuses règles de désignation de l'aidant principal relevées par plusieurs études¹², nous nous intéressons à deux facteurs principaux : facteur normatif et facteur d'affection, soit facteur traditionnel et facteur moderne. Si la quasi-totalité des études soulignent que les femmes sont les plus impliquées dans le rôle d'« aidante principale »¹³, leur condition s'accorde à deux facteurs en Corée : les belles-filles pour la raison normative, et les filles pour la raison moderne. Parce

⁸ Y. Oh. 2017. « Prise en charge d'un proche âgé dépendant à domicile en Corée du Sud : recherche sur les aidantes principales de la génération du baby-boom », *Enfances Familles Générations* [En ligne], mis en ligne le 22 décembre 2017, consulté le 22 décembre 2017, URL : <http://journals.openedition.org/efg/1523>

⁹ Il s'agit de l'établissement d'hébergement de soins de longue durée, du foyer collectif des personnes âgées, de l'établissement du court séjour, de l'hôpital gériatrique, etc.

¹⁰ Par ailleurs, seuls 5,9 % de bénéficiaires ont déclaré n'avoir aucun aidant, alors qu'ils habitent seuls : on peut supposer qu'ils reçoivent exclusivement de l'aide professionnelle. Par contre, 1,1 % ne recourent à aucun service de l'ASLD. National Health Insurance Service. 2017. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook*, National Health Insurance Service, p.116, p.176, p.238.

¹¹ F. Weber. 2010. « Les rapports familiaux reconfigurés par la dépendance », *Regards croisés sur l'économie*, no.7, p.145.

¹² J.-P. Lavoie. 2000. *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*, Paris, L'Harmattan, p.119-184. ; N. Guberman, P. Maheu, C. Maillé. 1992. « Women as Family Caregivers : Why Do They Care? », *The Gerontologist*, vol.32, no.5, p.607-617. ;

¹³ G. Cresson. 2019. « Le travail familial comme réponse majeure à la dépendance des jeunes enfants et des personnes âgées », In Le Borgne-Uguen F., Douguet F., Fernandez G., Roux N. et Cresson G. (dir.), *Vieillir en société. Une pluralité de regards sociologiques*, Rennes, PUR, p.285-301. ; A. Dussuet. 2019. « Femmes aidantes... ou travailleuses : care ou travail domestique ? », *ibid.* p.284. ; M. Membrado. 2013. « Le genre et le vieillissement : Regard sur la littérature », *Recherches féministes*, vol.26, no.2, p.5-24.

que la culture confucéenne impose un ordre hiérarchique et le rôle de chacun des membres de la famille selon le statut familial et le sexe, les belles-filles (surtout aînées) sont naturellement désignées comme aidantes principales, une fois que leurs maris décident de prendre leurs parents en charge¹⁴. De nombreuses études, qui ont mené des enquêtes auprès des aidants principaux, montrent que la proportion des belles-filles (surtout belles-filles aînées¹⁵) est plus élevée parmi les enfants adultes¹⁶. Entre autres, dans l'étude de C. J. Park et K. T. Kim, la proportion de belles-filles représente même 45,5 % (les filles 11,8 %) en 2003¹⁷. Mais ce sont de plus en plus les filles qui occupent ce rôle d'aidantes principales plutôt que les belles-filles. Pour quelles raisons précisément sont-elles devenues aidantes principales ? Les raisons du choix selon les statuts de belles-filles et de filles sont-elles différentes ?

Vu l'actualité des « homicides de soins », la prise en charge d'un proche âgé dépendant n'est pas un travail simple, même si la plupart des tâches concernent l'aide aux actes de la vie quotidienne¹⁸. Si le concept de fardeau est traité depuis plusieurs décennies dans la majorité des études qui abordent ce sujet, c'est parce que les aidants principaux n'ont pas d'autres choix que de supporter leurs situations (à moins qu'ils ne puissent pas l'endurer), et donc qu'ils subissent des conséquences inattendues aux niveaux physiques, psychiques, émotionnels, sociaux ou financiers tout au long de la prise en soin : la fatigue chronique, le stress, la dépression, le manque de temps pour la vie personnelle du fait de la préoccupation des soins, l'isolement social, l'angoisse, la sensation d'étouffement, les conflits familiaux, les bouleversements identitaires¹⁹...

Plusieurs études soulignent que l'entrée des proches âgés en établissement d'hébergement de

¹⁴ H. H. Yoo. 2015. « A Review of Theoretical Approach in Korean family studies : compressed modernity vs. compressed individualization », *The Journal of Asian Women*, vol.54, no.2, p.189-190.

¹⁵ Il faut noter que la majorité des catégories dans les enquêtes coréennes sur les aidants principaux distinguent les fils et les belles-filles aînés du reste des fils et des belles-filles. Cela souligne que le devoir normatif du rôle imposé aux aînés des enfants est toujours en pratique dans cette société.

¹⁶ C. J. Park, K. T. Kim. 2003. « Informal caregiving decision among caregivers to the severely disabled elderly and their resulting economic cost », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, no.20, p.179-211.; O. K. Yang. 2000. « Study on Caregiving of Dependent Elderly », *Ewha Journal of Social Sciences*, no.5, p.167-190.; Y. J. Park, I. U. Song. 2008. « The analysis on the causal model the burden of family conflict, family support and caregiving burden », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, no.39, p.53-77.

¹⁷ C. J. Park, K. T. Kim. 2003. *op.cit.*

¹⁸ A. Dussuet. 2019. *op.cit.*

¹⁹ H. Bocquet et S. Andrieu. 1999. « Le 'burden' : un indicateur spécifique pour les aidants familiaux », *Gerontologie et société*, no.89, p.155-166. ; A. M. Samuelsson, L. Annerstedt, S. Elmstahl, S-M Samuelsson, M. Grafstrom. 2001. « Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol.15, issue.1, p.25-33. ; C. Lestrade. « Les limites des aidants familiaux », *Empan*, no.94, p.31-35. ; M. Membrado. 1999. « L' "identité de l'aidant-e" : entre filiation et autonomie, un autre regard sur la vieillesse », *Gerontologie et société*, no.89, p.117-134.

soin allège efficacement le fardeau des aidants principaux²⁰. Certaines personnes renoncent finalement au rôle d'aidante principale, ne pouvant plus supporter le « fardeau », tandis que certaines autres continuent à le porter. En fait, si l'aide formelle peut réduire le fardeau, les aidantes principales tendent à n'avoir recours aux services formels que lorsqu'elles ne peuvent plus faire autrement, en situation d'urgence, ou lorsqu'une crise dure depuis longtemps²¹. Pourtant dans le cas de la Corée, le taux d'utilisation de services de l'ASLD est très élevé : seuls 1,1 % des personnes ne recourent à aucun service de l'ASLD en 2017²². Mais, il faut noter une singularité particulière qui reflète la caractéristique coréenne : les aidantes principales coréennes deviennent aides-soignantes (familiales) pour prendre soin de leurs proches âgés. Il s'agit d'un métier de l'aide à domicile, qui offre les services de soins professionnels dans le cadre de l'ASLD. Malgré le fardeau de la prise en charge d'un proche âgé dépendant, qui entraîne certaines à renoncer au rôle d'aidante principale, pour quelle raison d'autres tiennent-elles à devenir aides-soignantes ? Qu'est-ce qui permet de se maintenir dans le rôle d'aidante principale ? Quelles sont les expériences des aidantes principales ?

La prise en soin comme travail du sens

Si chaque individu pense et réagit différemment face à la situation contrainte, et si les répercussions se manifestent de façon diverse chez l'un ou l'autre, c'est parce que la modalité de la mobilisation des ressources n'est pas la même pour chacun²³. Ces ressources renvoient à toutes les formes de soutiens pour faciliter la prise en charge. De nombreuses études montrent les expériences des aidants principaux liées au fardeau et au stress en se focalisant sur les stratégies des aidants à travers notamment le *coping* et le support social – l'efficacité des stratégies pour réduire la charge, la relation entre le *coping*, la qualité de vie des aidantes...²⁴. Le

²⁰ Rousseau, M. 1998. *Portrait de famille: étude exploratoire sur les variables associées au vécu des membres d'associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale*. Pour la F.F.A.P.A.M.M. Projet de recherche financé par le Développement des ressources humaines Canada et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, p. 114. ; M. Membrado, J. Vézina, S. Andrieu, V. Goulet. 2005. « Définitions de l'aide: des experts aux « profanes » », In Clément, S. et Lavoie, J.-P., *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Éditions érès, p.85-136. p.90-94. ; J.M. Corbin, A. Strauss. 1988. *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

²¹ M. Paquet. 2001. « Comprendre la logique familiale de soutien aux personnes âgées dépendantes pour mieux saisir le recours aux services », In J.-C. Henrard, O. Firbank, S. Clément, M. Frossard, J.-P. Lavoie, A. Vézina (dir.), *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*, Paris, INSERM, p.82. p.78.

²² National Health Insurance Service. 2017. *op.cit.*

²³ L. I. Pearlin. 1989, « The Sociological Study of Stress », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, no 3, p. 241-256. p.249. ; R. S. Lazarus et S. Folkman. 1984. *Stress, appraisal, and coping*, New York, Stringer Publishing Company.

²⁴ L. I. Pearlin. 1989. *op.cit.*; R. S. Lazarus, S. Folkman. 1984. *op.cit.* ; V. E. Di Mattei, A. Prunas, L. Novella, A.

coping, c'est un type de ressource mobilisée par l'individu lui-même, c'est-à-dire que cela concerne, face à une situation difficile, des mesures prises individuellement telles qu'une attitude, une volonté, une décision de faire quelque chose ou un geste. Ce sont tous les efforts effectués par les aidants principaux pour surmonter ou faire face à la situation difficile²⁵. D'autre part, le support social se retrouve dans presque tous les contextes institutionnels et sociaux : la parenté, le voisinage, la profession, les associations, le système de soins médicaux...²⁶. Ce soutien peut avoir un caractère matériel ou émotif en fonction du type formel (le réseau public ou toute autre organisation) ou informel (le réseau naturel tel que parenté, amis, voisins ou autres)²⁷.

Toutefois, de nombreux chercheurs critiquent le fait que l'on considère systématiquement la prise en soin d'un proche âgé comme un fardeau ou un travail stressant, car il se peut que certains la considère comme une expérience significative et satisfaisante. Cela ne fait que figer sa représentation négative²⁸. Plusieurs études soulignent tant les points positifs que les points négatifs de la prise en soin. Entre autres, l'étude de J.-P. Lavoie a utilisé la notion de « tribut » qui renvoie à deux facettes opposées – les coûts et les bénéfices (gratification) de l'aide. Ces aspects positifs consistent en un plaisir d'aider, un progrès, une croissance personnelle, un sentiment de valorisation ou d'utilité, un rapprochement relationnel entre la personne aidante et la personne aidée, un soutien familial, une reconnaissance familiale²⁹. Selon N. Rigaux, en dépassant la vision duale – positive et négative –, les activités de soins sont comme un « travail du sens, cherchant à en dégager ce qu'il peut y avoir de bon à y vivre pour soi et pour autrui »,

Marcone, S. F. Cappa, L. Sarno. 2008. « The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies », *Neurological Sciences*, vol.29, p.383-389.; H.-M. Chen, M.-F. Huang, Y.-C. Yeh, W.-H. Huang, C.-S. Chen. 2015. « Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia », *Psychogeriatrics*, no.15, p.20-25. ; M. Rodriguez-Perez, A. Abreu-Sanchez, M. J. Rojas-Ocana, R. del-Pino-Casado. 2017. « Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives », *Health and Quality of Life Outcomes*, vol.15, no.71, p.1-8. ; L.-C. Weng, H.-L. Huang, Y.-W. Wang, C.-L. Chang, C.-H. Tsai, W.-C. Lee. 2011. « Primary caregiver stress in caring for a living-related liver transplantation recipient during the postoperative stage », *Journal of advanced nursing*, vol.67, no.8, p.1749-1757. S. Cohen et T. A. Wills. 1985. « Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis », *Psychological Bulletin*, vol. 98, no.2, p.310-357.

²⁵ Pearlin, L.I., et Schooler, C., « The structure of coping », *Journal of Health and Social Behavior*, vol.19, March, 1978, p.5.

²⁶ Pearlin, L.I. 1989. *op.cit.* p.251.

²⁷ A. Demers, J.-P. Lavoie et A. Drapeau. 1992. « L'aide apportée par des tiers et les réactions des aidantes naturelles à la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie », *Santé mentale au Québec*, vol.17, no.2, p.206.

²⁸ V. Caradec. 2009. « Vieillir, un fardeau pour les proches ? », *Lien social et Politiques*, no.62, p.111 ; Motenko, A.K. 1989. « The Frustration, Gratification and Well-being of Dementia Caregivers », *Gerontologist*, vol. 29, no 2, p. 166-172.; Membrado, M., J. Vezina, S. Andrieu et V. Goulet.. 2005. *op.cit.* p.94. ; H. Bocquet et S. Andrieu. 1999. *op.cit.* ; L. I. Pearlin. 1989. *op.cit.*

²⁹ J.-P. Lavoie. 2000. *op.cit.* p.157-172.

ce qui prend une forme complexe qui dépasse les aspects positifs ou négatifs³⁰. M. Paquet insiste sur la nécessité de prendre de la distance avec la logique de fardeau afin de « rompre intellectuellement avec la logique du système pour se diriger vers la ou les dynamiques des pratiques familiales »³¹.

De ce point de vue, la plupart des études existantes, qui traitent des expériences de la prise en soin d'un proche âgé dépendant, sont quelque peu limitées pour appréhender les expériences vécues par les aidants principaux au cours de la prise en soin. Les recherches occidentales abordent avant tout les solidarités familiales dans la prise en soin d'un proche âgé, plutôt que le déploiement des aidants principaux. L'étude de J.-P. Lavoie cherche à savoir si la prise en charge s'inscrit dans une dynamique normative d'obligation, ou dans une dynamique fondée sur le choix et l'affection. L'auteur a analysé la façon dont les aidants familiaux s'adaptent face aux inconvénients pour parvenir à concilier les besoins des proches âgés et ceux des aidants familiaux dans leur relation d'autorité, et la réticence de l'aidant (surtout s'il est parent) à demander de l'aide à d'autres membres de la famille (surtout leurs enfants). L'étude de P. Miceli se focalise sur l'expérience de la prise en charge familiale de la maladie d'Alzheimer (surtout les processus de différenciation des implications des proches) à travers les dilemmes dans l'exercice de la toilette du malade, le recours aux structures d'accueil et d'hébergement et l'intervention dans sa vie privée³². L'étude de C. Gucher montre que lors de la prise en charge d'un proche âgé, les solidarités familiales se manifestent de façon différente selon des modèles socio-culturels caractéristiques du milieu de vie dans lequel elles se développent. Surtout, l'auteure met en évidence que dans le milieu rural l'absence de services professionnels impose davantage la contrainte aux aidants familiaux³³. L'étude de V. Caradec classifiant l'expérience de la prise en charge en quatre typologies – aide-altération, aide-contrainte, aide-engagement et aide-satisfaction souligne que les types d'expériences peuvent être évolutifs, de l'expérience positive à négative, et vice versa selon la conjoncture³⁴.

Si les solidarités familiales dépendent des modèles socio-culturels caractéristiques des milieux de vie³⁵, la plupart des études coréennes, différemment des études occidentales, abordent

³⁰ N. Rigaux. 2009. « L'aide informelle aux personnes âgées démentes : fardeau ou expérience Significative », *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol. 7, no 1, p. 57-63.

³¹ M. Paquet. 2001. *op.cit.* p.81-82.

³² P. Miceli. 2013. *Dilemmes familiaux de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : principes, relations et émotions*, Thèse en sociologie, Université Charles de Gaulle – Lille III.

³³ C. Gucher. 2013. « Être "Aidant familial" en "milieu rural" – entre devoir moral et contraintes sociales, quelle place pour l'autonomie ? », *Gérontologie et société*, vol.36, no.146, p.106-107.

³⁴ V. Caradec. 2009. *op.cit.* p.119.

³⁵ C. Gucher. 2013. *op.cit.* p.106.

l'expérience de soins prodigués par un seul aidant principal, notamment les femmes. Si les études quantitatives qui occupent la majorité des recherches coréennes abordent plutôt les facteurs responsables du sentiment de fardeau ainsi que ceux qui le réduisent, quelques études qualitatives montrent cependant mieux l'expérience des « aidantes principales ». L'étude de J. Seomun et Y.-J. Jung aborde les difficultés des aidantes principales, mais se concentre sur l'effet de réduction du sentiment de fardeau, après l'entrée de leurs proches âgés en établissement d'hébergement³⁶. L'étude de J. Yoo *et al.* décrit les difficultés des aidantes principales qui s'occupent de leurs proches âgés atteints de la maladie d'Alzheimer, mais c'est pour connaître les lacunes à combler dans la politique en faveur des malades d'Alzheimer³⁷. L'étude de M. S. Lee analyse les motivations des aidantes principales et leur expérience des difficultés³⁸, mais elle se focalise sur l'expérience des aidantes principales en tant qu'aides-soignantes familiales, ce qui souligne surtout les inconvénients administratifs.

Chacune des études existantes montre de façon différente les expériences de la prise en soin des personnes âgées dépendantes que ce soit par les membres des familles ou les aidantes principales. Mais elles rencontrent des limites pour montrer les expériences précises qui permettent d'éclairer comment les aidants continuent à être chargés du soin de leur proche âgé malgré les épreuves qu'ils rencontrent. De plus, même si certaines études soulignent la dynamique familiale pour soigner un proche âgé, paradoxalement elles montrent certainement l'existence d'aidant(e) principal(e). Mettant en avant le rôle d'« aidante principale », notre étude s'intéresse, de ce fait, à la dynamique des expériences des filles et des belles-filles à l'égard de la prise en soin de leur proche âgé avec lequel elles cohabitent. À la différence des autres recherches, notre étude a l'ambition d'appréhender à la fois l'approche microsociologique et l'approche macrosociologique, autrement dit, les expériences précises des aidantes principales sur la prise en soin de leurs proches âgés dépendants et la relation entre les aidantes principales et les structures sociales qui les encadrent culturellement et politiquement et qui influencent leur ressenti tout au long de la prise en charge. Ainsi, les questions de notre recherche sont corrélées à d'autres questions, comme celles des représentations de la vieillesse en Corée, celle de la place des femmes ou encore celle de l'action sociale vieillesse mise en place par le gouvernement :

³⁶ J. Seomun, Y.-J. Jung. 2011. « A Qualitative Study on Caregivers' Burden Experiences for the Long-term Care Qualified Elderly », *Journal of Social Science*, vol.22, no.4, p.3-30.

³⁷ J. Yoo *et al.*. 2018. *Public Policy for the Older Adults with Dementia and Their Caregivers*, Korea Institute for Health and Social Affairs, Research Report 2018-15.

³⁸ M. S. Lee. 2012. *The Caregiving Experience of Family Caregiver who Supports a Family Member Recognized as the Beneficiary of the Long-term Care Insurance for the Aged*, Thesis for Ph.D. on Social Welfare, Kyonggi University, South Korea.

Pour quelles raisons les filles et belles-filles sont-elles devenues aidantes principales de leur(s) parent(s) ou beau(x)-parent(s) ? Quelles épreuves rencontrent-elles et pourquoi continuent-elles à prendre soin de leurs proches âgés dépendants jusqu'au bout, malgré les difficultés ? Comment le système de l'ASLD répond-il aux attentes des aidantes principales ?

Les hypothèses de réponses à ces questions sont les suivantes :

Lorsque les proches âgés ont besoin d'aide dans la vie quotidienne, les filles ou les belles-filles sont désignées ou s'autodésignent comme aidantes principales, en se référant à leurs socialisations dans la culture du familialisme malgré la modernisation de la société.

Les aidantes principales rencontrent des épreuves du fait qu'elles se trouvent dans des situations contraintes, et que les ressources nécessaires ne sont pas suffisantes ou disponibles. Le rôle d'aidante principale se situe en permanence entre l'état d'équilibre et l'état de déséquilibre, c'est donc une épreuve-défi. En effet, les aidantes principales rencontrent plusieurs épreuves tout au long de la prise en soin de leurs proches âgés dépendants dans le registre de l'aide pratique, le registre individuel, le registre relationnel et le registre politique. Mais en même temps elles cherchent à y faire face en élaborant des stratégies et en mobilisant des ressources déjà existantes et/ou des ressources incarnées par l'interaction, qui restaient potentielles avant la prise en soin. L'épreuve-défi génère ainsi des ressources, qui leur permettent de continuer à se maintenir dans le rôle d'aidante principale.

Les services de l'ASLD facilitent la prise en soin des proches âgés dépendants en atténuant les difficultés rencontrées par les aidantes principales. Toutefois, du fait de la mise en place tardive du système de l'ASLD, celui-ci porte de nombreuses lacunes à combler. Cela, s'ajoutant à l'influence culturelle, décourage parfois les aidantes principales à recourir aux services de l'ASLD.

A. Notions préalables

1. Prise en soin

De nombreuses études françaises qui abordent le sujet de la personne âgée dépendante emploient la notion d'« aide », même si plusieurs notions similaires existent, comme celles de « soutien », de « support », de « secours » et d'« assistance ». Selon le Petit Robert, le « secours » permet de sortir quelqu'un d'une situation difficile, dangereuse ou urgente, par

exemple le secours aux sinistrés, aux sans-abri, ou bien le secours en mer ou en montagne. Parallèlement la notion d'« assistance » est anciennement utilisée comme une aide sociale, telle que l'assistance publique destinée aux indigents. D'ailleurs, ces deux notions sont jugées comme des aides temporelles. La notion de « soutien » ainsi que celle de « support » semblent convenables pour désigner l'« aide » apportée par la famille, mais elles impliquent un sens « holiste ». En effet, quand on pense au soutien familial, cela inclut soutien financier ainsi que soutien moral. Cela risque de faire l'impasse sur une moindre aide intervenant entre deux protagonistes³⁹.

Cela ne signifie pas pour autant que la notion d'« aide » soit pertinente. Malgré ses utilisations fréquentes, elle est critiquée du fait de ses limites de sens. D'une part, elle donne une vision unilatérale dans laquelle l'aide est véhiculée dans un unique sens⁴⁰. On tend à considérer que la personne « aidante » apporte son « aide » à la personne « aidée » comme si les rôles étaient immuables, alors que l'aide s'ouvre dans la réciprocité même si le retour n'est pas identique. Cette vision unilatérale peut laisser penser que la position de personne aidante est supérieure ou meilleure que celle de personne aidée. D'autre part, cette notion porte sur l'aide instrumentale ainsi que sur l'aide matérielle, ce qui est quantifiable en terme de temps ou de prix. Pourtant, l'« aide » au proche malade est non seulement une aide tangible, mais aussi une aide intangible. Par exemple, quand on apporte de l'aide pour un repas, on doit faire des courses, mais auparavant, on doit établir le menu en envisageant les aliments les plus nutritifs adaptés au malade. On fait la cuisine, puis on reste à côté du malade pour le nourrir, s'il ne parvient pas à manger seul. Et on finit par faire la vaisselle. Dans ce cas, on compte seulement, dans l'aide au repas, l'acte de cuisiner et nourrir. L'inquiétude pour le proche malade est essentielle pour apporter une aide pertinente, alors qu'en général on ne considère pas le souci de l'autre comme faisant partie intégrante d'une aide. C'est la raison pour laquelle la notion d'aide n'est pas adaptée dans la relation familiale, elle correspond plutôt à la relation professionnelle⁴¹.

Effectivement J.-P. Lavoie souligne que « l'aide est immergée dans la relation quotidienne et affective et qu'elle ne répondrait pas nécessairement à un besoin précis »⁴². En ce sens, la notion de « *care* » remplace de plus en plus celle d'« aide ». B. Fisher et J. Tronto (1991) définissent le *care* comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir,

³⁹ M. Membrado *et al.* 2005. *op.cit.* p.89.

⁴⁰ P. Miceli. 2013. *op.cit.* p.10.

⁴¹ H. Joublin. 2010. *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins: Enjeux éthiques de proximité*, Toulouse, ERES. p.33-34.

⁴² J.-P. Lavoie. 2000. *op.cit.* p.109-110.

perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie »⁴³. J. Tronto décrit le *care* comme un processus d'action qui se compose de quatre phases : se soucier de (*caring about*), prendre en charge (*taking care of*), prendre soin de (*care giving*) et recevoir le soin (*care receiving*)⁴⁴. Plusieurs chercheurs français estiment qu'il n'y a aucun terme équivalent en français pouvant impliquer toutes les significations du terme de *care*⁴⁵. En effet, ce terme anglais porte à la fois sur « la sollicitude (*care about*) » (affection) et « le soin (*care for*) » (action), ce qui peut recouvrir un ensemble d'activités matérielles, techniques, relationnelles et émotionnelles qui répondent aux besoins des autres⁴⁶.

En gardant le sens du *care*, il est nécessaire d'aborder la notion de « prendre en charge » et de « prendre soin » que notre étude préfère utiliser. Dans la société coréenne, sous l'influence du *hyo* (piété filiale) du confucianisme, l'« aide » ou le « *care* » s'imposait traditionnellement aux enfants comme un devoir envers leurs parents âgés. La notion de « *부양* [*bouyang*] » signifie, selon le dictionnaire, « prendre en charge la personne qui n'a pas la capacité de subvenir toute seule à ses besoins »⁴⁷. Si les études françaises tendent à souligner l'importance de l'émotion dans l'« aide » aux parents âgés dépendants, et donc si la notion de « *care* » est souvent évoquée comme éthique⁴⁸, en Corée la notion de prise en charge comprend déjà l'aspect émotionnel, car elle s'inscrit dans la notion de « *hyo* » du confucianisme⁴⁹. Ce qui vient de la différence culturelle. Avant tout, si la notion de « *부양* [*bouyang*] » est souvent employée dans la langue écrite, il y a un verbe qui se parle couramment dans la langue orale : « *모시다* [*mosida*] » qui signifie en français « servir quelqu'un de plus âgé ou un être cher avec attention et respect au fond du cœur »⁵⁰.

En fait, si le terme de « charge » est souvent utilisé dans la loi au sujet d'un « enfant à charge », cela concerne davantage la prise en charge financière et instrumentale, dans le sens obligatoire. Telle signification de prise en charge peut produire l'idée de fardeau⁵¹. De surcroît, dans la

⁴³ J. Tronto. 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte. p.143.

⁴⁴ *Ibid.* p.147-150

⁴⁵ C. Martin. 2008. « Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions », *Revue Française de Socio-Économie* 2008/2 (n° 2), p.28.

⁴⁶ J. Tronto. 2009. *op.cit.* p.147-150.

⁴⁷ <https://ko.dict.naver.com/#/entry/koko/f2fc8c9af82a489b969176f1d4a0901f>

⁴⁸ P. Miceli. 2013. *op.cit.*

⁴⁹ Y. J. Kim et H. K. Choi. 2000. « Family caregiving services as social support for the elderly », *Journal of the Korea Gerontological Society*, Vol.20, no.1, p.209-223.

⁵⁰ <https://ko.dict.naver.com/#/entry/koko/15d3e0b5e362438f9f6d8482d64bf7fa>

⁵¹ M. Membrado *et al.* 2005. *op.cit.* p.89.

plupart des cas, ce n'est pas un seul membre de la famille qui prend tout en charge. Comme nous l'avons évoqué plus haut, ce sont souvent des femmes qui s'occupent des tâches domestiques tandis que les hommes participent financièrement. Dans ce cas, si on dit par exemple « Pierre prend en charge sa mère », on risque de considérer qu'il s'en occupe financièrement. De ce point de vue, nous avons besoin d'emprunter la notion de « *care* », en français celle de « prendre soin », en sachant que la deuxième ne peut pas remplacer la première. Effectivement, « prendre soin » se rapproche de la notion de « *care* » qui met l'accent sur à la fois « avoir le souci de l'autre » et « subvenir aux besoins »⁵². Plusieurs recherches coréennes récentes sur ce sujet emploient de plus en plus la notion de *care* en laissant la notion de « prise en charge », si bien que les Coréens qui s'occupent des soins tendent à utiliser ce terme dans la conversation quotidienne, « *care* » littéralement en anglais ou 돌봄 [dol-bom], traduit du *care* en coréen, qui est défini comme « prendre soin avec affection » dans le dictionnaire coréen⁵³.

En tout état de cause, dans notre étude, en privilégiant la notion de « prendre soin » nous utiliserons alternativement les notions de « prendre en charge » et d'« aide » en n'ignorant pas la différence délicate entre les deux notions. Mais nous préférons utiliser « prendre en charge » pour souligner le rôle économique, par exemple lorsque la personne aidante s'occupe à la fois des tâches domestiques et du financement. Et si nous parlons de la théorie, nous n'hésiterons pas à utiliser la notion de « *care* ». Nous considérons tout cela comme l'ensemble des aides, dont le proche âgé dépendant a besoin pour améliorer ou maintenir son état de santé dans la vie quotidienne, c'est-à-dire les aides physiques (instrumentale, matérielle), mais aussi les aides intangibles et non quantifiables qui s'avèrent nécessaires émotionnellement, comme le souci ou la préoccupation. Et ce ne sont pas les pratiques qui vont arbitrairement dans un unique sens, du donneur au receveur en fixant chacune de leurs positions⁵⁴. Il s'agit d' « un ensemble de pratiques d'interaction et d'échange entre personnes apparentées »⁵⁵.

2. Aidante principale

Si nous empruntons la notion de « *care* », la personne qui donne le « *care* » doit être appelée « *caregiver* » en anglais, « donneur de soin » ou « soignant » en français. Toutefois, puisqu'en français la notion d'aide est la plus utilisée, on est amené à l'appeler l'« aidant ». En français, le mot de soin porte globalement deux sens. Son premier est le souci de l'autre, qui correspond à ce dont parle la notion de *care*. Pourtant, son deuxième sens est le plus usité, surtout en France :

⁵² *Ibid.* p.88.

⁵³ <https://ko.dict.naver.com/#/entry/koko/453b6275ff9740ab84b5d3e550b85d0c>

⁵⁴ M. Membrado. 1999. *op.cit.*

⁵⁵ J.-P. Lavoie. 2000. *op.cit.* p.18.

les soins professionnels, tels que le soin médical ou le soin infirmier. L'appellation de soignant désigne de ce fait le personnel chargé des soins aux malades, comme l'équipe soignante à l'hôpital⁵⁶. En fait, même si la notion d'aide est la plus employée, on voit que les recherches françaises tendent à utiliser de plus en plus la notion de *care*, du fait de l'inflation récente de la réflexion sur les théories du *care*. Dans ce cas, « prendre soin » est adopté en français, considéré dans les dimensions sur lesquelles le *care* repose, alors que le terme de « soignant » n'est jamais employé⁵⁷. Cela signifie que l'utilisation du terme de soignant est sûrement réservée au professionnel, et que faute de mieux celui d'« aidant » reste dominant. Parallèlement, à défaut de vocable plus approprié, notre recherche utilisera également le terme d'aidant, bien que le fait de désigner la famille comme aidant présente les mêmes limites que celles évoquées ci-dessus.

Le terme d'aidant familial est sûrement distinct de celui d'aidant professionnel. Dans la plupart des cas, l'aidant familial est défini comme la personne non professionnelle qui, par défaut ou par choix, vient en aide à une personne dépendante de son entourage⁵⁸. La réalisation des soins se manifeste de façon différente d'une famille à l'autre, selon les ressources disponibles de son proche âgé et de la famille, telles que les finances, le temps disponible, l'affection ou le souci pour le proche âgé... Toutefois, plusieurs études constatent la tendance à faire reposer davantage la responsabilité des soins sur un membre de la famille, et en général il s'agit d'une femme⁵⁹. De ce point de vue, le terme d'aidant familial risque de désigner les femmes comme aidantes par euphémisme, et même de cacher celle qui a le mérite d'en être chargée⁶⁰. Notre étude considère comme aidante principale un membre féminin, qui assume principalement les soins de son proche âgé dépendant. Cela ne signifie pas pour autant qu'un membre s'occupe seul de toutes les tâches de soins⁶¹. Les femmes assument le plus souvent les tâches domestiques, telles que le ménage, la cuisine et l'aide à la toilette, tandis que les hommes tendent à assurer l'aide

⁵⁶ J.-P. Lavoie et M. Membrado. 2014. « Prendre soin d'un parent âgé. La part du lien familial », dans Hummel C., Mallon I. et Caradec V. (dir.), *Veilles et vieillissements. Regards sociologiques*, Rennes, PUR, p.342.

⁵⁷ *Idem*.

⁵⁸ P. Savignat. 2014. « Les aidants : une catégorie incertaine entre domaine privé et espace public », *Empan*, no. 96, p.151-157.

⁵⁹ C. Ungerson. 1983. « Why Do Women Care ? », In Finch, J. et Groves, D. (Eds.), *A Labour of Love : Women, Work and Caring*, London, Routledge & Kegan Paul, p.31-49 ; A. Walker. 1983. « Care for elderly people : a conflict between women and the state », In Finch, J. et Groves, D., (Eds.), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, London: Routledge & Kegan Paul. p.106-128.; M. Baum and M. Page. 1991. « Caregiving and Multigenerational Families », *The Gerontologist*, vol.31, no 6, p. 762-769. ; S. Clément, A. Grand, et A. Grand-Filaire. 1996. « Aide aux personnes vieillissantes », In Henrard, J-C., Clément, S. et Derriennic, F. (Eds.), *Veilles, santé, société*, Paris : Les éditions INSERM. p.163-189. ; J. Finch et J. Mason. 1993, *Negotiating Family Responsibilities*, London et New-York, Tavistock/Routledge. ; J.-P. Lavoie. 2000. *op.cit.*

⁶⁰ N. Rigaux. 2009. *op.cit.* p.62.

⁶¹ M. Membrado *et al.* 2005. *op.cit.* p.95.

financière, la surveillance, le bricolage, la conduite ou les affaires administratives⁶². Mais femme ou homme, l'un ou l'autre des membres de la famille peut assumer temporairement le rôle de l'aidante principale, si celle-ci se trouve indisponible pour prendre soin du proche âgé dépendant pour quelques heures ou quelques jours. Ces personnes tendent à aider, de temps à autre, les aidantes principales, implicitement et explicitement, par un soutien moral ou financier, par des aides dans les soins si la personne est cohabitante, ou par une visite pour alléger quelques soins en cas de non cohabitation par exemple. Nous les désignerons comme les aidants secondaires, ceux qui sont moins préoccupés par les soins que les aidantes principales. Ainsi, le terme d'aidant familial (ou informel) comprend non seulement l'aidante principale, mais aussi les aidants secondaires, autrement dit, les membres de la famille qui sont impliqués dans une aide, de quelque type ou quantité que ce soit, apportée à leurs proches âgés dépendants.

Concernant l'aidante principale, il nous est encore nécessaire de préciser certains critères. Elle peut être celle qui offre le plus de soins, ou encore celle qui coordonne l'ensemble des soins⁶³. S'il n'y a pas unanimité de définition, de même si plusieurs études ne mentionnent pas particulièrement ce qu'est précisément l'aidante principale⁶⁴, cela signifie que dans la plupart des cas, elle est considérée simplement comme la personne qui prend davantage soin de son proche âgé dépendant. Toutefois, certaines études soulignent qu'il est possible que les aidantes principales n'effectuent pas forcément la majorité des tâches de soin, mais elles peuvent jouer le rôle de responsable pour l'organisation, la surveillance (*monitoring*) ou la coordination des arrangements de soin, sous l'effet de la pression ressentie, même sans cohabitation⁶⁵. En ce sens, notre étude considèrera l'aidante principale comme celle qui n'est pas forcément chargée de s'occuper des tâches les plus nombreuses. Un autre membre proche, ou un aidant professionnel, peut intervenir régulièrement ou spontanément. Nous la définirons donc comme celle qui organise globalement les soins, avec un sentiment de responsabilité et un souci à cet égard en cohabitant avec son proche âgé dépendant. C'est donc celle qui assume des tâches qui semblent banales, car elles sont celles de la vie quotidienne, telles que les tâches domestiques, souvent les moins valorisées, mais essentielles pour maintenir une saine qualité de vie aux proches âgés. Nous nous focaliserons sur les filles et les belles-filles, mais pour éviter une marginalisation

⁶² S. Petite et A. Weber. 2006. « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », *Études et résultats*, Drees, no.459, janvier, p.6.

⁶³ J.-P. Lavoie et M. Membrado. 2014. *op.cit.* p.345.

⁶⁴ S. H. Zarit, K. E. Reeve, J. Bach-Peterson. 1980. « Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden » . *Gerontologist*, vol. 20 : 649-655; C. A. Cohen, D. Pushkar. 1999. « Lessons learned from a longitudinal study of dementia care », *Am J Geriatr Psychiatry* vol. 7, p.139-146.

⁶⁵ B. Le Bihan et C. Martin. 2012. « Diversification of care policy measures supporting older people : towards greater flexibility for carers? », *European Journal Ageing*, no.9, p.141-150. p.143.

exclusive des hommes qui correspondent à ces critères, nous utiliserons éventuellement le terme d'aidants principaux pour parler des cas généraux.

3. Proche âgé dépendant

Il est nécessaire d'examiner deux notions, « proche » et « dépendance ». Concernant le terme « proche », dans notre étude, les aidantes principales prennent soin, soit de leurs propres parents, soit des parents de leurs maris. Nous parlons de « proche âgé » plutôt que « parent âgé ». Certes, cette notion peut être imprécise et ambiguë, du fait qu'elle donne une vision qui ne se limite pas à un lien familial. Dans le Petit Robert, le sens de l'adjectif « proche » renvoie à une relation intime : membre de la famille ou de la parenté, ami(e), voisin(e), ainsi qu'un autre étroitement côtoyé. La frontière de la relation de parenté n'est pas toujours claire. La relation « proche » est distinguée de la « publique » parce que l'on se conduit différemment selon le rapport de l'agent à l'environnement (personnes et choses)⁶⁶. Mais il peut toujours être difficile de distinguer les relations proches avec ou sans lien de parenté. Par exemple, au-delà d'un lien légitime, une personne peut considérer sa voisine âgée comme sa mère du fait de leur relation très intime. Ce concept porte ainsi sur la complexité de la qualification qui « résulte tant d'un lien familial, auquel cas la qualification de proche se superpose à celle de membre de la « proche famille », que d'un « lien d'amitié »⁶⁷. Il est intéressant d'aborder l'enquête « Proches et parents » menée par l'INED avec l'échantillon de « famille-entourage ». Le premier critère de la famille-entourage se réduit aux « parents proches », tels que ascendants, descendants, fratrie ; le concept d'entourage porte un sens plus large, en prenant en compte les anciens conjoints et leurs parents ainsi que des amis importants. Pour le second critère, la famille-entourage désigne non seulement le « parent proche » tel que « père, mère, beau-père, belle-mère, enfant adulte non cohabitant, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, mais aussi une relation d'une certaine intensité (c'est-à-dire considérée comme proche), habitant à proximité, ayant des contacts réguliers et ayant aidé cette personne ou ayant été aidée par elle »⁶⁸. Cette étude ne précise pas exactement ce qu'est un proche, mais l'utilise dans le sens complexe incluant le lien de parenté et le lien intime construit par la vie pratique.

Dans notre étude, la prise en soin s'effectue non seulement dans le cadre d'une relation intime déjà construite à partir de l'affection (souvent dans le cas de la relation entre mères et filles) mais aussi dans une relation qui ne l'est pas encore. Selon O. Abel, « Les proches sont ceux dont

⁶⁶ L. Thévenot. 2006. *L'action au pluriel: Sociologie des régimes d'engagement*, Paris, La Découverte. p.93-111.

⁶⁷ H. Joublin. 2010. *op.cit.* p.29.

⁶⁸ C. Bonvalet. 2003. « La famille-entourage locale », *Population Institut national d'études démographiques*, vol.58, p.14-15.

j'attends, même s'ils désapprouvent mes paroles ou mes actes, qu'ils m'approuvent d'exister. [...] le proche est celui qui se fait proche, ou qui est subitement rendu proche par quelque événement »⁶⁹. En fait, la qualité de relation entre deux protagonistes, au cours de la prise en soin, n'est pas stable, elle est toujours évolutive, soit de manière négative par les conflits, soit de manière positive par le partage émotionnel. Le proche « me » concerne continuellement quelle que soit la qualité de sa relation avec « moi », tant que la relation se poursuit : « les liens entre les hommes et les choses ne se nouent pas seulement dans l'atmosphère contrôlée du laboratoire de recherche et de ses dépendances »⁷⁰. Ainsi, notre recherche utilisera la notion de « proche âgé » en tenant compte de la relation qui peut développer ou dégrader la qualité de liens entre les deux protagonistes au cours de l'interaction et de l'échange, et donc de la relation que les deux protagonistes doivent faire effort d'équilibrer. Par contre on ne peut nier qu'il y a une limite, lorsque les proches âgés sont atteints de la maladie d'Alzheimer, que leurs aidantes principales doivent gérer. Le proche âgé de notre thèse se réduit au lien de parenté en lien direct ou par alliance, soit mère soit belle-mère. Même si les proches âgés sont féminisés dans notre étude, nous ne dirons pas « proche âgée », du fait que certaines aidantes principales peuvent éventuellement nous faire partager une expérience de la prise en soin d'un proche âgé masculin qu'elles peuvent avoir assurée auparavant.

D'autre part, il nous faut expliciter la notion de « dépendance ». Elle se trouve au cœur des enjeux car elle est porteuse d'un sens complexe. Dans le Petit Robert, le premier sens renvoie au rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre au sens de corrélation, enchaînement ou interdépendance, tandis que le quatrième sens usuel concerne plutôt l'état d'une personne qui ne peut accomplir sans aide les tâches normales de la vie quotidienne. C'est ce sens que notre étude utilise. Si la dépendance peut être appliquée dans plusieurs dimensions, telles que physique, mentale, émotionnelle, économique, sociale..., dans la plupart des cas, elle donne une vision plutôt négative, davantage en lien avec la vieillesse⁷¹. En effet, la montée de l'individualisme dans la société moderne renforce l'indépendance portant sur la valeur de liberté individuelle, mais demande à la fois sa responsabilité envers son propre choix⁷². Cela nous conduit à considérer l'être dépendant des autres, comme souffrant d'une faiblesse de compétences et d'une régression vers l'exclusion sociale. Notamment, la vieillesse est le temps où les individus perdent de plus en plus leurs propres ressources, telles que la santé, la capacité économique,

⁶⁹ O. Abel. 2008. « La philosophie du proche », *Cités*, no. 33, p.109.

⁷⁰ L. Thévenot. 2006. *op.cit.* p.93-111.

⁷¹ B. Ennuyer. 2015 [2003], *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Dunod, p.24.

⁷² U. Beck. 2001 [1986]. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, trad de l'allemand par L. Bernardi, Paris, Alto Aubier, p.158.

l'activité sociale... Alors que la dépendance de la vieillesse résulte d'une construction sociale⁷³, elle est perçue comme « l'attribut spécifique, inéluctable et irréversible du grand âge, [...] stigmatisée comme incapacité à faire et finalement comme incapacité à être, [...] associée systématiquement à une charge d'aide très lourde pour les proches familiaux, [...] présentée comme un défi pour la société »⁷⁴.

Or, la personne « indépendante » qui accomplit tout elle-même, en mobilisant ses ressources individuelles, se trouve également dépendante de ses propres ressources, qui ne sont pas illimitées : en cas d'épuisement, elle sera dépendante de l'aide des autres⁷⁵. A. Memmi a étendu la notion de dépendance vers l'interdépendance en la définissant comme « une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou irréels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin. »⁷⁶. Il s'agit de la « co-dépendance », dans le sens où chacun a besoin de l'autre, parce que « la dépendance peut être satisfaisante et répétée, chaque jour, pour chacun des protagonistes ⁷⁷ ». Parallèlement, d'après E. Morin, la vie de tout être humain est constituée d'un tissu de dépendances. Le concept d'autonomie est ainsi ré-évalué : « le concept d'autonomie est un concept non substantiel mais relatif et relationnel. Je ne dis pas que plus on est dépendant, plus on est autonome. Il n'y a pas de réciprocité entre ces deux termes. Je dis qu'on ne peut concevoir d'autonomie sans dépendance »⁷⁸.

En tout état de cause, la notion de « proche âgé dépendant » ne se réduit pas à la situation dans laquelle le proche âgé a besoin de l'aide d'autrui dans les actes de la vie quotidienne en raison des maladies ou du vieillissement. Au-delà de ça, cette notion implique l'idée que « cette situation peut m'arriver un jour », de même que « le proche âgé dépendant peut être moi, il est mon alter-égo ».

B. Cadre théorique : Les représentations sociales et l'acteur dans ses rôles

Comme cadre théorique de notre étude, nous retenons les théories des représentations sociales. En effet, les expériences des aidantes principales à l'égard de la prise en charge de leurs proches

⁷³ Plusieurs études soulignent que la construction sociale de la dépendance renvoie à la diminution des ressources financières et sociales due à l'obligation d'une retraite (même précoce) ; à la transition du statut contributeur au statut bénéficiaire et objet politique ; aux représentations négatives de la vieillesse dues au « culte de jeunisme » et à la tendance de « bien vieillir »...

⁷⁴ B. Ennuyer. 2015 [2003], *op.cit.* p.24-26. ; P. Townsend. 1981. « The structured dependency of elderly : a creation of social policy in the twentieth century », *Ageing and Society*, vol.1, no.1, p.5-28. ; A. Walker. 1980. « The social creation of poverty and dependency in old age », *Journal of social policy*, vol.9, no.1, p.49-75.

⁷⁵ B. Ennuyer. 2015 [2003], *op.cit.* p.70-71.

⁷⁶ A. Memmi. 1979. *La dépendance*. Gallimard, p.211-212.

⁷⁷ B. Andrieu et P. Gerardin. 2013. « Le corps vieillissant et les soignants: vers une codependance? », *Gerontologie et société*, vol. 36, no 145, 2013, p.153-154.

⁷⁸ E. Morin. 1990. *Science avec conscience*. Paris, Éditions Seuil, p. 261.

âgés dépendants sont constituées de représentations, qui les amènent à adopter le rôle d'aidante principale, à rencontrer des épreuves, à mobiliser des ressources et enfin à pouvoir continuer à jouer le rôle. Dans ce cadre, le concept d'épreuve-défi basé sur l'acteur dans ses rôles nous permettra d'appréhender en détail leur expérience.

1. Le rôle d'aidante principale dominé par les représentations sociales

La représentation renvoie aux formes mentales, comme les sciences, les religions, les mythes, les croyances, l'espace, le temps, les opinions et savoirs sans distinction. C'est E. Durkheim qui a abordé en 1898 pour la première fois la notion de représentations sociales, selon lui parce que « la vie collective, comme la vie mentale de l'individu, est faite de représentations, il est [...] présumable que représentations individuelles et représentations sociales sont, en quelque manière, comparables »⁷⁹. Même si les représentations individuelles reposent sur la conscience de chacun, E. Durkheim confère une place fidèle aux représentations collectives en disant que « l'individu est sensible même à de faibles changements qui se produisent dans son milieu interne ou externe, seuls des événements d'une suffisante gravité réussissent à affecter l'assiette mentale de la société »⁸⁰. Ainsi, en considérant les représentations collectives comme des vertus *sui generis*, l'auteur trouve que « par elles [les représentations collectives], les hommes se comprennent, les intelligences se pénètrent les unes les autres. Elles ont en elles une sorte de force, d'ascendant moral en vertu duquel elles s'imposent aux esprits particuliers »⁸¹.

Si E. Durkheim n'applique sa théorie qu'à la société archaïque, S. Moscovici voulut appliquer la notion de représentation aux sociétés civilisées⁸². En effet, la révolution s'illustrant par les communications de masse et l'expansion des savoirs, qui étaient jusqu'alors l'apanage des savants, permet profondément, dit-il, de changer les manières de penser et donc de reconstituer la réalité dans laquelle on vit. En recevant les connaissances partagées et en les diffusant, on parvient à faire le tour d'horizon d'un objet visé et donc à agir désormais d'une manière différente d'autrefois⁸³. La communication y joue un ample rôle de médiateur, provocateur et révélateur, ainsi que tout ce qui s'active et s'intègre parmi l'individu, le groupe et la société.

« La représentation sociale doit être comprise comme un système de valeurs, de notions et de pratiques, doté de deux fonctions principales. La première est l'instauration d'un ordre qui

⁷⁹ E. Durkheim. 1898. « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de Métaphysique et de Morale*, tome VI, no. mai, édition électronique réalisée par Tremblay, J.-M., p. 3.

⁸⁰ E. Durkheim. 1968 [1912]. *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, p. 609.

⁸¹ *Ibid.* p.625.

⁸² S. Moscovici. 2007 [1989]. « Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire », In Jodelet D.(dir.), *Les représentations sociales*, PUF, 7^e édition, 2^e tirage, p.97-98.

⁸³ *Ibid.* p.98

donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social et matériel et de le dominer. La seconde est d'assurer la communication entre les membres d'une communauté en leur proposant un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde, de leur histoire individuelle et collective⁸⁴. »

Si E. Durkheim inscrit la notion de représentation collective comme induisant les comportements sociaux, S. Moscovici en traitant la représentation comme un problème, préfère donc parler de phénomène plutôt que de concept, ce qui lui permet de la saisir comme un processus⁸⁵. Les représentations sociales portant sur quatre fonctions principales (fonction de savoir, fonction identitaire, fonction d'orientation, fonction justificatrice) sont des ensembles de références, comme des savoirs communs, qui permettent d'interpréter le contexte réel, et qui font identifier et catégoriser les situations, les phénomènes, les individus auxquels nous faisons face. Elles permettent d'orienter comme « un guide pour l'action », de maîtriser les conduites des individus et de structurer ou restructurer la réalité⁸⁶. Elles jouent le rôle de refléter les relations des individus avec leur monde. C'est « un système de prédécodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes »⁸⁷. Les représentations servent donc à objectiver le sens de l'action de l'individu dans la vie quotidienne. Il s'agit de passer le processus de reproduction intersubjective dans lequel plusieurs sources concurrentes d'information agissent pour obtenir leur propre légitimité, l'attention et le consensus normatif⁸⁸.

De ce fait, les représentations manifestées ne correspondent pas littéralement à la réalité objective. Elles se forment en passant par les étapes de sélectionner et de trier des informations, données et construites par les membres appartenant à la même culture, puis d'interpréter la réalité en lui donnant un sens⁸⁹. C'est la raison pour laquelle les représentations peuvent être évolutives en étant échangées, générées et acquises, enlevées et régénérées au cours de l'interaction. Elles sont caractérisées par le fait de « comprendre, non plus la tradition mais l'innovation, non plus une vie sociale déjà faite mais une vie sociale en train de se faire »⁹⁰. Ainsi, les représentations sont le produit et le processus d'une élaboration psychologique (filtre personnel) et sociale du réel (filtre social)⁹¹. Les individus interprètent un objet selon l'intériorisation de l'ensemble des expériences, des pratiques, des modèles de conduites et de

⁸⁴ C. Herzlich, S. Moscovici. 1969. *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Préface de C. Herzlich. Paris, Mouton, p.11

⁸⁵ *Ibid.*, p.123

⁸⁶ J. C. Abric. 1994. *Pratiques sociales représentations*, Paris, Puf, p.15-18.

⁸⁷ *Ibid.* p.12-13.

⁸⁸ P. Lalli. 2005. « Représentations sociales et communication », *Hermès*, vol.41, p.61-62.

⁸⁹ J. C. Abric. 1994. *op.cit.* p.15-18.

⁹⁰ S. Moscovici, S. 2007 [1989]. *op.cit.* p.99

⁹¹ D. Jodelet. 1984. « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie », *In Moscovici S.(dir), Psychologie Sociale*, Paris PUF, p.373.

pensées, socialement imprégnés par la communication sociale⁹².

Toutefois, même si les représentations résultent de l'interaction des savoirs communs et de la subjectivité, en passant par les consensus, les conflits, la reproduction du sens commun ou bien la production d'un nouveau sens partagé, les membres des groupes sociaux s'imprègnent, d'abord, de la pensée collective et maîtrisent la connaissance sociale construite dans des significations diverses⁹³. Dans ce milieu, l'être social ne saurait éviter de faire face aux représentations sociales implicitement ou explicitement figées par des membres de la société. Mais c'est en fonction de celles-ci que les comportements des individus peuvent porter sur une (ou des) signification(s), puis enfin interpréter l'activité sociale, et au-delà comprendre les relations entre des faits humains. De ce fait, connaître les représentations sociales sur un sujet pourra permettre de saisir les contextes, de décrire et d'appréhender le lien entre les agents sociaux et les réalités de l'activité qui se déroulent dans la société qui est « en train de se faire ».

En ce sens, le rôle est dominé par les représentations sociales. Selon D. Martuccelli, le rôle est défini comme le comportement attendu d'autrui selon son positionnement⁹⁴. Si le statut est inséparable du rôle, ils conduisent tous deux les individus à organiser leurs attitudes et leurs comportements⁹⁵. La théorie du rôle la plus employée en sociologie est celle de la culture formulée surtout par R. Linton. Celui-ci voulait montrer que tous ceux qui appartiennent à la même culture ne se comportent pas, ni pensent, ni ne se ressentent de la même manière. C'est le rôle qui peut se représenter comme un ensemble de normes sociales incluses dans la culture transmise aux interactants dans une situation donnée⁹⁶. Les statuts-rôles peuvent s'effectuer par habitude dans la vie quotidienne. Même s'il admet l'existence des statuts acquis qui sont ceux qui requièrent des qualités particulières et se gagnent par la compétition, la plupart des statuts-rôles sont attribués et préparés à partir de la naissance. Et c'est à ce moment-là que les habitudes commencent à se former, car les statuts-rôles deviennent des guides propres à organiser les attitudes et les comportements des individus⁹⁷. R. Linton trouve que la division et l'attribution des statuts selon le sexe sont le plus souvent concernées. Toutes les sociétés établissent des

⁹² D. Jodelet. 2007. *op.cit.* p.53

⁹³ P. Lalli. 2005. *op.cit.* p.63

⁹⁴ Du point de vue des structuro-fonctionnalistes, la structure sociale détermine l'action de l'individu, donc attribue des rôles appropriés à chacun selon son positionnement social. Le rôle social assumé par chacun contribue à maintenir la stabilité des systèmes sociaux. D. Martuccelli. 2002. *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard, p.141-142.

⁹⁵ R. Linton. 1968 [1936]. *De l'homme*, trad. Paris, Les Éditions de Minuit, p.137 et p.139.

⁹⁶ R. Turner. 1985. « Unanswered Questions in the convergence between structuralist and interactionist role theories », In Helle H. J., Eisenstadt S. N. (Ed.), *Micro-sociological Theory: Perspectives on Sociological Theory*. London, Sage, p.23.

⁹⁷ R. Linton. 1968. *op.cit.* p.137-139.

attitudes et des activités différentes pour les femmes et pour les hommes. En fait, les traits psychologiques des femmes et des hommes varient d'une société à l'autre. Pourtant, lorsqu'une société adopte une industrie nouvelle, pendant un certain moment on ne sait pas par lequel des deux sexes cette tâche peut être assumée. Mais bientôt « elle incombe rapidement à l'un ou à l'autre [...] et c'est la culture qui détermine [...] leur attribution »⁹⁸.

« Chaque génération doit se socialiser sur la base des « modèles culturels transmis par la génération précédente ». La socialisation est donc un processus de transmission linéaire, qui se fait par l'éducation, comprise comme la transmission contrainte d'un « esprit de discipline » et d'un « attachement aux groupes sociaux ». »⁹⁹

Notre étude montrera que les représentations constituent les expériences des aidantes principales à l'égard de la prise en soin de leurs proches âgés dépendants, de la désignation du rôle jusqu'à la pratique du soin en mobilisant des ressources. La désignation d'aidante principale est, en grande partie, influencée par les savoirs communs – la coutume sociale, la tradition, la culture, le mode de vie, les valeurs sociale et/ou familiale ou l'histoire familiale (la situation familiale, les relations entre les membres), et tout cela permet aux membres de la famille de se reconnaître et d'identifier la place de chacun¹⁰⁰. Si les Coréens considèrent la prise en charge des parents âgés comme le rôle de la famille sous l'influence de la culture du familialisme et l'éthique du *hyo*, le système du patriarcat et la forte division des rôles selon le sexe désignent la personne qui prend en charge : le fils (surtout l'aîné en priorité) succédant à son père dans la responsabilité de sa famille a le devoir de se charger de ses parents ; sa femme, celui de prodiguer les soins pratiques. Le rôle d'aidante principale imposé peut donc, à ses yeux, sembler objectif à la lumière de ses expériences. Pourtant le changement des structures sociales ainsi que l'introduction de valeurs modernes entraîne la dissolution du rôle normatif, et cela a donné lieu à une variation des facteurs de désignation de la personne aidante principale. Il faut noter qu'aujourd'hui le nombre des fils (donc celui des belles-filles) qui prennent en charge leurs parents âgés tend à diminuer, tandis que celui des filles s'accroît. Pourtant, même si nous pouvons attribuer la désignation des filles comme aidante principale à des raisons variées reposant sur la subjectivité des personnes dans le temps moderne, nous ne pourrions pas négliger le fait que les filles peuvent prendre ce rôle selon leurs propres convictions, élaborées en grande partie par la socialisation.

« Les personnes-soutien exercent un rôle familial normatif (surtout les conjointes et les filles)

⁹⁸ *Ibid.* p.140-141.

⁹⁹ E. Durkheim, 1963 [1902-1903]. *L'Éducation morale*, Paris, PUF, p.4.

¹⁰⁰ J. C. Abric. 1994, *op.cit.* p.16

et que l'univers du privé et du domestique inscrit ainsi le milieu de la pratique dans un espace de résistance. [...] En effet, comme la culture influence la manière de percevoir la réalité et la façon d'y faire face, l'intervenant dans sa stratégie d'intervention doit s'imprégner de ce que signifie « prendre soin » pour le milieu familial avec lequel il est en contact. Il s'agit de faire en sorte de ne pas trop heurter, ou entrer en contradiction avec les normes, les croyances et les valeurs de référence des acteurs familiaux et de respecter les façons de faire mises en œuvre par ces derniers. »¹⁰¹

Toutefois, on ne peut s'empêcher d'attribuer en même temps au développement tardif des politiques de protection sociale le maintien du familialisme. Les Coréens n'ont pu s'appuyer que sur le familialisme lors de chaque crise sociale survenue au cours de la modernisation. Et concernant la prise en soin d'un proche âgé, on constate, malgré sa mise en place, que le système de l'ASLD porte plusieurs lacunes à combler. Cela contraint explicitement et implicitement la famille à prendre elle-même la grande responsabilité de la prise en soin. Par ailleurs, lorsque les personnes sont devenues aidantes principales, que ce soit par la désignation d'autrui, l'autodésignation ou les deux, elles prennent conscience de leur responsabilité à l'égard de la prise en soin des proches âgés, et elles s'efforceront de le faire de leur mieux. Mais elles rencontrent des épreuves tout au long de la prise en charge. Comment se maintenir dans le rôle d'aidante principale ? Pour ce faire, un concept supplémentaire, l'« épreuve-défi » de l'acteur, nous est nécessaire.

2. L'acteur dans son rôle d'aidante principale maintenu à titre d'épreuve-défi

Si la socialisation détermine le rôle, dans la société moderne les individus sont « trop multi-socialisés » et « trop multi-déterminés » pour pouvoir être conscients de leurs rôles : chacun d'eux est porteur d'une multiplicité de dispositions¹⁰². Selon J.-C. Kaufmann, « le processus historique de différenciation sociale ne cesse d'accroître le nombre et la variété des rôles possibles [...]. L'individu élargit ainsi sa marge de manœuvre, et augmente sa capacité de choix. Ce qui lui permet par ailleurs de maîtriser son degré d'engagement dans certains rôles »¹⁰³. La stabilité des normes est remise en question, si bien que la durée du maintien du rôle d'un individu est incertaine¹⁰⁴. Du fait de la perte de certitude du rôle aujourd'hui, certains sociologues considèrent la notion de rôle comme caduque au profit de la notion d'identité¹⁰⁵. A. Giddens propose le concept de « positionnement » : les acteurs, dont les conduites constituent de

¹⁰¹ M. Paquet. 2001. *op.cit.* p.92.

¹⁰² B. Lahire. 2014. « L'homme pluriel. La sociologie à l'épreuve de l'individu », In Molénat, X. *L'individu contemporain*, Éditions sciences humaines « Synthèse », p.86.

¹⁰³ J.-C. Kaufmann. 2004. *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*, Lassay-les-Châteaux, Armand Colin, p.73.

¹⁰⁴ D. Martuccelli. 2002. *op.cit.* p.147.

¹⁰⁵ F. De Singly. 2003. *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*, Paris, Armand Colin, p.98.

telles pratiques, se « positionnent » ou se « situent » dans l'espace-temps¹⁰⁶. En fait, A. Giddens considère cette position sociale comme une « identité » précise dans un réseau de relations sociales, et une « catégorie » pour laquelle un ensemble particulier de sanctions normatives est approprié. Cependant, la notion de rôle est toujours au cœur de la vie sociale des individus. De même, la notion de rôle ne peut pas être remplacée tout-à-fait par celle d'identité¹⁰⁷. En effet, malgré son caractère d'instabilité, le rôle repose sur une action attendue à un moment donné : « toute action s'inscrit dans une temporalité et cette temporalité est un facteur déterminant dans son déroulement comme dans son aboutissement, le possible ne rapporte pas à une pure virtualité »¹⁰⁸. Même s'il est possible de changer de rôle plus tard, le rôle est pris et effectué actuellement par la personne¹⁰⁹. Effectivement, la plupart des activités sociales routinières demandent aux acteurs un « travail » pour les maintenir telles quelles. À moins que l'individu ne renonce définitivement à son rôle, le fait de se maintenir dans son rôle lui demande de « travailler » pour établir et maintenir son identité.

En fait, la vie sociale moderne n'est pas tout-à-fait fluide (incertitude) ni rigide (prévisibilité), autrement dit ni pur mouvement ni pure institution, mais elle est dans l'« entre deux ». La permanence des systèmes ne se constitue pas par les contacts ou les échanges intersubjectifs entre les individus, mais « dans la consistance *sui generis* de la vie sociale elle-même »¹¹⁰. Pour A. Touraine, l'historicité, qui se définit comme la capacité des sociétés à se produire elles-mêmes, se constitue par le fait que les conduites de l'acteur sont comprises « par la connaissance de la place que l'acteur occupe dans les rapports sociaux »¹¹¹. Selon A. Giddens, la « co-présence » est indissociable aux routines de la vie de tous les jours. Au cours de leurs activités quotidiennes, les individus « se rencontrent dans des contextes d'interaction précis où ils sont physiquement en co-présence. Les caractéristiques sociales de la co-présence s'ancrent dans la spatialité du corps, dans l'orientation vers les autres et dans le soi et ses expériences »¹¹². De ce fait, on doit replacer la prévisibilité et l'incertitude au sein de sa malléabilité résistante, qui « se décline différemment selon les variations contextuelles, mais est toujours à l'œuvre quelles que

¹⁰⁶ A. Giddens. 2012 [1984], *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF, p.133.

¹⁰⁷ D. Martuccelli. 2002. *op.cit.* p.238.

¹⁰⁸ A. Ogien. 2002. « Les dispositions comme éventualités. Une conception sociologique de l'anticipation », In Chauviré C. et Ogien A. (dir.), *La régularité*, Paris, Éditions de l'EHESS, p.111.

¹⁰⁹ A. Giddens. 2012 [1984], *op.cit.* p.109.

¹¹⁰ D. Martuccelli. 2002. *op.cit.* p.147.

¹¹¹ A. Touraine. 2011 [1984], *Le retour de l'acteur. Essai de sociologie*, Librairie Arthème Fayard, Collection Mouvements no.3, Édition numérique réalisée par Réjeanne Toussaint, p.53.

¹¹² A. Giddens. 2012 [1984]. *op.cit.* p.113.

soient les situations »¹¹³.

Ainsi, même si un individu adopte un rôle en fonction de ses dispositions, cela ne veut pas dire qu'il y a toujours parfaitement accord entre les dispositions de l'individu (« passé-social-incarné ») et le déroulement efficient de l'action (« son espace d'action-sociale-présente »)¹¹⁴. Du fait que l'identité concernée, aussitôt que l'on remplit un rôle donné, ne peut pas systématiquement être établie, l'individu peut, selon le contexte, occuper certain rôle qui ne correspond pas à son identité à ses yeux¹¹⁵. Malgré l'incompatibilité entre les penchants personnels et la réalisation de l'action, selon D. Martuccelli, il y a une marge d'accord entre le rôle et l'identité, car « ce n'est pas parce que la pratique de l'individu s'accorde parfaitement aux situations [...], mais parce que le monde social, par la diversité de ses contextes, et surtout par l'unicité de sa malléabilité résistante, le permet »¹¹⁶. Dans la plupart des cas l'individu a besoin de temps pour l'adaptation au rôle. La prise de rôle représente le processus d'adaptation, d'appropriation mutuelle entre les rôles et le « Soi »¹¹⁷.

Se maintenir dans un rôle peut être décrit comme une épreuve. Celle-ci comprend toutes les expériences contraintes que les individus rencontrent et auxquelles ils doivent faire face, du fait que chacun s'engage dans telle ou telle situation¹¹⁸. Ils se trouvent dans un certain déséquilibre, et en même temps ils réagissent pour retrouver leur équilibre. Pourtant, selon T. Parsons, l'état d'équilibre prend une forme à la fois dynamique et problématique et se trouve déjà perturbé au moment même où il paraît s'établir. Il s'agit de l'action de recherche de l'état d'équilibre, qui n'est pourtant à peu près jamais atteint, nécessitant sans cesse des réajustements et des changements¹¹⁹. Si « l'épreuve n'est jamais uniquement un défi mesurable en termes de ressources ou d'obstacles »¹²⁰, il faut la considérer comme l'ensemble d'une série d'épreuves-défis tout au long de l'action humaine. Pour N. Elias, la civilisation procède par la maîtrise des émotions immodestes et des mouvements spontanés. En effet, la société demande de plus en plus de ne pas agir impulsivement, comme on le ressent, mais de prendre le temps de réfléchir avant de réagir¹²¹. La relation entre les situations et l'individu est caractérisée par une série de

¹¹³ D. Martuccelli. 2002. *op.cit.* p.172.

¹¹⁴ *Ibid.* p.175-176.

¹¹⁵ J.-C. Kaufmann. 2004. *op.cit.* p.73.

¹¹⁶ D. Martuccelli. 2002. *op.cit.* p.175.

¹¹⁷ G. H. Mead. 2006 [1934], *L'esprit, le soi et la société*, trad. et présentation A. Ogien et L. Quéré, Paris, PUF. Chapitre 8.

¹¹⁸ D. Martuccelli. 2015. « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie*, vol.6, p.52.

¹¹⁹ G. Rocher. 1972. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, PUF, Édition électronique, p.55-57.

¹²⁰ D. Martuccelli. 2006. *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Armand Colin, p.12.

¹²¹ N. Elias, 1991 [1987]. *La société des individus*, Fayard, p.65.

mécanismes de contraintes qui entraîne l'individu à se comporter de façon sensée¹²². Plus la division du travail et le progrès de la civilisation s'accroissent, plus l'individu ressent la nécessité de se maintenir au réseau social, même s'il étouffe dans telle ou telle situation où il se trouve réellement. L'ensemble du sentiment de pression, de limites, de tensions et de ruptures, qu'exerce la structure de la société, contraint l'individu « inéluctablement à trahir sa « vérité intérieure », à ressentir qu'il n'a pas fait ce qui correspondait le mieux à ses aptitudes, qu'il n'est pas devenu ce qu'il aurait pu devenir. »¹²³.

« Il ne va pas de soi que ce qui dure actuellement durera dans un moment, mais il va de soi que le permanent subsiste. Nous disons qu'une chose subit son épreuve et nous en faisons l'éloge quand elle l'a subie avec succès. Mais il ne s'agit alors que d'une chose imparfaite, car la permanence du permanent ne doit ni ne peut se révéler en subissant une épreuve ; il s'agit en effet du permanent, et seul ce qui est passager peut prendre un air de permanence en subissant avec succès une épreuve. »¹²⁴

Face aux épreuves, en recherchant l'état d'équilibre, l'individu devient « acteur stratégique », il mène une action organisée. Ici on présuppose que l'acteur est doté d'une rationalité limitée¹²⁵, selon laquelle il se comporte sans préciser ses buts et ses préférences, mais décide, « s'adapte et invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires »¹²⁶. L'acteur découvre de ce fait ses buts et ses préférences à travers ses expériences et un processus d'essai-erreur : « L'acteur changera d'objectifs en cours d'action, en rejettera certains, en découvrira d'autres, chemin faisant, voire après coup, ne serait-ce que parce que des conséquences imprévues et imprévisibles de son action l'obligent « à reconsidérer sa position » et à « réajuster son tir » : ce qui est « moyen » à un moment sera donc « fin » à un autre, et vice versa »¹²⁷. Dans la même ligne, E. Friedberg souligne que « l'homme calculateur et généreux, l'homme intéressé ou désintéressé, l'homme cynique et l'homme moral n'existent pas séparément, dans la mesure où des motifs utilitaires et des motifs moraux s'entremêlent toujours dans les conditions réelles de l'action »¹²⁸. Par ailleurs, l'auteur ajoute que les acteurs ne disposent pas des mêmes capacités stratégiques selon la situation sociale¹²⁹.

En tout état de cause, si la prise en charge d'un proche âgé s'inscrit dans une logique d'action, les aidantes principales jouent leur rôle en tant qu'acteurs. Elles ne sont pas des « acteurs

¹²² D. Martuccelli. 2002. *op.cit.* p.147.

¹²³ N. Elias. 1991 [1987]. *op.cit.* p.68-69.

¹²⁴ S. Kierkegaard. 1980 [1847]. *Les Œuvres de l'amour*, Œuvres complètes, Tome XIV, Paris, Orante. p.30.

¹²⁵ J. G. March et H. A. Simon. 1958. *Organizations*, New York, John Wiley.

¹²⁶ M. Crozier et E. Friedberg. 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, p.38.

¹²⁷ *Ibid.* p.47.

¹²⁸ E. Friedberg. 1993, *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, p.212.

¹²⁹ M. Crozier et E. Friedberg. 1977, *op.cit.* p.65.

passifs » systématiquement soumis aux représentations collectives, mais elles participent à la construction et à la déconstruction du monde qui les entoure. Elles ont une certaine marge de liberté et d'autonomie dans l'action de la prise en charge¹³⁰. Chacune des aidantes principales peut donc donner un sens différent à son rôle selon sa logique propre, en tenant compte de sa valeur personnelle mise en avant, son intérêt, son identité. De ce point de vue, nous pouvons supposer que se maintenir dans le rôle d'aidante principale renvoie à une épreuve-défi qui s'inscrit entre l'état de déséquilibre et l'état d'équilibre, en s'appuyant sur des stratégies.

Notre étude abordera quatre registres d'épreuves rencontrées par les aidantes principales au cours de la prise en soin de leurs proches âgés dépendants. Tout d'abord, dans le registre de l'aide pratique, malgré l'aide aux actes de la vie quotidienne, les aidantes principales vont déployer un ensemble de forces physique, psychique et émotionnelle. Le financement est notamment une question cruciale au cours de la prise en charge, alors que la capacité financière est faible chez les personnes âgées coréennes. Les aidantes principales ont une possibilité limitée d'assumer des activités professionnelles, et la solidarité familiale n'est pas forcément au rendez-vous. D'autre part, plus les aidantes principales deviennent prisonnières des soins, plus elles s'exposent à des répercussions de la prise en soin tant dans le registre individuel que dans le registre relationnel. Dans le registre individuel, leurs modes de vie seront très perturbés puisque la prise en soin est une tâche effectuée pour autrui, non pas pour soi-même, à tel point que les personnes vont renoncer, en partie ou entièrement, à toute vie personnelle. Dans le registre relationnel, du fait que la prise en soin des proches âgés s'effectue dans la situation de cohabitation, la question de l'altérité très complexe car sous-tendue par les représentations sociales (de la vieillesse, des personnes âgées, des belles-mères et des mères) et en lien avec la qualité de la relation avec le proche âgé, se posera au cours de la prise en soin. Dans le registre politique, du fait que le système de l'ASLD n'a été que tardivement mis en place sous l'influence du familialisme, les aidantes principales rencontreront des inconvénients pour recourir à ses services.

À la recherche de l'état d'équilibre dans la prise en soin, les aidantes principales chercheront à faire face, selon leurs propres stratégies, aux épreuves rencontrées. Elles mobiliseront plusieurs ressources disponibles, pas forcément pertinentes en temps opportun, pas forcément efficaces, mais elles sont capables de découvrir des ressources potentielles au regard des représentations que chacune d'entre elles garde à l'esprit.

¹³⁰ M. Paquet. 2001. *op.cit.* p.82.

Notre étude s'appuie sur plusieurs travaux : Pour les recherches de représentations sociales S. Moscovici, D. Jodelet et J. C. Abric ; les études de J. Trincaz, B. Puijalon, B. Fromage et D. Argoud pour les représentations de la vieillesse et des personnes âgées dépendantes ; les recherches de U. Beck et E. Beck-Gernsheim et K.-S. Chang ont contribué à l'analyse de la modernisation coréenne dans la perspective comparée avec la modernisation occidentale ; les travaux de C. Saraceno et S. Leitner nous ont éclairée sur la relation entre familialisme et politiques de soins de longue durée ; les travaux de A. Touraine, M. Crozier et E. Friedberg, A. Giddens, N. Elias, D. Martuccelli, B. Lahire, J.-C. Kaufmann et F. De Singly pour l'analyse de l'expérience de la prise en soin des proches âgés dépendants par les aidantes principales, du point de vue de l'acteur face à l'épreuve-défi ; les recherches de J.-P. Lavoie et S. Clément, C. Gucher, V. Caradec, N. Rigaux et P. Miceli représentent les références qui nous ont permis de saisir l'expérience globale de la prise en soin chez les aidantes principales.

C. Enquête empirique

1. Échantillonnage de trois corpus

Nos enquêtes de terrain consistent en des entretiens qualitatifs destinés à trois corpus : aidantes principales, jeunes adultes, et professionnels. Toutes les enquêtes ont eu lieu en 2012, 2013, 2015, 2016 et 2017 à Séoul (capitale), Kyönggi-do (département à côté de Séoul), Ulsan (grande ville à 400 km au sud de Séoul), et en France (Grenoble et Paris) pour quelques jeunes adultes. Tous les entretiens ont été effectués avec l'autorisation des enquêtés après notre explication sur l'éthique de la recherche – enregistrement avec leur permission, non diffusion des propos des enquêtés hors de la recherche et respect de l'anonymat maintenu. Pourtant, certains noms des personnes interrogées ont été modifiés sur leur demande, mais les autres étaient tout à fait d'accord pour que leur nom apparaisse.

1.1. Enquête principale : aidantes principales

Notre premier corpus renvoie aux aidantes principales, filles ou belles-filles, qui prennent en charge leurs proches âgés dépendants, bénéficiaires de l'ASLD, en cohabitant avec eux depuis au moins deux ans, ou qui les ont déjà pris en charge jusqu'à leur mort (soit à domicile soit à l'hôpital à la fin de leur vie). Nous pensons que deux ans est le temps suffisant pour que les aidantes principales rencontrent plusieurs épreuves liées à la prise en charge. Dans le cas des personnes dont le proche âgé est décédé, nous avons limité la période à trois ans après la mort du proche âgé au moment de l'entretien, pour éviter le risque que la personne décrive ses

situations anciennes d'une manière exagérée ou simplifiée, ou pire, qu'elle ne s'en rappelle plus.

L'échantillonnage de populations trop spécifiques est un défi rencontré par les chercheurs en sciences sociales, du fait d'une difficulté à les trouver¹³¹. Dans la plupart des cas, le recrutement de ces populations cachées est rendu possible par deux méthodes : l'échantillonnage d'emplacement et l'échantillonnage en boule de neige¹³². La première méthode consiste pour les enquêteurs à aller dans un certain lieu à telle ou telle heure où la population visée se réunit, et à l'observer ou à effectuer l'enquête¹³³. Pour la deuxième méthode, les chercheurs commencent l'enquête à partir d'un échantillon connu de sujets initiaux qu'ils utilisent comme « germes », puis ils augmentent peu à peu la taille de l'échantillon en demandant aux personnes enquêtées de « nommer d'autres membres de la population ou d'aiguiller l'enquêteur vers d'autres membres de la population à inclure dans l'échantillon »¹³⁴,

Pour commencer notre étude, nous avons choisi au début la méthode d'emplacement. En 2013, lors de notre premier déplacement pour les enquêtes en Corée¹³⁵, sans savoir comment trouver notre échantillon d'aidantes principales, nous avons visité deux « centres sécurisant la démence » à Séoul, qui offrent des services aux malades d'Alzheimer (programmes cognitifs, informations sur la maladie d'Alzheimer, soutien aux aidants) dans le cadre du plan d'Alzheimer¹³⁶. En expliquant notre sujet d'étude et méthode d'enquête, nous avons demandé s'il était possible de participer bénévolement aux programmes cognitifs ou ateliers afin de faire la connaissance d'aidants des usagers des services et pour mener des entretiens avec eux. Pourtant, les agents des centres ont tous refusé en disant que les familles n'aimeraient pas raconter leurs histoires, et qu'ils ne voulaient pas les déranger¹³⁷. Compte tenu de l'impossibilité de l'échantillonnage en tant que personne inconnue agissant à titre individuel, nous avons décidé de nous consacrer à la méthode en boule de neige.

¹³¹ P. Bataille, M. Perrenoud et K. Brändle, 2018. « Échantillonner des populations rares », *Sociologie* [En ligne], vol.9, no.2, mis en ligne le 01 octobre 2018, consulté le 18 août 2020. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/3336>

¹³² D. D. Heckathorn. 2002. « Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations », *Social Problems*, no.49, p.11-34.

¹³³ L. Leon, M. Jauffret-Roustide et Y. Le Strat. 2015. « Design-based inference in time-location sampling », *Biostatistics*, vol.16, no.3, p.565-579.

¹³⁴ M. H. Félix-Medina, P. E. Monjardin et A. N. Aceves-Castro. 2015. « Combiner l'échantillonnage par dépistage de liens et l'échantillonnage en grappes pour estimer la taille d'une population cachée en présence de probabilités de lien hétérogènes », *Technique d'enquête*, vol.41, no.2, p.369-397. p.369-370.

¹³⁵ En juin 2013, nous avons mené l'entretien avec huit aidantes principales belles-filles dans le cadre du mémoire master 2 sous la direction de Catherine Gucher intitulé « Prise en charge d'un proche âgé dépendant à domicile par sa belle-fille de la génération du baby-boom ».

¹³⁶ Voir l'annexe 6.

¹³⁷ S. Beaud. 1966. « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique », *Politix*, vol.9, no.35, p.226-257. S. Beaud révèle également une difficulté de faire le premier entretien sans connaître aucune association qui peut lier aux populations visées. (*ibid.* p.237)

Ainsi, nous avons mené des **entretiens avec 26 aidantes principales (15 belles-filles, 11 filles)** au total en 2013, 2015 et 2016. Et la classe sociale est très variée, de la classe inférieure à la classe supérieure¹³⁸. La durée de chaque entretien s'échelonne entre 40 min et 200 min. Même si les aidantes principales n'ont pas demandé une récompense à l'encontre de l'entretien et que nous ne l'avions pas prévue non plus, nous leur avons offert par surprise un gâteau à la fin de l'entretien pour exprimer nos remerciements (Annexe 2-A).

1.2. Enquêtes secondaires

1.2.1. Jeunes adultes

En 2012, 2015, 2017 et 2018, nous avons mené une enquête secondaire auprès de **32 jeunes adultes**. Par rapport à la population d'aidantes principales, nous n'avons pas de difficulté particulière d'échantillonnage de cette population : nous l'avons recrutée en mobilisant nos réseaux d'amitié. La confiance était déjà établie entre l'enquêteur et l'enquêté, si bien que nous n'avons pas autant de tension que lors des entretiens avec les aidantes principales. À travers cette méthode, on peut échantillonner dans un court délai des personnes dont le métier est différent, ce qui permet de recueillir diverses opinions. De plus, du fait du rapport déjà établi entre les deux protagonistes, les enquêté(e)s pouvaient se sentir à l'aise et n'hésitaient pas à faire connaître leurs propres pensées sans rien cacher. Par ailleurs, les entretiens se sont déroulés dans un lieu que les enquêté(e)s souhaitaient : dans la plupart des cas dans un café. La durée d'entretien a varié de 40 min à 90 min par personne.

Les jeunes adultes définis par notre étude renvoient à la tranche d'âge des 20 - 40 ans. Cette tranche d'âge a été choisie selon la tendance où l'âge d'insertion sur le marché du travail est de plus en plus tardif du fait de l'allongement de la durée des études et de la période du célibat sans enfant. De plus, parce que l'espérance de vie se prolonge d'année en année, les personnes dans la trentaine ont elles-mêmes tendance à se considérer comme jeunes. Et avant tout, les personnes de cette tranche d'âge correspondent à la génération des enfants de la génération du baby-boom¹³⁹. Compte tenu du fait que les baby-boomers commencent à atteindre l'âge de la retraite à partir de 2020, il nous semblait important de connaître les opinions de la génération de leurs enfants sur la génération des personnes âgées ainsi que sur la vieillesse. De plus, tant qu'augmente la prévalence des maladies liées à l'âge, c'est cette génération qui sera bientôt concernée par la prise en charge de leurs parents, eux-mêmes actuellement chargés de leurs

¹³⁸ Voir T-1 dans l'annexe 2.

¹³⁹ Contrairement à la génération du baby-boom en France (1945-1964), celle en Corée est née entre 1955 et 1963 suite à la fin de la guerre civile.

propres parents âgés.

La génération du baby-boom a passé son enfance dans la société en mutation, entre tradition et modernité, tandis que la génération de leurs enfants a grandi sous l'influence de la modernité. Nous pouvons supposer quelques différences de point de vue par rapport à la génération de leurs parents. À partir de cette enquête secondaire auprès des jeunes adultes, nous pourrions non seulement remarquer la position des personnes âgées dans la société coréenne, mais aussi aborder la question de la prise en charge des aidantes principales d'aujourd'hui, au cours de leur vieillesse à venir. De surcroît, les représentations sociales concernant les personnes âgées pourront influencer la pensée, l'attitude et le comportement des aidantes principales à l'égard de leurs proches âgés dépendants, tout au long de la prise en soin. Nous n'avons pas voulu limiter les jeunes adultes à ceux qui habitent en Corée, mais nous avons interrogé également ceux qui sont expatriés en France pour les études. Même si notre étude n'a pas pour objectif de connaître l'évolution des représentations des personnes âgées selon le changement de l'environnement (la culture, le mode de vie, les valeurs...), nous pourrions éventuellement souligner des différences due à l'éloignement de la Corée (Annexe 2-B.1).

1.2.2. Professionnels

L'autre enquête secondaire concerne **10 professionnels** qui exercent dans le domaine des personnes âgées, soit pratiquement soit théoriquement. Nous avons enquêté auprès d'un fonctionnaire d'assistance sociale, de quatre directrices d'associations d'aide à domicile, d'une directrice de foyer collectif de personnes âgées, de trois professeurs universitaires, et du directeur du département de la planification et coordination dans l'Association Coréenne des Assistants Sociaux. Nous avons pu construire l'échantillon dans nos réseaux de connaissance directe ou indirecte (Annexe 2-B.2).

2. Entretien semi-directif et ethnographique

Une étude quantitative cherche à vérifier une théorie scientifique, tandis qu'une étude qualitative met l'accent d'un point de vue global sur une description, un contexte. Plutôt que rechercher la vérité, elle montre en détail le processus, s'intéresse à ce qui se déroule, puis souligne une flexibilité¹⁴⁰. Comme méthode qualitative, nous avons choisi l'entretien semi-directif qui permet de recueillir des informations plus précises et individuelles, ce que l'on ne peut pas découvrir par les données quantitatives. L'enquêteur interroge l'enquêté sur un ou plusieurs thèmes consignés dans un guide d'entretien établi au préalable. Nous avons d'abord demandé aux

¹⁴⁰ A. Bryman. 1988. *Quantity and Quality in Social Research*, London, SAGE Publications.

enquêtés de se présenter (le nom, l'âge, le métier), puis nous avons lancé l'entretien par la phrase d'entame : pour les aidantes principales, « Pouvez-vous raconter pour quelle raison vous avez commencé à prendre soin de votre mère ou belle-mère ? » ; pour les jeunes adultes, « quelle image vous arrive-t-elle quand vous pensez à une personne âgée, et pour quelle raison ? » (Annexe 1). Selon le sujet que nos enquêtés abordent dans le cadre de notre thématique, nous avons laissé les enquêtés parler librement et nous n'avons pas forcément conduit les entretiens en posant les questions préétablies dans l'ordre du guide d'entretien. Mais lorsque la personne parlait hors sujet, nous sommes intervenue dans son dialogue pour faire revenir la discussion sur le sujet pertinent¹⁴¹.

Au-delà de l'entretien semi-directif, nous avons eu besoin d'entretiens approfondis – entretiens ethnographiques – pour préciser les situations actuelles des enquêtés mais aussi leur passé¹⁴². Ce que les personnes ont vécu par le passé peut être un des facteurs qui les a entraînées à devenir aidantes principales. Parce que les expériences de chacun ne sont pas homogènes, l'entretien doit tenir compte de la singularité particulière des enquêtés¹⁴³ : « Chaque entretien approfondi est un événement qu'il faut analyser pour lui-même : c'est une interaction personnelle où chacun s'engage fortement et c'est aussi une interaction solennelle avec un minimum de mise en scène, de cérémonial [...] »¹⁴⁴. En fait, même si nous avons mené la plupart des enquêtes dans des cafés ou dans des espaces d'associations d'aide à domicile, certaines aidantes principales nous ont invité à venir chez elles – Mme Souk, Mme Hyosun, Mme Jang, Mme Jong (pour déjeuner après l'entretien), Mme Park (dans son magasin à côté de sa maison). Si les personnes reçoivent l'enquêteur (inconnu) chez elles pour l'entretien, elles seront plus à l'aise, et la durée de l'entretien sera plus longue que pour un entretien à l'extérieur. Entourées par les objets quotidiens qui concernent leurs proches âgés, les aidantes principales nous ont fourni des informations plus variées, précises, voire anodines. Cela nous a inspirée et donné lieu à une analyse intéressante et inédite. D'ailleurs, le fait que nous nous trouvions dans les lieux mêmes où elles prennent soin (ou ont pris soin) de leurs proches âgés, nous a permis de ressentir la vérité de leur vécu.

Pour certaines enquêtées avec qui nous avons conduit l'entretien à plusieurs reprises (surtout Mme Byeon, Mme Seong et Mme Yeo), le rapprochement relationnel nous a permis de poser des questions plus subtiles, qui n'auraient pas convenu pour un premier entretien. De même, la

¹⁴¹ S. Beaud. 1966. *op.cit.* p.244.

¹⁴² J.-C. Combessie, 2007. *La méthode en sociologie*, Paris, La Découverte, p.28-29.

¹⁴³ S. Beaud. 1966. *op.cit.* p.234.

¹⁴⁴ S. Beaud et F. Weber. 1997. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, p.178.

répétition des entretiens nous a permis de revenir sur les sujets déjà abordés qui restaient ambigus et de les éclairer. Ce recentrage d'une information déjà donnée permet des entretiens particulièrement riches¹⁴⁵. Or, tout cela ne veut pas dire que les autres entretiens menés à l'extérieur et en une seule fois, ont été de moins bonne qualité. Les personnes interrogées nous ont parlé avec vérité de la prise en soin, de la relation avec leur proche âgé, et aussi avec les membres de la famille. Dans le cas de mauvaises relations, elles n'ont pas hésité à nous faire part de leurs sentiments de mécontentement ou d'injustice, et à nous raconter des épisodes à ce propos. Même ainsi, elles nous ont montré leur sentiment de responsabilité. Et après l'entretien, la plupart des aidantes principales nous ont dit qu'il avait été pour elle une occasion d'alléger leur lourd ressentiment en révélant ce qui n'était pas facile à dire.

Il en va de même pour les jeunes adultes. Même si nous avons conduit les entretiens semi-directifs dans un temps limité et une seule fois pour chacun, tous les enquêtés nous ont donné avec intérêt leurs opinions, à partir de leurs propres expériences, sur les représentations de la personne âgée, sur les conflits intergénérationnels, sur leurs intentions ou non de prendre en charge leurs propres parents quand ils seront vieux. À la fin des enquêtes, la plupart des jeunes adultes nous ont dit que l'entretien leur a permis de réfléchir sur le vieillissement démographique comme l'un des problèmes sociaux, et sur la question de la prise en charge de leurs parents lorsqu'ils auront besoin d'aide. Le fait d'avoir été sensibilisés sur ce sujet qui les intéressaient moins avant l'enquête implique que l'entretien était significatif pour eux. Par ailleurs, pour l'entretien avec les professionnels, les questions ont été ouvertes pour obtenir une perspective professionnelle plus large autour des problèmes actuels sur l'ASLD. Mais nous avons commencé par « d'après vous, y a-t-il des lacunes à combler dans l'ASLD ? »

3. Entretien entre distance et proximité dans l'approche

Au début de l'entretien, il se peut que les personnes interrogées pensent qu'elles n'ont pas la capacité suffisante pour être légitimes dans cette enquête, car la représentation habituelle de l'enquêté, dans un entretien individuel, est souvent d'être expert, capable de répondre systématiquement aux questions professionnelles. Participer à un entretien peut provoquer un sentiment de distance entre l'enquêteur et l'enquêté, surtout quand les deux protagonistes se distinguent de par leur position sociale ou leur niveau de formation¹⁴⁶. En se considérant elles-mêmes comme des locutrices imparfaites, certaines des personnes interrogées nous ont dit au début « je ne sais pas grand-chose sur ce que vous voulez savoir » ou « je ne suis pas sûre de

¹⁴⁵ J.-C. Combessie, 2007. *op.cit.* p. 27.

¹⁴⁶ S. Beaud. 1966. *op.cit.* p.238-241.

pouvoir vous répondre correctement ». Selon P. Berger et L. Thomas, « je ne partage pas ma connaissance de la même manière avec tous mes semblables, et une partie de cette connaissance peut ne pas être partagée du tout »¹⁴⁷. Aux yeux des aidantes principales, notre situation sociale, qui se situe dans la catégorie d'élite – doctorante, et de plus étudiant à l'étranger –, semble promettre un futur pouvoir social, et donc leur semble très différente de leur situation actuelle : elles ont souligné « même si vous ne connaîtrez pas... », « même si vous ne pouvez pas imaginer... ». De plus, aux yeux des aidantes principales interrogées, nous sommes ignorantes du monde de la prise en soin. C'est la raison pour laquelle, dans le premier temps ou au milieu de l'entretien, elles nous ont répété « on ne sait jamais sans faire l'expérience », « il faut faire l'expérience ».

En fait, le sociologue ne cherche pas à apprendre la pratique de l'objet de sa recherche, ou à être membre d'un groupe social dont il n'est pas issu et qui fait l'objet de son étude, mais il s'y intéresse pour observer, contempler et saisir un sens¹⁴⁸. L'enquêteur doit donc garder ce point de vue d'étranger, « désintéressé », pour décrypter le sens, en évitant toute subjectivité. Pourtant, plusieurs chercheurs soulignent que garder la neutralité est un « mythe », une « illusion réaliste », une « fausse conscience d'objectivité »¹⁴⁹. L'enquêteur ne doit pas se contenter de cette position « désintéressée » avec laquelle il ne peut recueillir que des données très normatives. En fait, les enquêtés, loin d'occuper une position passive dans l'entretien, sont porteurs de compétence stratégique qui « leur fait se demander à quelle condition se montrer coopératifs peut leur profiter »¹⁵⁰. Ainsi, l'enquêteur se doit de modifier la distance sociale en distance négociée, et de la maintenir tout au long de l'entretien¹⁵¹. Pendant l'entretien, pour nous, manifester notre sympathie était très important. En parlant des difficultés que les aidantes principales interrogées ont vécues, elles pouvaient attendre, implicitement ou explicitement, notre réaction pour reconnaître leurs efforts et leur peine. Cela permettait d'intensifier le dialogue. Il nous fallait parfois recadrer, même si nous étions émues quand les personnes interrogées avaient des sanglots en nous racontant leurs vécus. Cela a concerné non seulement les aidantes principales, mais aussi les jeunes adultes, dont certains ont versé des larmes quand ils parlaient de leurs parents.

¹⁴⁷ P. Berger et L. Thomas. 2014 [1966]. *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, p.98.

¹⁴⁸ B. Lacombe. 1999. *Pratique du terrain. Méthodologie et techniques d'enquête*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, p.81.

¹⁴⁹ J.-P. O. De Sardan. 1995. « La politique du terrain sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/enquete/263> p.8.

¹⁵⁰ F. Bonnet. 2008. « La distance sociale dans le travail de terrain : compétence stratégique et compétence culturelle dans l'interaction d'enquête », *Genèses*, no.73, p.63.

¹⁵¹ *Ibid.* p.68-69.

Ainsi, contrairement à la tension que nous avons ressentie dans un premier temps, au fil de l'entretien les aidantes principales n'ont pas hésité à exprimer longuement leurs pensées et leurs expériences personnelles. Il nous semblait qu'elles se sentaient de plus en plus « enquêtées légitimes » et la familiarité était marquée par l'évolution du langage entre le début de l'entretien – l'utilisation du langage officiel comme « code élaboré » – et le milieu et/ou la fin de l'entretien – l'utilisation du langage ordinaire comme « code restreint »¹⁵². Dans la culture coréenne influencée par le confucianisme, les personnes plus âgées ont le droit tacite de tutoyer les plus jeunes. Toutes les aidantes principales sont plus âgées que nous d'au moins 20 ans. Certaines nous ont vouvoyées dans un premier temps, puis utilisé alternativement le vouvoiement et le tutoiement ; d'autres ont usé entièrement du tutoiement. Nous supposons que la familiarité et le code culturel se chevauchent.

4. Analyse qualitative et compréhensive des discours

Si un discours joue le rôle crucial pour comprendre le comportement des enquêtés, il n'est pas forcément lui-même une donnée, mais un matériau, apparemment spontané. C'est l'enquêteur qui l'interprète sous l'angle des présupposés théoriques, si bien que le discours peut devenir le porteur du sens qui va en être dégagé : « Après avoir fait parler l'interviewé, l'enquêteur fait parler le texte par l'analyse des discours »¹⁵³. Si nous admettons que l'action des individus n'est pas irrationnelle, « derrière les affects ou l'obscurité apparente des motivations, l'analyse doit découvrir les stratégies définies comme le fondement inféré *ex post* des régularités de comportement observées empiriquement »¹⁵⁴. En fait, la transcription du discours est neutre, mais son analyse ne l'est pas¹⁵⁵. Selon A. Schütz, « toute interprétation de ce monde est basée sur une réserve d'expériences préalables, les nôtres propres ou celles que nous ont transmises nos parents ou nos professeurs : ces expériences sous forme de « connaissances disponibles », fonctionnent comme schèmes de référence »¹⁵⁶. Le chercheur est déjà doté d'une certaine connaissance préalable, sans laquelle il ne parvient pas à procéder à l'interprétation du discours. Cela ne signifie pas pour autant que cette seule connaissance soit suffisante, car il ne s'agit pas de l'expérience du chercheur, mais de l'expérience privée de ses semblables¹⁵⁷.

¹⁵² S. Beaud. 1966. *op.cit.* p.240-241.

¹⁵³ A. Blanchet et A. Gotman. 1992. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan, p.92-94.

¹⁵⁴ D. Martin. « L'analyse stratégique en perspective. Retour sur la sociologie des organisations de Michel Crozier », *Revue européenne des sciences sociales*, Vol.50, no.2, varia, p.93-114. ; M. Crozier et E. Friedberg. 1977, p.48.

¹⁵⁵ A. Blanchet et A. Gotman. 1992. *op.cit.* p.92-94.

¹⁵⁶ A. Schütz. 1987 [1971]. *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Editions Méridiens Klincksieck, p.12.

¹⁵⁷ *Ibid.* p.18.

S'il faut garder deux perspectives réciproques – chercheur et étranger – autant lors de l'analyse que lors de l'enquête, c'est parce que le chercheur peut remarquer, en réécoutant l'enregistrement, ce qu'il a laissé échapper lors de l'entretien. Selon F. Weber et S. Beaud, le chercheur doit chercher « à tirer profit de la diversité des manières de dire ». Entre autres, il faut prêter attention non seulement aux paroles prononcées, mais aussi aux silences, à l'hésitation et aux non-dits¹⁵⁸. Compte tenu de cela, nous avons attentivement écouté et réécouté, et transcrit l'enregistrement de tous les entretiens, en coréen, puis traduit en français les discours sélectionnés qui devaient être analysés. Nous avons essayé de traduire des expressions coréennes en expressions françaises qui s'utilisent couramment en France. Mais si nous n'avons pas trouvé les mots ou les expressions françaises qui correspondent aux termes ou expressions d'origine coréenne, nous les avons laissés tels quels en ajoutant des explications. De plus lorsque nous avons mené l'enquête à domicile, après l'entretien, nous avons pris note de ce que nous avons observé et ressenti sur les enquêtés pendant l'entretien. Par l'écoute et grâce à ces notes, nous avons essayé de ne pas laisser passer la moindre chose intéressante et particulière.

Ainsi, nous avons réalisé tant l'analyse que l'enquête pour montrer la « réalité sociale »¹⁵⁹. Pour bien appréhender les expériences des aidantes principales dans la prise en soin de leurs proches âgés, **nous les avons analysées selon l'approche compréhensive situationnelle**. Nous avons relevé deux catégories générales et six sous-catégories comme idéaux-types à analyser.

Tableau 1. Catégories de l'analyse

Catégories	Sous-catégories
● Désignation du rôle d'aidante principale	· Injonction sociale traditionnelle
	· Injonction sociale moderne
● Expériences des aidantes principales sur la prise en soin des proches âgés dépendants	· Registre des aides pratiques
	· Registre individuel
	· Registre relationnel
	· Registre politique

Pour ce faire, nous avons effectué l'analyse en ayant recours à l'approche pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales – sociologique, anthropologique, psychologique et philosophique. Si l'on prend appui sur la socialisation, qui joue le rôle crucial de construire une disposition de l'individu et donc de déterminer son action, celle-ci repose sur la culture de la société. Compte

¹⁵⁸ S. Beaud et F. Weber. 1997. *op.cit.* p.268-270.

¹⁵⁹ La « réalité sociale » se définit comme « la somme totale des objets et des événements à l'intérieur du monde socioculturel en tant qu'ils sont expérimentés par la pensée courante d'hommes vivant leurs quotidiens parmi leurs semblables, reliés entre eux par toutes sortes de relations et d'interactions ». A. Schütz. 1987. *op.cit.* p.71.

tenu de ce que la Corée manifeste de fortes caractéristiques culturelles surtout sous l'influence confucéenne, il est indispensable d'aborder le point de vue anthropologique. Par ailleurs, la prise en charge d'un proche âgé renvoie à l'expérience vécue personnellement par l'individu, qui peut se détacher de la norme d'une certaine manière. À travers l'interaction avec leurs proches âgés et d'autres membres de la famille, les aidantes principales éprouvent une subjectivité, celles de leurs émotions, imaginations et idées personnelles. La relation entre deux protagonistes, personne aidante et personne aidée, qui coexistent dans la vie quotidienne, est dépendante de la psychologie. Cette dernière est un facteur important à prendre en compte lors de l'expérience des aidantes principales, car les soins ne s'effectuent pas sans émotion, positive ou négative. De plus, face aux proches âgés, elles ne peuvent pas échapper à l'idée de la fragilité de l'existence humaine – le vieillissement, la vie et la mort... Mais c'est avant tout l'approche sociologique de la connaissance, « l'aperçu de la dialectique entre la réalité sociale et l'existence individuelle dans l'histoire »¹⁶⁰, qui est le « fil conducteur » de notre étude. Ainsi, nous avons fait référence aux études scientifiques pluridisciplinaires internationales (surtout anglophones, francophones et coréennes), à l'histoire de la Corée, aux articles de presse, aux dispositifs politiques, aux statistiques officielles et éventuellement aux littératures.

Concernant les limites de notre thèse, plusieurs études soulignent qu'en dehors de la recherche quantitative, le nombre d'entretiens est peu important si les matériaux recueillis sont suffisants pour explorer la variété des situations¹⁶¹. Même si notre étude répond à ce critère, nous admettons que les résultats de notre recherche ont la limite de ne pouvoir universellement généralisés¹⁶².

L'objectif de cette thèse est d'appréhender, en Corée du Sud, avec un regard sociologique, les expériences des aidantes principales (les filles et les belles-filles) sur la prise en soin de leurs mères ou belles-mères âgées dépendantes, avec lesquelles elles sont amenées à cohabiter, et de comprendre ce qui les conduit à assumer ce rôle d'aidante principale jusqu'à la fin.

Plan

Dans **la première partie**, nous analyserons les raisons pour lesquelles les filles ou les belles-filles sont devenues aidantes principales. Cela nous mènera à examiner comment la société coréenne a développé le familialisme, qui repose sur le système patriarcal, sous l'emprise de la

¹⁶⁰ P. Berger et T. Luckmann. 2011 [1966], *op.cit.* p.302.

¹⁶¹ S. Beaud. 1996. *op.cit.* p.233. ; P. Romelaer. 2005. *op.cit.* p.105-106.

¹⁶² Voir l'annexe 3 pour les limites de l'enquête.

culture confucéenne et l'éthique du *hyo*. Nous verrons comment le familialisme a évolué au cours de la modernisation sociale (**Chapitre 1**). Puis nous aborderons les changements de structure familiale et l'évolution des rôles des femmes (**Chapitre 2**). Nous nous pencherons ensuite sur le vieillissement de la population coréenne et ses conséquences sur la famille et sur les personnes âgées. Nous montrerons comment les représentations sociales de la vieillesse influent sur la prise en charge d'un proche âgé (**Chapitre 3**). Enfin, nous étudierons la manière dont les familles désignent les aidantes principales pour leurs proches âgés dépendants et nous analyserons l'injonction normative et l'injonction moderne comme idéaux types (**Chapitre 4**).

La deuxième partie reposera sur les expériences des aidantes principales à l'égard de la prise en soin de leurs proches âgés dépendants. Nous verrons les épreuves rencontrées et les stratégies pour y faire face dans un registre des aides pratiques (**Chapitre 1**). Dans un registre individuel, nous analyserons l'état de déséquilibre et l'effort de recherche de l'équilibre (**Chapitre 2**). Enfin, dans un registre relationnel, nous examinerons les épreuves face à la maladie, la dépendance, la mort de leurs proches âgés et parfois la tendance à la domination, puis les défis et stratégies mis en œuvre (**Chapitre 3**).

La troisième partie permettra de comprendre, comme un registre politique, l'efficacité et les limites de l'ASLD avec ses lacunes et leurs conséquences sur les aidantes principales. (**Chapitre 1**). Le recours ou non recours aux services et aux établissements d'hébergement de soin seront analysés, notamment au travers de leurs représentations sociales chez les aidantes principales et leurs proches âgés. Nous verrons enfin les raisons pour lesquelles les aidantes principales deviennent parfois aides-soignantes familiales plutôt que de recourir aux services de l'ASLD (**Chapitre 2**).

PARTIE I. DESIGNATION DES AIDANTES PRINCIPALES DANS LA SOCIETE COREENNE ENTRE LA TRADITION ET LA MODERNITE

« Dans notre société, tout homme qui ne pleure pas à l'enterrement de sa mère risque d'être condamné à mort. »

- Albert Camus, 1955. préface à l'édition américaine de *l'Étranger*.

Selon L. Roussel, les « institutions » désignent l'ensemble des normes, lois, écrites ou non, coutumes, à savoir tout le côté normatif de la culture¹⁶³. Si la société est l'instrument de la socialisation des individus dans leur institution, comme disait F. Fukuyama¹⁶⁴, la famille est aussi une institution qui en résulte. Selon P. Bourdieu, la famille est un principe de construction de la réalité sociale, qui se construit lui-même socialement par le biais d'un *nomos*. Celui-ci se constitue dans notre esprit au travers d'« un travail de socialisation opéré dans un univers qui était lui-même réellement organisé selon la division en familles. [...] C'est une loi tacite (*nomos*) de la perception et de la pratique qui est au fondement du consensus sur le sens du monde social (et du mot de famille en particulier), au fondement du sens commun ». P. Bourdieu considère la famille comme « le produit d'un véritable travail d'institution à la fois rituel et technique »¹⁶⁵. Or, les institutions ou *nomos*, qui étaient certaines, sont désormais ébranlées par les changements sociaux vers la modernité qui met l'accent sur les valeurs d'individualisme. Les institutions devenues incertaines ont donc transformé la vie familiale.

En Corée, le familialisme développé sous l'influence d'une culture confucéenne était un pilier qui maintenait la famille mais aussi la société, ce qui a sûrement garanti la solidarité familiale lors des crises familiales ou sociales, par exemple lorsqu'il s'agit de prendre en charge les parents âgés. Tout au long des transformations sociales, les familles ont toujours été un pivot pour protéger leurs membres. Mais en passant par le processus de la modernisation, les familles coréennes ont dû revêtir les changements tant dans leurs structures que dans leurs valeurs. L'arrivée du phénomène du vieillissement de la population a posé un problème social de la prise

¹⁶³ L. Roussel. 1999 [1989]. *La famille incertaine*, Paris, Éditions Odile Jacob, p.17.

¹⁶⁴ F. Fukuyama. 1997 [1995]. *La confiance et la puissance. Vertus sociales et prospérité économique*, trad. Par Pierre-Emmanuel Dauzat, Saint-Amand-Montrond, Plon, p.16.

¹⁶⁵ P. Bourdieu. 1993. « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.100, p.33-34.

en charge des personnes âgées dépendantes, dans ses dimensions sociale et individuelle tout à la fois.

Dans ce contexte-là, lorsqu'un proche âgé a besoin de soin, comment sa famille s'en occupera ?

CHAPITRE 1. FAMILIALISME TRADITIONNEL COREEN

Concernant la notion de « familialisme », celle-ci n'est pas souvent employée dans les pays occidentaux. Dans le Petit Robert, le « familialisme » est défini comme le « principe visant à élever très haut le rôle de la famille dans la société ». Cela porte sur la signification de la dépendance de l'État au rôle de la famille dans les modèles de l'État-providence. En ce sens, selon R. Lenoir, le concept est mentionné dans le champ de la politique familiale pour exprimer la tendance à la « défamilisation » c'est-à-dire le déclin de la morale sur la famille¹⁶⁶. L'auteur considère le familialisme comme ce que « les structures familiales apparaissent comme le fondement naturel de toutes choses »¹⁶⁷. Pour M. Barrett et M. McIntosh, les termes de familisme et familialisme doivent être distingués. Le premier repose sur la propagation d'idées politiquement favorables à la famille et au renforcement des familles elles-mêmes. Et le deuxième fait référence à des idéologies modelées sur ce que l'on pense être des valeurs familiales et que l'on applique donc à d'autres phénomènes sociaux¹⁶⁸. Dans la société coréenne, le concept de familialisme renvoie à la dimension culturelle, le confucianisme¹⁶⁹.

L'origine du familialisme coréen est ancrée dans la valeur confucéenne et se manifeste comme dominant encore la culture familiale de la société coréenne moderne¹⁷⁰. Le familialisme confucéen inclut deux sens, macro et micro. Dans le sens large, la famille prend la forme de l'État à taille réduite. En coréen l'État s'écrit comme 국가 provenant du caractère chinois 國家 qui est composé des caractères 국, 國 (nation) et de 가, 家 (famille ou foyer). Cela ne signifie pas que la famille est constitutive de l'État mais que l'État prend la forme de la famille élargie. Autrement dit, la famille et l'État n'ont qu'une différence de taille, et ils sont intrinsèquement la même institution¹⁷¹. Toutefois, même si la famille et l'État portent le même caractère dans le

¹⁶⁶ R. Lenoir. 1985. L'effondrement des bases sociales du familialisme, *Actes de la recherches en sciences sociales*, vol.57-58, juin, p.69-88.

¹⁶⁷ R. Lenoir. 2003. *Généalogie de la morale familiale*. Saint-Amand-Montrond, Seuil, p.32-33.

¹⁶⁸ M. Barrett and M. McIntosh. 2015 [1982]. *The Anti-social Family*, London, Verso, p.26.

¹⁶⁹ H. J. Lee. 2008. « Korean Familism Discourse: Its Origin and Development », *Social Theory*, vol.22, p.339.

¹⁷⁰ K.-S. Chang. 2010a. *South Korea under compressed modernity. Familial political economy in transition*. New York, Routledge, p. 16.

¹⁷¹ J.-J. Park. 2010. « The comparison of Confucius' ideas of filial piety with Aristotle's », *Studies in Confucianism*, vol.22, p.135.

cadre confucéen, la première est mis en avant comme plus fondamentale : tout commence par la famille¹⁷². Il s'agit du micro sens du familialisme confucéen, qui porte sur l'importance de la famille, et donc le respect de l'éthique confucéenne envers sa famille. Il s'agit du *hyo* à travers lequel les Coréens ont pu maintenir le familialisme dans les sens macro et micro. L'éthique est un principe fondamental qui gère le comportement humain. Si l'éthique occidentale recherche la liberté et l'égalité des individus, l'éthique orientale cherche un ordre dans la relation individu-individu¹⁷³. L'éthique du *hyo* joue le rôle de « fil conducteur » pour les Coréens dans la question de la prise en charge d'un parent âgé.

A. « *Hyo* » comme règle sociale pour garantir la prise en charge des parents âgés par leur enfant

1. Origine du *hyo* coréen et son développement

L'éthique du *hyo* coréen remonte à l'âge préhistorique. Il s'agit du mythe d'un royaume légendaire, qui marque l'apparition de la civilisation coréenne. Selon M. Guérin, le mythe, se situant dans l'écart du signifié et du signifiant a pour fonction de décanter le sens à travers l'interprétation des choses cachées depuis la fondation du monde¹⁷⁴. Décrivons brièvement le mythe de fondation de la Corée.

Il y était une fois, *Hwanung*, le fils du Ciel, qui voulait gouverner le monde du peuple. Avec l'autorisation de son père, il est descendu du ciel et a commencé à le gouverner avec la devise « *Hongik Ingan* » qui signifie la personne qui se dévoue au bien de l'humanité (qui est devenue la devise actuelle de la Corée du Sud). Il y avait un tigre et un ours qui voulaient devenir des humains, alors ils priaient tous les jours *Hwanung*. *Hwanung* les appela et leur donna l'ail et l'armoise. Il leur a dit: « vous pouvez devenir un être humain si vous ne mangez que de l'ail et de l'armoise pendant 100 jours dans une caverne sombre ». Le tigre a abandonné peu de temps après, mais l'ours est resté seul dans une caverne. Étonnamment, il est devenue une belle femme après 21 jours. *Hwanung* l'a prise comme sa femme et elle a donné naissance à un fils. Ils l'ont nommé *Dangun*. Il a grandi et a établi un pays, *Gojoseon* (2333 av. J.-C. – 108 av. J.-C.). C'était le premier royaume de l'Histoire de la Corée¹⁷⁵.

Hwanung étant le fils du Ciel est descendu du ciel, et a donné naissance avec sa femme à son fils *Dangun*, qui fonde le premier royaume de la Corée, puis il remonte au ciel. En ce sens, en

¹⁷² La personne qui néglige de s'occuper de sa famille (notamment ses parents) n'est pas capable de gouverner le pays. C'est la raison pour laquelle le souverain (ou l'homme de bien) a le devoir de bien respecter l'éthique confucéenne, par exemple pour le *hyo* (piété filiale), et il doit être un modèle montrant l'exemple de prendre en charge ses parents, d'où le gouvernement du pays va de soi. Tout cela signifie que la valeur sociale se focalise sur le *hyo*.

¹⁷³ B. H. Bae. 2005. « Text seminar sur le *hyo* » In S. K. Choi 2005. *Hyo du Coréen*, Seoul journalists club, p.342-343.

¹⁷⁴ M. Guérin. 2007. « Qu'est-ce qu'un mythe ? », *La pensée de midi*, no.22, p.93-102.

¹⁷⁵ Puga. 1675. *Gyuwon Sahwa*. Archives nationales.

renvoyant à *Hwanung* comme parent qui vient du ciel, et à *Dangun* comme enfant du ciel, on peut traduire que les parents sont comme un symbole qui vient du ciel et y retourne après la vie sur la terre. Pour l'enfant, être au service de ses parents avec tout son cœur correspondrait à être au service de son origine¹⁷⁶. Selon les paroles transmises par *Dangun*, « ta vie est due à tes parents qui viennent du ciel, il faut que tu prennes bien soin d'eux, mais aussi respecte le Ciel. Cette conduite va édifier ton pays. Ce qu'est le *hyo* (piété filiale) et le *tchung* (fidélité). »¹⁷⁷. Il semble que Confucius, fondateur du Confucianisme, ait déjà pris conscience du *hyo* coréen.

« Confucius aurait voulu aller vivre au milieu des neuf tribus de l'Est¹⁷⁸. Quelqu'un lui dit : « Là-bas, ce n'est pas propre. Convient-il de vivre parmi eux ? » Il répondit : « Si les hommes de bien demeurent, ce sera peu important. » (Confucius, IX.13).

L'esprit du *hyo* prend véritablement de l'ampleur depuis les Trois Royaumes de la Corée antique. *Kokouryeo* (37 av. J.C – 668), le premier des trois royaumes, en introduisant la culture chinoise et en utilisant les caractères chinois, a véritablement commencé à s'imprégner de l'esprit confucianiste. À la même période, le bouddhisme, étant également introduit dans ce royaume, souligne le *hyo* comme une vertu de respect de l'enfant pour ses parents. Pourtant, le bouddhisme, introduit en Corée, était déjà sous une forme fusionnée avec le confucianisme, en passant par l'Inde et la Chine. Dans un état où une croyance populaire sur le *hyo* était déjà répandue, le concept du *hyo* du confucio-bouddhisme a commencé à s'imposer.

Les trois royaumes ont montré l'effort de l'éducation confucianiste. Le roi *Saussourim* de la dynastie de *Kokouryeo* a créé dans toutes les régions l'institution éducative, qui s'appelle *Kyoung-Dang*, dans le but d'enseigner les doctrines confucianistes et de former les talents. Dans la dynastie de *Baekjé* (18 av. J.C – 660), la personne qui est experte dans les livres confucianistes a pu être nommée docteur. Par ailleurs, l'esprit de *Sesok-okyé* du *Hwarang*¹⁷⁹ représente la conviction de la dynastie de *Shilla* (57 av. J.C – 935). Il s'agit de s'engager dans cinq principes (être loyal au pays, honorer les parents, être fidèle aux amis, ne jamais battre en retraite, utiliser le bon jugement avant de tuer des êtres vivants), parmi lesquels l'accent est mis sur l'esprit du *hyo*. Et *Koukhak* (établissement de l'éducation nationale supérieure), créé par le roi *Shinmoun*, a fixé les matières essentielles, qui enseignent la bonté et la fidélité aux vertus, en

¹⁷⁶ T. H. Lim. 2007. « Confucian Features in the Dangun Myth », *The Study of Confucianism*, no.30, p.176-183.

¹⁷⁷ I. S. Hong. 1978. *Traditional Korean Culture Poetry*, Seoul, Korea University Press, p.17-22.

¹⁷⁸ Cela indique la Corée aujourd'hui.

¹⁷⁹ Le moine bouddhiste Won Kwang Bupsa a été l'instructeur du *Hwarang*, signifiant fine fleur de la jeunesse, en d'autre terme l'élite de la jeunesse, donnant lieu à *Hwarang-do* qui signifie la voie de l'humanité florissante, appelé à intégrer les groupes de guerriers d'élite poursuivant l'excellence militaire, intellectuelle et artistique. Ces facultés contribuent à toute la communauté. En effet, le *Hwarang* joue un rôle fondamental pour l'unification de la dynastie *Shilla*.

se servant des livres « Entretien de Confucius » et « *Hiao-king*¹⁸⁰, ». Les seuls étudiants de *Koukhak* pouvaient avoir le droit de postuler aux postes de fonctionnaires, et la note dans la matière de *hiao-king* était prise en grande partie pour l'évaluation du concours. À ce point-là, la vertu de *hyo* a été tenue comme primordiale¹⁸¹.

Une telle influence de l'éthique du *hyo* a alors amené plusieurs rois à considérer comme l'un des enjeux politiques importants le soin pour les personnes âgées. Ils ont offert, chaque fin d'année, trois sacs en paille pour le riz, en rendant visite en personne (ou envoyant un délégué) aux personnes âgées habitant seules. De même, les rois ont offert, afin d'inspirer l'esprit du *hyo* au citoyen, un sac en paille pour le riz comme une récompense à l'égard de ceux ou celles qui représentaient un bon exemple du *hyo*¹⁸². Par contre l'enfant ayant commis le *boulhyo* (anti-*hyo*) était condamné. Dans la loi de l'époque de *Koryeo* (918-1392) on condamnait à la peine de mort l'enfant qui accusait de crime ses parents, au supplice de la pendaison l'enfant qui insultait ses parents, à la décapitation l'enfant qui faisait de la violence à ses parents, à trois ans d'emprisonnement l'enfant qui blessait ses parents même sans intention de le faire, à deux ans de prison l'enfant qui touchait le bien de ses parents et l'enfant qui quittait la maison familiale alors que ses parents étaient en vie ou pendant la période de deuil de ses parents¹⁸³.

2. Éthique du *hyo*

Le Confucianisme fut fondé par Confucius (551-479 av. J.-C.) au cours de la Période des Printemps et Automnes (771 à 453 av. J.C.) en Chine. Depuis Confucius, de nombreux disciples confucéens souscrivirent à cette doctrine, et celle-ci évolua au fil du temps. On l'appelle le néoconfucianisme. Lors de la dynastie *Han* (206 av. J.-C. – 220), il s'imposa sur le trône comme idéologie d'État, et se répandit alors dans les pays autour de la Chine, tels que la Corée et le Japon. Si on se demande ce qu'est le confucianisme, la réponse n'est guère simple. En effet, le Confucianisme, appelé « doctrine d'une école de lettrés », l'« enseignement des lettrés » ou bien des « rites », porte sur la philosophie, l'idéologie politique, l'éthique, et même la religion¹⁸⁴. M.

¹⁸⁰ Confucius. 2009 [?]. *Hiao-King* (Le livre de la piété filiale), trad. Par R. Pinto, Paris, Seuil.

¹⁸¹ Ce système s'appelle *Dokseosampoumgwa*, apparu pour la première fois comme une forme de concours fonction publique en Corée. Il signifie littéralement le système de trois niveaux par la lecture. Ce concours n'indique pas l'examen à passer mais il prend seulement compte des notes des livres appris.

¹⁸² P. S. Kim. 1145. *Samguk saki*, l'époque de l'Antiquité la dynastie de *Koryeo* (918-1392). Malgré la pensée du *hyo* répandue en amont et en aval tout au long de l'époque des Trois Royaumes, on ne le considère pas comme l'émergence d'un projet national spécifiquement visant les personnes âgées, car les personnes ciblées ont été plutôt celles qui avaient besoin du minimum vital.

¹⁸³ KBS Insight Asia. 2007. *The power of Confucian Asia*, Seoul, Yedam. p.32

¹⁸⁴ L'aspect de caractéristique religieuse fait débat. Certains refusent de le considérer comme religion car cette doctrine se distingue des autres religions en refusant l'existence du monde surréaliste comme une vie après la mort alors qu'il engage à faire des offrandes (ou cultes) aux ancêtres. Toutefois pour M. Weber, il semble que le

Weber décrit le confucianisme comme « un énorme codex de maximes politiques et de règles sociales de bienséance pour des hommes du monde cultivés »¹⁸⁵. Le confucianisme s'intéresse à savoir en quoi consiste la société dans laquelle on vit, et considère celle-ci comme l'union des individus. Il est donc indifférent à l'individualisme qui sépare moi de l'autre, mais porte intérêt à l'union avec d'autres en aspirant à l'harmonie¹⁸⁶. De cette façon, on renvoie à une devise confucéenne bien connue: « 수신·제가·치국·평천하¹⁸⁷ ». Cela signifie que la moralisation intérieure de l'individu peut rendre possible la moralisation de la famille, puis celle du pays et enfin celle du monde entier. Pour atteindre la finalité confucéenne, il faudrait pratiquer la vertu du *ren*. Concrètement la manière de pratiquer la vertu du *ren* commence à partir du respect des parents, le « *hyo* » c'est-à-dire la piété filiale.

« le *hyo*, c'est la loi invariable du ciel, le principe fondamental de la terre, la règle de conduite du peuple. » *Hiao-King* <7>

S'il observe la forme du caractère chinois qui désigne le *hyo* (孝 en coréen), 孝¹⁸⁸, on voit qu'il est composé du 老, *noh* signifiant la personne âgée, et du 子, *za* signifiant le fils¹⁸⁹. Ce caractère 孝 *hyo*, ressemble donc à un fils qui met son parent âgé sur son dos. Cela illustre l'idée que l'enfant¹⁹⁰ se trouve responsable de ses parents, et que le parent est dépendant de son fils. Le *hyo* appliqué par l'enfant envers ses parents est donc le sujet central tout au long du développement du confucianisme. Imprégnés des principes du *hyo* depuis l'enfance, les Coréens sont habitués à ce concept et ils le considèrent comme banal¹⁹¹. P. Bourdieu indique que

confucianisme fait bien partie des religions malgré son caractère particulier. Il a indiqué que la langue ne connaissait pas de mot particulier pour « religion » et décrit ainsi : « le confucéen chinois orthodoxe (il en allait autrement du bouddhiste) accomplissait ses rites en vue de sa propre destinée ici-bas, afin d'obtenir longue vie, enfants et richesse; dans une très faible mesure, il visait le bien-être des ancêtres eux-mêmes, mais en aucune manière il n'agissait en vue de sa propre destinée dans l'« au-delà » - et cela en opposition très marquée avec le culte des morts égyptien, qui était totalement orienté vers la destinée de l'individu dans l'au-delà. » (M. Weber. 2000 [1916]. *Confucianisme et taoïsme*, Gallimard, p.210.)

¹⁸⁵ *Ibid.* p.220.

¹⁸⁶ J. T. Geum. 2008. *Confucianism and South Korea*, Korean Studies Information Co., Ltd. p.14

¹⁸⁷ 修身(수신 [*sou-shin*]) : se cultiver soi-même ; 齊家(제가 [*zé-ga*]) : apporter l'ordre à la famille ; 治國(치국 [*tchi-guk*]) : gouverner le pays ; 平天下(평천하 [*pyong-tcheon-ha*]) : apporter la paix à tous.

¹⁸⁸ Étant utilisés comme langue nationale en Corée jusqu'à l'invention du coréen, les caractères chinois peuvent se prononcer à la manière coréenne et de nombreux mots chinois se sont intégrés dans la langue coréenne. 孝 *hyo* en coréen se prononce comme *xiao* en chinois mandarin.

¹⁸⁹ G.-W. Lee, C.-S. Lim, O.-D. Kwon. 1995[1982]. *Han-Han-Dae-Sa-Jeon* 漢韓大事典 (*Grand dictionnaire de la Corée*), Seoul, Dong-A Chulpansa, p.1437.

¹⁹⁰ Bien que le sens d'origine 子 indique le fils, ce caractère représente aujourd'hui tous les enfants que ce soit le fils ou la fille. En sachant cela, nous écrirons l'enfant et préciserons le fils si nécessaire.

¹⁹¹ Y. S. Park, U. Kim et Y. Shin. 2009. "Filial Behavior, Expression and its Importance as Perceived by Parents of High School Students: An Indigenous Psychological Analysis", *The Korean Journal of the Human Development*, vol. 16, no 2, p. 109-141.

« comme sens du jeu social est le jeu social incorporé, devenu nature »¹⁹². E. Goffman souligne de son côté que la plupart des actions qui sont guidées par des règles de conduite se déroulent sans équivoque, et l'acteur interrogé tend à dire qu'il les exécute « sans raison » ou parce qu'il « sent comme ça »¹⁹³. Il est intéressant de constater que les personnes interrogées ont une difficulté à le définir précisément. Nous supposons qu'elles considèrent le *hyo* comme étant leur culture et leur tradition, et qu'il fait partie de leur vie quotidienne.

« Je n'ai aucune idée sur ce mot. Je prends en charge ma belle-mère sans considérer le *hyo*. »
M^{me} Byeon (aidante principale belle-fille)

« Je ne pense pas que c'est le *hyo*, ce que je fais. Parce que je suis avec maman, je m'occupe d'elle en tant que son enfant. Le principe... le sentiment d'obligation... » M^{me} Hyosun (aidante principale fille)

Dans « les Entretiens de Confucius », Confucius ne définit pas ce qu'est le *hyo*, mais indique comment se conduire pour respecter le *hyo*¹⁹⁴. D. H. Kulp II, ayant une expérience de séjour en Chine, explique que le concept de piété filiale est très complexe et inclut de nombreuses attitudes¹⁹⁵. Nous pouvons catégoriser le *hyo* en trois types : honorer ses parents, prendre en charge ses parents âgés en cohabitation, respecter les rites après le décès de ses parents.

2.1. Honorer ses parents

En tenant compte du remerciement pour le don de vie et l'amour reçus sans condition de ses parents, l'enfant ressent une responsabilité à l'égard de tout ce qui concerne ses parents. Confucius décrit de façon indirecte ce qu'est le *hyo* :

« Vous devez vous rappeler souvent l'âge de vos parents, vous réjouir de leur longévité, et craindre qu'ils ne viennent à mourir. » (Confucius, IV.21)

Selon 說文解字 [*Seolmunhaeza*] (premier dictionnaire chinois de l'antiquité), pour pratiquer le *hyo*, il s'agit d'être convenablement au service des parents et de leur succéder. Le *hyo* est défini comme une série de comportements selon le cycle de vie des parents. D'abord, lorsque les parents sont en forme, leur enfant doit les vénérer du fond du cœur. Surtout il doit honorer ses parents en faisant connaître son nom. Cela est considéré comme faire connaître le nom de ses parents.

¹⁹² P. Bourdieu. 1987. *Choses dites*, Paris, Minit, p.80.

¹⁹³ E. Goffman. 2015 [1967]. *Les rites d'interaction*, Lonrai, Les Éditions de Minit, p.50

¹⁹⁴ B. Song. 1999. *What is Oriental Value*, Seoul, Jisik Madang, p.165-166.

¹⁹⁵ D. H. Kulp II. 1966 [1925]. *Country life in South China. The sociology of familism*, vol.1. Phenix village, Kwantung, China, Ch'eng-Wen Publishing Company, Taipei.p.188.

身體髮膚 受之父母 (*Sin-ché-bal-bou Sou-zi-bou-mo*: puisque le corps vient des parents)
 不敢毀傷 孝之始也 (*Boul-gam-hué-sang Hyo-zi-si-ya*: il ne faut pas oser l'endommager, c'est ce qu'est le hyo)
 立身行道 揚名於後世 (*Ip-sin-heang-do Yang-myeong-eo-hou-sé*: Il faut faire une belle carrière,
 respecter la Voie et faire connaître ton nom dans le monde, de cette façon)
 以顯父母 孝之終也 (*I-hyun-bou-mo Hyo-zi-jong-ya*: le hyo s'achève par faire briller le nom des parents)
 夫孝 (*Bou-hyo*: ce qu'est le hyo)
 始於事親 終於立身 (*Si-eo-sa-tzchin Jong-eo-ip-sin*: on commence le hyo en vénérant les
 parents et on finit par réussir dans la vie)
 [...]

 無念爾祖 聿脩厥德 (*Woun-mou-nyoem-i-jo-yul-sou-kweol-duk*: il faut faire l'apprentissage de la vertu en
 pensant aux ancêtres)
 - 개종명의(開宗明義) dans 孝經 (*Hiao-King : Classiques du hyo*)

Selon S. S. Kim qui a étudié l'accomplissement des études des adolescents coréens, 62 % des 6 500 adolescents ont répondu à une question sur la nécessité d'étudier les mathématiques, « pour faire plaisir à mes parents », et 44% « pour obtenir le métier que je souhaite »¹⁹⁶. Ce résultat nous permet de comprendre que les enfants coréens tendent à penser d'abord à ce que leurs parents préfèrent. Ils souhaitent les remercier et le font à leur propre manière. Par exemple, quand on est étudiant, on considère qu'étudier de son mieux est la manière de pratiquer le *hyo*. Selon Park, Y. S. et *al.*, cette tendance fait partie d'un caractère de la catégorie du « *hyo* aborigène »¹⁹⁷. Ceci se retrouve dans le sentiment de la reconnaissance due aux parents et du respect envers les parents suite à leur sacrifice et leurs efforts, mais aussi dans le regret de ne pas avoir bien répondu à leurs demandes et de ne pas pouvoir satisfaire leurs attentes au niveau éducatif. Par ailleurs, l'effort pour faire connaître le nom de ses parents, signifie ne pas les déshonorer. Les comportements de l'enfant concernent toujours ses parents. Lorsqu'un individu commet une erreur, qu'il soit enfant ou adulte, il pense avant tout à ses parents, car ils considèrent que ceux-ci l'ont mal éduqué. Les errements (la paresse, les jeux d'argent ainsi que l'intoxication par l'alcool, le désir de l'argent, le désir sensuel, la violence, etc.) pourraient salir l'honneur des parents ou les mettre en danger (Mencius, IV.B.30). On appelle tels comportements « *boulhyo* », dont le sens est contraire au *hyo*. Cette pratique impose aujourd'hui d'avoir honte et de culpabiliser.

2.2. Cohabitation et prise en charge instrumentale, matérielle et émotionnelle d'un parent âgé

En terme du *hyo*, lorsque les parents sont âgés, l'enfant doit les prendre en charge avec plaisir et doit leur fournir de bons repas ainsi que des vêtements confortables et une chambre chaude sous

¹⁹⁶ S.-S. Kim. 1999. *The third international Mathematics and science study-repeat(TIMSS-R) National Report for the Main Survey*, Korea Institute for Curriculum and Evaluation, p.293.

¹⁹⁷ Y. S. Park et al. 2009. *op.cit.*, p.110.

le même toit¹⁹⁸. Dans la société occidentale, la cohabitation entre parent âgé dépendant et enfant adulte est simplement considérée comme une forme d'aide pratique¹⁹⁹, tandis qu'elle est une forme naturelle et essentielle dans le cadre du concept du *hyo*. Effectivement, la majorité des aidantes principales ont souligné que la prise en charge d'un parent âgé correspond à la cohabitation.

« C'est être ensemble. Vivre ensemble, faire ensemble, manger ensemble, c'est la prise en charge. Je n'ai pas peur que quelqu'un vienne chez nous sans l'avoir prévu. Je n'ai qu'à ajouter un couvert sur la table, à la manière dont je mange, en sortant tout ce qui est dans le frigo. De cette façon, je suis à l'aise avec maman à la maison. On mange ensemble, dort ensemble. C'est tout. »^{Mme} Kang (aidante principale fille)

« La prise en charge... c'est de vivre ensemble. C'est ce que je fais maintenant. Comme notre pays est influencé par le confucianisme... »^{Mme} Kwak (aidante principale belle-fille)

Toutefois, Confucius critique la tendance qui entraîne de nombreuses personnes à considérer le *hyo* comme une charge au niveau matériel, en négligeant la sincérité et la sollicitude²⁰⁰ : « le *hyo* est connu à présent comme s'il s'agissait de bien prendre soin matériellement. Pourtant, sachant que l'on peut également bien élever le chien ou le cheval, comment peut-on le distinguer du *hyo* s'il ne s'agit pas du cœur et du respect ? (Confucius, II.7) ». En ce sens, l'enfant doit mettre à l'aise ses parents et se soucier d'eux du fond du cœur. Ce n'est pas un sentiment d'obligation provenant de l'extérieur, mais un sentiment d'agir avec la volonté du cœur. Le *hyo* met aussi l'accent sur la prise en charge instrumentale et émotionnelle tout à la fois. Les paroles de^{Mme} Seong correspondent à ces aspects du *hyo*.

« Le *hyo*, ce n'est pas donner beaucoup d'argent ou bien nourrir. Il faut bien s'entendre. Il faut mettre à l'aise. De cette façon, le parent peut parler de tout ce qu'il veut comme « J'ai fait caca. Change les couches s'il te plaît » par exemple. On me dit souvent que j'agis bien et avec gentillesse envers ma belle-mère, mais ce n'est pas parce que je fais bien mais parce qu'on s'entend bien et c'est tout. Bien sûr qu'on peut dire que c'est le *hyo* quand on donne de l'argent, mais il faut qu'un cœur et l'autre se réunissent. »^{Mme} Seong (aidante principale belle-fille)

Ainsi, l'important c'est le cœur, mais l'enfant ne doit pas se contenter d'en avoir ; il faut savoir garder un visage paisible devant les parents, c'est ce que Confucius a considéré comme plus difficile que le fait de les nourrir ou leur rendre service. En fait, « le visage toujours se donne à un accueil et l'accueil accueille seulement un visage », le visage accueillant joue le rôle de

¹⁹⁸ S. K. Choi 2005. *op.cit.* p.139.

¹⁹⁹ C. Attias-Donfut. 1995. « Le double circuit des transmissions », In C. Attias-Donfut (dir.), *Les solidarités entre générations*, Nathan, p.61.

²⁰⁰ L'époque de Confucius était celle où régnait le désordre. Pour rétablir la société, Confucius a fondé sa fameuse doctrine, le Confucianisme qui a servi à la politique.

répondre un « oui » non verbalisé à l'autre²⁰¹. Parce que les parents ressentent pleinement la façon dont ils sont traités, l'enfant doit, pour les mettre à l'aise et ne pas leur donner de souci, veiller sur son attitude d'amont en aval et envisager par avance ce qu'ils désireraient.

« Le *hyo*, ce n'est pas de penser à ma place, mais penser à sa place. Devenir ses bras et ses jambes et la mettre à l'aise... »^{Mme Souk (aidante principale fille)}

« Le *hyo* est à 100 %. Sans le *hyo*, je vois les gens abandonner leurs parents, ou leur faire des reproches ou les frapper... »^{Mme Tae (aidante principale fille)}

2.3. *Hyo* comme rites après le décès d'un parent

Lorsque les parents sont décédés, l'enfant procède à leurs funérailles et il doit s'affliger de tout cœur en pensant au défunt. Lorsqu'il leur rend un culte, il doit se comporter avec solennité²⁰². Il s'agit de 추도 (追悼, *tchoudo*). En fait, si on appelle 달효 (達孝, *dalhyo*) la pratique du *hyo* avec constance à l'égard de ses parents à tel point que tout le monde le reconnaît, le *tchoudo* prend la forme du continuum du *dalhyo*. Dans l'ouvrage *Hiao-King*²⁰³, Zengzi, disciple de Confucius, dit que « montrer le respect à ses parents est plus facile que les mettre à l'aise. Apporter de l'aide est plus facile que la maintenir jusqu'à leur fin de vie, et même après leur mort. Si l'enfant veille sur sa propre conduite même après la mort des parents, cela ne déshonorerait pas le nom des parents. On peut véritablement dire ce qu'est le *hyo* ²⁰⁴». Ainsi, pour le *hyo*, les rites comptent autant que le cœur. Après la fin de la cérémonie (jusqu'à la descente du cercueil dans un caveau), l'enfant met au sanctuaire le coffret avec la tablette ancestrale, se met en habit de deuil et ne mange pas de viande ni d'alcool pendant 25 mois, en gardant un sentiment d'affliction et en pensant au remerciement pour tout ce que ses parents lui ont donné depuis sa naissance, c'est ce que l'on appelle les trois ans de deuil. En Corée, ces trois ans de deuil ont été officialisés à l'époque de Joseon (1392-1897), puis ont été supprimés au début des années 1900 suite à la modernisation occidentale. Elle est rarement appliquée depuis les années 1980. Pourtant, de nombreux Coréens continuent à faire le culte chaque année à la date anniversaire du décès des parents.

3. *Hyo* en tant que don, réciprocité et dette

Même si le don semble un vrai don, libre et désintéressé, il ne l'est pas en réalité. Il s'agit de

²⁰¹ J. Derrida. 1997. *Adieu Lévinas*, Paris, Galilée, p.49.

²⁰² B. Song. 1999. *op.cit.* p.169-170.

²⁰³ Un des cinq ouvrages de l'école confucianiste.

²⁰⁴ D. Kim. 2009. *Commentaires en coréen du hiao-King*, Édition Tongnamou, 2009, p.264.

l'entrée de jeu, contrainte et intéressée²⁰⁵. En fait, on peut envisager deux modèles : le don unilatéral et le don réciproque. D'après le dictionnaire, le don est gratuit, sacrificiel et sans retour : d'après le Petit Robert « ce qu'on abandonne à quelqu'un sans rien recevoir de lui en retour », il s'agit du don pur²⁰⁶. Dans les sciences sociales, le don devient une réciprocité, qui se rapproche d'un échange marchand, comme un contrat. Pourtant, il est nécessaire de comprendre que l'esprit du contrat ne peut pas être l'esprit du don. Le premier consiste à viser l'intérêt mutuel envers ce qui circule plutôt que la relation, et donc il enlève la liberté de son retour. L'esprit du contrat libère ce qui circule, tandis que l'esprit du don libère les partenaires au détriment de la fluidité de la circulation. En effet, le retour n'est ni fixé ni certain²⁰⁷. M. Hénaff pense que le don doit porter la pureté de l'intention. Il trouve que l'on peut appeler don plutôt celui qui crée et maintient un lien social. Pour lui, une circulation de biens, tels qu'un héritage, ne peut pas être un don²⁰⁸. À ce propos, J.T. Godbout critique M. Hénaff qui néglige la liberté du don, car celui-ci peut être tantôt réciproque et tantôt pur, quoi qu'il en soit de l'intérêt ou du désintéressement. C'est ce qui est sa qualité fondamentale : « c'est dans l'entrecroisement de la reconnaissance et de la circulation que la complexité et l'histoire réelle prennent leur envol »²⁰⁹.

Cependant d'après M. Mauss, le lien du don et du contre-don maintient la relation entre les individus. Cela consiste en trois obligations : donner, recevoir et rendre. Tout d'abord, « donner » comprend deux caractéristiques : l'obligation et la marque de supériorité²¹⁰. La première signifie que l'on donne par contrainte car le donataire a un droit (e.g. on pourra penser au loyer mensuel à payer au propriétaire), alors que la deuxième affirme qu'en donnant, on montre sa supériorité en se situant au-dessus du donataire. « Recevoir » est aussi important, car si on refuse, cela signifie que l'on craint de devoir rendre. « Rendre » est crucial pour que la relation puisse se maintenir. Mais si on ne peut pas rendre, cela indique que l'on perd la face et qu'on devient subordonné : « l'individu qui n'a pu rendre le prêt ou le potlatch perd son rang et même celui d'homme libre »²¹¹. M. Mauss montre que le don et le contre don se limitent aux sociétés archaïques, alors que J. T. Godbout insiste sur le fait que la logique du don concerne également la société contemporaine²¹². Notamment, la famille ne se réduit pas aux échanges d'affection, mais elle est à la fois le lieu de base du don (l'utile, le nécessaire, le gratuit, le rituel)

²⁰⁵ J. T. Godbout. 2007. *Ce qui circule entre nous*, Paris, Seuil, p.138-139.

²⁰⁶ *Ibid.* p.125-126.

²⁰⁷ *Ibid.* p.111.

²⁰⁸ M. Hénaff. 2002. *Le Prix de la vérité. Le don, l'argent, la philosophie*, Paris, Le Seuil, p.307.

²⁰⁹ J. T. Godbout. 2007. *op.cit.* p.137.

²¹⁰ M. Mauss. 1968. *Essai sur le don. Formes et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques*. Sociologie et anthropologie, Paris, PUF, p.162.

²¹¹ *Ibid.* p.212.

²¹² J. T. Godbout. 1992. *L'esprit du don*, Paris, Édition la découverte, p.21.

et elle-même est fondée sur la création d'un lien de don²¹³. En ce sens, il est intéressant de noter le discours de Mme Jong qui souligne le *hyo* comme contre don à l'égard de sa mère.

« Hmm... je pense que c'est évident... puis... de toute façon, ma mère ne m'a pas abandonnée. Nous sommes neuf enfants et mes parents nous ont tout élevés... En fait, lorsque mon père a été atteint de paralysie suite à une hémorragie cérébrale, elle aurait pu le quitter mais elle ne l'a pas fait. Pour les traitements médicaux, la sécurité sociale n'était pas appliquée, ce qui fait qu'on a dépensé tout notre patrimoine pour l'hospitalisation en deux mois. Complètement ! Malgré tout, elle nous a élevés même en déménageant cinq fois par an. Quand on n'a pas le *hyo*, ce n'est pas facile de prendre en charge. » Mme Jong (aidante principale fille)

Le don s'accompagne systématiquement de dette, qu'il soit obligatoire de rendre ou non, car le receveur possède ce qui n'est pas sien mais qui appartient au donneur²¹⁴. En fait, tous les humains sont donataires avant d'être donateurs, car ils ont reçu le don de la vie. Autrement dit, la condition humaine découle d'un état de dette²¹⁵. Si, certainement, l'obligation de donner résulte du fait qu'on détient ce qui appartient à un autre, E. Benveniste souligne simultanément que l'on peut devoir quelque chose sans l'avoir emprunté : la dette matérielle résulte d'une dette morale²¹⁶.

L'individu est né en recevant la vie de ses parents, et il devient adulte en recevant leurs soins durant l'enfance. Du fait que la relation parentale repose avant tout sur l'aspect biologique (et juridique), il semble naturel que les parents élèvent leurs enfants en les chérissant comme eux-mêmes. Ils ne le font pas forcément en espérant que leurs enfants leur rendent tout ce qu'ils leur ont donné. Mais du point de vue de l'échange réciproque, les enfants ont la responsabilité de s'acquitter de dettes envers leurs parents. Pourtant, ils ne peuvent pas rendre de la même manière tout ce qu'ils ont reçu de leurs parents, car, entre autres, la vie ne peut pas être rendue. Mais ils peuvent la rendre sous des formes différentes. En ce sens, Aristote souligne que le fait que les enfants rendent honneur à leurs parents est plus honorable que le souci de leur propre conservation, car c'est d'une dette qu'ils acquittent²¹⁷. Il considère l'amour des enfants pour leurs parents comme l'amour des hommes pour les dieux. Ce que les hommes apportent aux dieux ne peut pas être comparable à ce que les dieux leur offrent, car ces derniers leur sont

²¹³ *Ibid.* p.71

²¹⁴ É. Benveniste. 1969. *Le Vocabulaire des institutions indo-européennes*, 2 tomes, Paris, Minuit, p.186

²¹⁵ F. Bloch et M. Buisson. 1994. « La circulation du don », *Communication, Générations et filiation*, no.59. p.55-72. p.55.

²¹⁶ É. Benveniste. 1969. *op.cit.* p.185-187.

²¹⁷ Aristote. *Éthique à Nicomaque*, liv. 9, chap.2, 1165a 20.

supérieurs²¹⁸. Si les enfants reçoivent plus qu'ils ne donnent, la dette s'accroît avec le temps, ce qui entraîne que parents et enfants se trouvent en permanence dans le rapport créancier-débiteur²¹⁹. En fait, « les sentiments moraux tels que le devoir et la faute dérivent de la relation de pouvoir créancier-débiteur et plus précisément du sentiment de dette »²²⁰. En ce sens, l'expression coréenne « père soit généreux, fils applique le *hyo*²²¹ » montre que pour les enfants, le *hyo* est un principe indubitable et absolu.

« Le *hyo* peut être traduit comme une dette jamais remplie envers ses père et mère [...]. Cette dette-là n'est jamais comblée parce que c'est une dette de vie, donc on ne peut jamais s'en acquitter totalement. »²²²

Mme Byeon souligne que l'enfant doit faire attention à ne pas oublier tout ce que ses parents ont fait pour lui quand il était petit :

« Avec l'âge, on a tendance à ne pas s'entendre entre parent et enfant. Mais je pense que pour le *hyo*, il n'y a rien de meilleur que se rendre compte de l'intention des parents. J'ai entendu quelques phrases : attends tes parents âgés un tout petit peu, ne te plains pas de ce qu'ils marchent lentement, ne les fais pas dépêcher à manger vite... Ils ont attendu que tu marches avec patience. Ils t'ont relevé quand tu es tombé par terre. De la même manière attends-les... »^{Mme} Byeon (aidante principale belle-fille)

En Corée, de nombreux contes transmis de génération en génération, traitant le sujet du *hyo*, portent sur le dévouement de l'enfant à ses parents. On l'appelle « *hyonyeo* » pour les filles, « *hyoza* » pour les fils. Ils se lisent depuis l'enfance et donnent comme leçon principale : si l'enfant respecte le *hyo*, il ne lui arrivera que du bonheur. Entre autres, il existe une histoire intitulée « Shimcheong, *hyonyeo* ». Abordons-en brièvement un résumé.

Une fille nommée Shimcheong se jette au milieu de la mer pour que son père aveugle puisse retrouver la vue. Dans la nuit, un moine avait sauvé son père de la noyade suite à une chute dans une rivière. Il lui a indiqué qu'il pourrait retrouver la vue s'il offrait trois cents sacs de riz consacrés au Bouddha comme offrande de nourriture. Après l'avoir appris, Shimcheong s'est décidée à se vendre aux marins comme offrande sacrificielle à la mer, et en contrepartie elle pourrait offrir le riz. Finalement elle s'est jetée dans l'eau, mais le dieu de la mer, touché par son dévouement à son père, l'a renvoyée sur terre. En passant par là, un groupe entourant le roi l'a trouvée dans une fleur de lotus et elle est devenue la reine. En absence de son père, une fête nationale réservée aux aveugles s'est tenue pendant quatre jours. Shimcheong a retrouvé son père qui n'avait pas encore retrouvé sa vision, contrairement au discours du

²¹⁸ Aristote. *Éthique à Nicomaque*, Livr.8, chap. 14. 1162a 5.

²¹⁹ N. Sarthou-Lajus. 1997. *L'Éthique de la dette*, Paris, Puf, p.39.

²²⁰ *Ibid.* p.97.

²²¹ Nous pouvons remarquer que la société coréenne est la société patriarcale où on préfère le fils à la fille. En le sachant, nous comprenons le fils dans l'expression coréenne de « l'enfant ».

²²² K.-T. Seong. 2010. *Filial piety of Koreans, Expressions in modern times*, vol.1, Paju, Idam Books, p.27.

moine. Toutefois, dès qu'il a reconnu la voix de sa fille, il a pu enfin ouvrir les yeux d'étonnement.

- « *Shimcheong*, fille de la piété filiale »

Si dans la circulation du don, des sujets et des objets sont inséparables puisque l'on fait passer quelque chose de soi dans ce que l'on donne²²³, et si la vie d'une personne vient de ses parents, le don de son propre « corps » portera une valeur supérieure de la part du donateur. Dans cette histoire de *Shimcheong*, le sacrifice de sa vie est considéré comme une justification de son niveau du *hyo* à l'égard de ses parents. L'enfant doit être prêt à sacrifier même sa propre vie pour ses parents car celle-ci vient d'eux. Cette idée ne se réduit pas seulement à l'histoire ancienne, elle concerne aussi la société moderne. M. Gou Kim, qui fut connu comme résistant pour l'indépendance de la Corée lors de la colonisation par le Japon entre 1910-1945, a prélevé une partie de sa chair pour nourrir sa mère malade. En Chine, Lu Xun (1881-1936), l'un des grands écrivains chinois a critiqué dans sa nouvelle « le journal d'un fou », première œuvre de la littérature chinoise moderne, la perversion de l'idée du *hyo* dans laquelle les parents peuvent « manger » la chair de leurs enfants.

« Le plus étrange était cette femme qui, hier, battait son fils dans la rue en criant : « *Sale petit démon ! Je t'arracherais bien quelques bouchées de chair pour me soulager !* » [III] ; Je me souviens qu'un soir où nous prenions le frais devant l'entrée de la grande salle, je devais avoir alors quatre ou cinq ans, mon frère me raconta que si les parents tombent malades, un fils doit être prêt à tailler dans sa propre chair et à en faire cuire un morceau pour eux s'il veut être tenu pour un fils aimant. Notre mère n'a pas protesté. Si l'on admet qu'on peut en manger un morceau, pourquoi pas le reste ? [XI] »²²⁴ Lu Xun, *le journal d'un fou*

Tout cela montre que la relation parents-enfant établit une relation inégale, « une relation de dépendance du sujet à l'endroit d'un autre »²²⁵ : « Le rapport parental apparaît ainsi comme un système de dettes mutuelles mais la réciprocité et l'égalité dans l'échange ne sont pas pour autant rétablies, car la dette parentale procède de la responsabilité infinie d'un don toujours inachevé et imparfait ; la dette filiale s'enracine dans la dépendance, la passivité première de celui qui reçoit et n'est jamais à la hauteur de l'incommensurable don qu'on lui fait. »²²⁶ Nous avons remarqué que les jeunes coréens interrogés manifestent ce point de vue de l'appartenance à leurs parents.

« C'est très difficile de définir la relation parent-enfant. Bah... n'est-elle pas une relation

²²³ F. Bloch et M. Buisson. 1994. *op.cit.* p.56.

²²⁴ Lu Xun. 2015 [1918]. *Le journal d'un fou*, traduit par Sebastian Veg, Paris, Édition Sillage.

²²⁵ N. Sarthou-Lajus. 1997. *op.cit.* p.96.

²²⁶ *Ibid.* p.40

inégale ? » Taeyang (Jeune homme)

« La relation entourée par la dette. Puisque ma mère m'a donné beaucoup de choses, je dois les rendre aussi. On cohabite depuis toujours... Parfois, je pense que ma mère m'a fait comme ça en espérant la prise en charge de sa vieillesse. Alors, évidemment je voudrais le faire pour ma mère... » Heyrin (Jeune femme)

B. Familialisme coréen sous l'influence confucéenne

Au début, le Confucianisme s'appuyait sur les principes d'*Oryune* qui consiste en cinq relations humaines : relations entre parent et enfant ; souverain et sujet; époux et épouse; personne âgée et jeune; et ami(e) à ami(e). Plus précisément, il doit y avoir de l'intimité entre parents et enfant ; il doit y avoir de la loyauté entre souverain et sujet ; il faut être distingué entre époux et épouse ; il faut respecter l'ordre entre personne âgée et jeune ; il faut avoir la confiance entre ami(e)s²²⁷. À l'arrivée de la dynastie chinoise *Han* (206 av. J.-C. – 220), un néoconfucianisme établi par *Dong Zhongshu*, lettré confucianiste, est adopté comme l'idéologie politique. Aux principes d'*Oryune*, s'ajoutent désormais trois principes, qui s'appellent *Samgang* et sont considérés comme prioritaires. Le terme *gang* de *Samgang* désigne la corde principale de la toile à laquelle les autres se rattachent, et *Samgang* signifie donc trois cordes principales, en d'autres termes trois supérieurs : « le roi doit être supérieur à son sujet », « le père doit être supérieur à son fils », « l'époux doit être supérieur à son épouse »²²⁸. On appelle le tout *Samgang-Oryune*. Au cours de la seconde moitié de la période de la dynastie Joseon, les principes du néoconfucianisme ont conduit à transformer le caractère politique et socio-culturel coréen. La famille patrilinéaire a été renforcée à partir de cette période à l'instar du patriarcat.

1. Famille patrilinéaire coréenne et rites

Le confucianisme met l'accent sur l'importance de la relation familiale entre parents et enfant, en se basant sur le lien du sang, le patrilignage, le respect des aînés, la piété filiale, le culte des ancêtres. Tout cela permet la continuité de la famille patrilinéaire. Quand on parle de la famille traditionnelle coréenne, cela inclut non seulement les membres qui vivent dans la même maison, mais aussi leurs ancêtres ainsi que leurs descendants à naître. Ce concept bien qu'abstrait perdure dans le temps²²⁹. La famille coréenne ne peut pas être une unité indépendante, mais elle est une part de réseaux relationnels autour de la « maison ». Le concept de la « maison », soit le

²²⁷ K. T Seong. 2005. *Modern Korean filial piety*, Paju, Jipmoon, p.140-148

²²⁸ H. Kim. 2014. « Confucianisme et féminisme en Corée », *Diogène*, n° 248, p.71-80. p.72.

²²⁹ G. S. Yoo. 2006. « Changing view on family diversity in urban Korea », *Journal of Comparative family studies*, vol.37, no.1, p.60.

« 가 (ga) » en coréen, qui n'est pas la maison physique mais symbolique, signifie l'« origine de moi » dans le cadre du lien de parenté du même sang patrilinéaire. Cela permet à chacun des membres de la famille de justifier son existence en tant qu'être appartenant à sa « maison » (ou son « ga »). De ce fait, la « maison » est privilégiée davantage que l'individu et la famille, et occupe une place unique et imposante : l'individu est né « au sein de la maison », mène la vie « au sein de la maison » et meurt « au sein de la maison ». Ce ne sont pas les familles qui constituent le « ga », car celle-ci existait déjà par elle-même, en tant qu'organisme permanent, bien avant les familles. Du fait que les familles ne sont pas le sujet actif qui peut gérer ou détruire la « maison », elle ne peut exister que comme membre appartenant à cet organisme²³⁰.

Le culte aux ascendants est un rite crucial, qui permet à la famille de perpétuer la légitimité de son « ga ». La prise en charge des parents âgés, celle des funérailles et celle des offrandes aux ancêtres sont l'ensemble des rites pour respecter l'origine du moi. Respecter les parents est une action qui se fait au présent, mais cela a un lien avec la vénération des ancêtres qui sont la racine de ces mêmes parents. En ce sens, le culte aux ancêtres ne porte pas seulement sur la vénération aux ascendants morts, mais il implique également la possibilité que les parents puissent en faire partie plus tard. Ces rites portent sur le temps passé, présent, mais aussi futur. Les offrandes permettent aux descendants de ne pas oublier de vénérer les ascendants de la même lignée et en même temps de renforcer le lien familial par l'effort de perpétuer la légitimité de leur « maison »²³¹. Dans la société coréenne d'aujourd'hui, depuis l'introduction de la religion chrétienne, le nombre des gens qui pratiquent les offrandes est en baisse, mais on constate toujours une grande immigration de la population pour la pratique des offrandes, lors de l'anniversaire de la mort des parents et des ancêtres proches, et lors de toutes les fêtes traditionnelles, comme le Nouvel An lunaire ou *Tchuseok* (fête pour les récoltes de l'année). Si on ne participe pas à l'hommage à ses ancêtres ou si on l'oublie, cela procure un sentiment de culpabilité²³². Dans ce cas, certains croient que les âmes des ancêtres sont fâchés et ils craignent que ces derniers puissent apporter un malheur à leur famille.

Du point de vue confucéen, les descendants ont la responsabilité de faire perdurer les rites familiaux pour perpétuer la maison, si bien que Mencius dit que la pire ingratitude renvoie à n'avoir aucun enfant²³³. Avant tout, il est nécessaire de souligner que tous les rites se déroulent à l'initiative de père ou fils, c'est-à-dire de l'homme : la continuation de la maison n'est possible

²³⁰ B. Y. Choi. 2002. *Confucian culture of the Joseon Dynasty*, Seoul, Sagyejeol, p.163.

²³¹ B. Song. 1999. *op.cit.* p.171.

²³² *ibid.*, p.68.

²³³ Mencius. [?]. *Mencius*. IV.A. 26

que par l'homme²³⁴.

2. Statut des membres de la famille patriarcale

Si l'individu obtient son statut à travers la relation collective, il va trouver son rang dans la relation hiérarchique et inégale. En fait, dans le familialisme confucéen, l'individu n'est autre que l'existence passive qui se conduit en fonction de son statut au sein de la famille, statut qui détermine son identité²³⁵. Si un statut peut impliquer le pouvoir, selon R. Alford et R. Friedland, ce pouvoir est classé en trois types : le pouvoir situationnel, le pouvoir structurel, et le pouvoir systématique²³⁶. Le premier dépend des ressources individuelles et de ses stratégies, le deuxième est déterminé par l'attitude des autres, et le dernier est octroyé par la culture d'une société donnée. La famille est un système qui constitue une société, si bien que les membres d'une famille sont influencés par tous ces types de pouvoir dans chacun de leurs statuts au sein de la famille. Dans un couple, l'épouse peut avoir plus de pouvoir que son époux, du fait de ses ressources, parce qu'elle possède plus que celui-ci, ou du fait de son statut social plus élevé. Toutefois, la famille est avant tout un système ouvert à l'interaction de la norme socio-culturelle. Dans la société où la norme culturelle a un impact prédominant sur la relation dans la famille, les ressources (dans la dimension de quantité ou de qualité) ne sont pas significatives pour attribuer le pouvoir. En effet, le pouvoir systématique est déjà réservé, selon le statut au sein de la famille. Il s'agit de la société patriarcale²³⁷.

Le système patriarcal est défini comme l'ensemble des normes et des relations de chaque sexe, selon lesquelles le pouvoir et le rôle privilégié sont réservés au sexe masculin. La famille patriarcale se manifeste par la domination masculine (père, époux et fils), la relation discriminée entre les sexes (entre époux et épouse et entre fils et fille), le familialisme et la tradition de la succession du statut²³⁸. Les membres d'une famille patriarcale sont répartis en deux : la personne prenant en charge sa famille, que l'on appelle chef de famille, et les personnes prises en charge par celui-ci²³⁹. Le chef de famille est le père ou l'époux dans la famille, et dispose de trois droits : le représentant de la famille dans la société, la supervision des membres de la

²³⁴ Cela demande d'avoir au moins un fils dans une famille, et avoir une fille sans fils est considéré comme commettre le *boulhyo* (ingratitude).

²³⁵ J.-S. Choi. 2002. *Early Korean Sociology and Family Studie*, Seoul, Ilzisa, p.262-263.

²³⁶ R. Alford et R. Friedland. 1985. *Theory of Powers*, London, Cambridge University Press.

²³⁷ M.-S. Kim, J.-S. Kim, H.-J. Kim, H.-K. Kim, O.-H. Park, Y.-H. Won, K.-A. Lee, S.-M. Lee, S.-I. Lee, S.-J. Lee, Y.-B. Lee, H.-K. Jang et I.-H. Ham. 2002. *Sociological understanding of the family*, Seoul, Hakjisa, p.177-178. p.173-196.

²³⁸ J.-A. Paik. 2009, « The Changing Nature in the Korean Patriarcal Family : Continuity and Change », *The Korean Journal of Humanities and the Social Sciences*, vol.33, no.1-2, p.205.

²³⁹ H.-K. Kim. 2015. *People, places, hospitality*, Paju, Moonji Publishing Company, p.216-227; K.-K. Lee. 1975. *Kinship system in Korea*, vol.1. Connecticut, HRAFlex Books.

famille, et la gestion de la propriété familiale. La famille est listée sous le nom du chef de famille dans les documents officiels. Le chef est responsable de tout ce que font les membres de sa famille non seulement dans la maison mais aussi hors de la maison²⁴⁰. C. Beccaria résume l'autorité du père dans la famille patriarcale et les membres qui sont contraints de lui être soumis.

« Qu'on suppose cent mille hommes ou vingt mille familles, composées chacune de cinq personnes, y compris le chef qui les représente; si leur association se fait par familles, il y aura vingt mille citoyens et quatre-vingt mille esclaves; si elle se fait par individus, on n'y verra que des hommes libres. [...] Dans une société composée de familles, les enfants demeurent sous l'autorité du chef, tant qu'il vit, et sa mort seule peut leur donner une existence qui ne dépende que des lois. »²⁴¹

Dans ce système patriarcal, les rôles entre sexes sont strictement divisés : l'homme subvient aux besoins de sa famille à travers l'activité professionnelle hors du domicile, tandis que la femme s'occupe de leurs enfants et entretient le ménage. Ce point de vue correspond à celui de l'analyse structuro-fonctionnelle. La fonction est considérée comme étant « centrale à la compréhension de tous les systèmes vivants. En effet, elle n'est rien d'autre que le corollaire de la notion de système vivant, dont elle décrit certains caractères, dont les uns concernent les rapports entre le système et son environnement, tandis que les autres ont trait à la différenciation interne du système lui-même »²⁴². E. W. Burgess et H. J. Locke décrivent le statut de chaque membre dans le cadre de la famille patriarcale chinoise²⁴³. Le père, soit le chef de famille, ayant le statut le plus élevé, possède l'autorité finale dans les affaires familiales. Il travaille à l'extérieur de la maison pour subvenir aux besoins de sa famille. Par contre, la mère s'occupe de la gestion du ménage. Elle s'investit pour le bien-être de ses fils, et veille à ce que les belles-filles fassent efficacement le travail domestique. Le fils est obligé de respecter et d'obéir à ses parents au nom de la piété filiale, et de travailler pour le bien-être de famille. Contrairement à la place du fils, celle de la fille est inférieure (alors que celle-ci est plus favorisée que la place de belle-fille (femme de son frère). À l'approche de l'âge du mariage, le statut de la fille devient élevé car le mariage permet à la famille d'obtenir un certain gain de la part de la famille de l'homme. Mais après le mariage, elle n'est plus considérée comme membre de sa propre famille. Concernant le rôle des femmes, un extrait inscrit dans un manuel scolaire des années 1960 en Corée, affirme que la société demande aux femmes le sacrifice de se développer non pas pour

²⁴⁰ *Idem.*

²⁴¹ C. Beccaria. 1794. *De l'Esprit de famille, des délits et des peines*, J. XXV, Paris, Chez Martin et Veuve Gauthier, p.79.

²⁴² G. Rocher, 1972. *op.cit.* p.47.

²⁴³ E. W. Burgess and H. J. Locke. 1960. *The Family. From institution to companionship*, 2ème édition, New York, American book company, p.37-38.

soi-même, mais pour leurs hommes.

« L'amour et la sacrifice de l'épouse envers son époux est absolument indispensable pour que celui-ci puisse devenir un travailleur qui contribue au développement de la nation et de la société. On a bien entendu parler de l'Histoire selon laquelle les grands hommes ont toujours derrière eux leurs grandes femmes. [...] Les femmes doivent s'entraîner pour développer les vertus qui servent à aider leurs époux. [...] Trouvons les grandes mères et les grandes femmes, sur lesquelles efforçons-nous à prendre modèle. »²⁴⁴

La structure fondamentale impliquée dans le ménage de la société confucéenne comporte non seulement la relation verticale entre parents et enfant et la domination masculine, mais aussi la relation hiérarchique selon l'âge dans la fratrie. La relation entre frère aîné et frère cadet repose clairement sur l'autorité de l'aîné²⁴⁵. Celui-ci est désigné comme successeur légitime en cas d'incapacité physique du chef de famille²⁴⁶. La doctrine confucéenne souligne non seulement la piété filiale, mais aussi le respect dû aux frères aînés, tout cela pour atteindre la perfection²⁴⁷. Comme respecter les pères, le fait que les frères cadets respectent leurs frères aînés fait partie de la Voie.

« Pour enseigner au peuple l'amour des parents, rien n'est mieux que la Piété filiale. Pour enseigner au peuple les rites et l'obéissance, rien n'est mieux que les devoirs envers les frères aînés. [...] Rien de plus. Aussi, respecter les pères rend les fils joyeux. Respecter les frères aînés rend les cadets joyeux. »²⁴⁸

3. Statut et rôles des femmes

Les femmes sont souvent négligées comme sujets sociaux, agents d'organisation sociale, de changements historiques ou productrices de biens et de richesses. C. Attias-Donfut remarque la tendance de nombreuses études sur la mobilité sociale à se focaliser sur les positions des pères et des fils, ce qui fait que la position des femmes est normalement déterminée par celle de leurs époux ou pères, non pas par celle de leur statut propre²⁴⁹. Dans certains contes coréens transmis oralement, les anciens disaient souvent qu'« un fils est mieux que dix filles ». Cela implique que la position des femmes n'est pas favorisée dans la société coréenne.

Dans le cadre confucianiste, il y a deux concepts principaux qui désignent le statut des femmes : d'une part, trois voies des femmes (三從之道, *samjonzido*) selon lesquelles, tout au long de la vie,

²⁴⁴ K.-S. Kim, S.-M. Jang. 2001. « A Study on the Change of Korean Family in Textbooks » in Ha Y.-C. (dir.), *Changes in the Korean family*, Seoul, Seoul National University Press, p.63-130. p.75.

²⁴⁵ T. P. Rohlen. 1971. « Father-son dominance: Tikopia and China », In Francis L. K. Hsu (edit), *Kinship and culture*, Chicago, Aldine Publishing Company, p.150.

²⁴⁶ E. W. Burgess and H. J. Locke. 1960. *op.cit.* p.37.

²⁴⁷ Confucius. 2009 [?]. *op.cit.* §16.

²⁴⁸ *Ibid.* §12.

²⁴⁹ C. Attias-Donfut. 1988. *Sociologie des générations*, Vendôme, PUF, p.114-117.

elles doivent suivre d'abord leurs pères avant le mariage, leurs maris après le mariage, puis leurs fils après le décès de leurs maris. D'autre part, il y a « *chulgaoeinne* » qui signifie que la fille n'est plus considérée comme un membre de sa famille dès son départ de la maison, après son mariage. Elle est désormais perçue comme un membre de la famille de son mari, et la véritable vie de femme commence avec la famille de son conjoint. La tradition lui demande de témoigner le « *hyo* » envers ses beaux-parents prioritairement, et pas à l'égard de ses propres parents²⁵⁰. Le « *sizipsal-i* » est un terme qui désigne la vie de belle-fille sous l'autorité de la belle-famille. Il souligne la position inférieure de la belle-fille dans sa belle-famille. Malgré les transformations sociales, ce statut de belle-fille conserve la même place. En 2014, l'histoire d'une belle-fille a été publiée dans un magazine diffusé à l'hôpital en Corée, médiatisée sur internet et vivement critiquée par les internautes. Elle illustre la situation du statut de belle-fille, traitée sans aucun égard au sein de la belle-famille, surtout par la belle-mère.

« [...] je ressens mon cancer du sein comme si toutes mes forces s'étaient évaporées. J'ai passé quelques jours dans un état de choc. Avant d'aller à l'hôpital, j'ai téléphoné à ma belle-mère pour la tenir au courant de ma situation. « Allô, [...] le médecin m'a annoncée que j'ai un cancer du sein. Je vais à l'hôpital maintenant pour être opérée. » Dès que j'ai terminé mon annonce et alors que j'avais des larmes dans la voix, elle m'a répondu « Alors, qui va faire les repas pour mon fils ? » »²⁵¹

En 2017, un homme coréen, âgé de trentaine d'années, a tourné un film documentaire, intitulé « la belle-fille de catégorie B » autour du sujet de la relation de sa propre mère avec son épouse en cohabitation. Au début du mariage, la mère était gentille avec sa belle-fille, puis son autorité s'est manifestée de plus en plus fortement, se mêlant trop des affaires du ménage. L'homme (réalisateur), ne savait plus où se mettre entre les deux femmes, se trouvait dans une position équivoque. Le film présente une déclaration assez frappante de la tante : « La belle-fille n'est pas une invitée, mais elle a le statut le plus bas. Elle est servante à la maison ». Dans l'ouvrage « *Histoire de la famille* » sur la famille chinoise dans les années 1850-1950, M. Cartier relève : « la jeune bru n'est plus qu'une servante ²⁵² ». On peut remarquer ici que les représentations des belles-filles « martyres » ou « opprimées » n'ont pas beaucoup changé²⁵³.

Plusieurs études occidentales soulignent l'importance de mettre une bonne distance entre belle-

²⁵⁰ I. G. Lee. 2003. « Life of the elderly with family presented in folktales », *The Academy of Korean studies*, vol.17, p. 417.

²⁵¹ Dailymedipharm. 2012. [Nouveau] Pink Himalaya, le 6 Novembre.
<http://www.dailymedipharm.com/news/articleView.html?idxno=6567>

²⁵² M. Cartier. 1986. « La longue marche de la famille chinoise », In Burguière A., Klapisch-Zuber C., Segalen M. et Zonabend F. (dir.), *Histoire de la famille*, tome 2, Paris, Armand Colin, p.219.

²⁵³ D. M. Merrill. 2007. *Mothers-in-law and daughters-in-law*, Westport, Praeger, p.145.

filles et belles-mères. F. de Singly déclare que la distance entre belle-fille et belle-mère doit être équivalente à celle existant entre gendre et belle-mère, en manifestant leur bonne volonté réciproque²⁵⁴. Et C. Lemarchant décrit l'histoire d'un couple français, qui négocie des échanges de cadeaux ou de visites (fréquence, occurrences, organisation) à Noël avec les parents et les beaux-parents²⁵⁵. Cela signifie que dans les sociétés occidentales, aucune norme sociale ne régit les règles de la relation des deux côtés²⁵⁶, et la relation entre les deux femmes peut être réciproque et équilibrée. Au contraire dans la société coréenne, à l'occasion de toutes les fêtes traditionnelles telles que le Nouvel an lunaire ou *Chuseok* (la moisson), dans la plupart des cas, les femmes mariées rendent visite d'abord à leurs beaux-parents avec leurs conjoints, puis elles ne vont chez leurs propres parents que le soir ou le lendemain. Elles vont même avant le jour de fête chez les beaux-parents pour préparer les copieux repas, ensuite elles se reposent chez leurs parents après avoir « travaillé » chez leurs beaux-parents.

C'est intéressant de souligner que les belles-filles doivent être au service non seulement de leurs maris et de leurs beaux-parents, mais aussi de leurs belles-sœurs, surtout les sœurs célibataires de leurs maris. Ces dernières ne sont pas obligées de faire le ménage s'il y a au moins une belle-fille, car elles sont considérées comme des invitées qui sont sur le point de se marier²⁵⁷. Par exemple même si une bru a une belle-sœur plus jeune qu'elle, elle doit l'appeler en principe « Mademoiselle » et la vouvoyer. La position de belle-fille est inférieure à celle de sa belle-sœur, même plus jeune qu'elle. On peut prendre en exemple un épisode, recueilli sur internet, dans lequel la parole d'une belle-mère et son comportement ne s'accordent pas :

Belle-fille (BF): *Omoni*²⁵⁸, Mademoiselle est-elle venue ?

Belle-mère (BM) : Oui, elle est en vacances. Je souhaite la nourrir de poisson parce qu'elle l'aime.

BF : Bien entendu, je m'en occuperai.

BM : ça tombe bien. Comme tu cuisines des poissons, fais de la soupe de poisson aussi en même temps. J'ai l'impression qu'elle est fatiguée à cause de son travail.

BF : ça va un peu retarder si je le fais en rentrant du travail, cela ne vous dérange pas ?

BM : Ne peux-tu pas avoir un congé d'une journée ? Enfin, quand même tu es digne de confiance. Tu es ma belle-fille comme ma propre fille²⁵⁹.

²⁵⁴ M. Segalen. 2010 [1981]. *op.cit.* p.125.

²⁵⁵ C. Lemarchant. 1999. *Belles-filles. Avec les beaux-parents trouver la bonne distance*. Rennes, PUR, p.41-47.

²⁵⁶ P. Cotterill. 1994. *Friendly Relations? Mothers and Their Daughters-in-law*, London, Taylor and Francis ; D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.129.

²⁵⁷ A. B. Milam. 1930. *A Study of the Student Homes of China*, New York, Teachers college, Columbia University, p.7.

²⁵⁸ Les Femmes coréennes indiquent « belle-mère » quand elles en parlent à d'autres personnes ou à l'écrit alors que quand elles s'adressent directement à leurs belles-mères, elles les appellent « *Omoni* » (mère) ou « *Omonime* » (Madame mère).

²⁵⁹ <https://m.post.naver.com/viewer/postView.nhn?volumeNo=10444104&memberNo=15460571>

La belle-mère ne fait pas travailler sa fille, alors qu'elle le demande à sa belle-fille, tout en l'aisant « ma belle-fille comme ma propre fille ». D'après D. M. Merrill, deux femmes peuvent se considérer comme d'une même famille, mais sans bénéficier de l'amour inconditionnel et de la garantie d'une relation à vie²⁶⁰. Pendant les jours de fêtes traditionnelles, si les deux femmes se retrouvent dans la même maison, les belles-filles sont toujours debout pour effectuer les tâches nécessaires et être prêtes à se mettre au service des autres membres, alors que leurs belles-sœurs, qu'elles soient mariées ou pas, sont assises pour se reposer. C'est la raison pour laquelle on appelle « syndrome des fêtes traditionnelles » la fatigue des belles-filles. À l'approche des fêtes, les médias parlent de ce syndrome, et après les fêtes ils publient des articles sur les récits des belles-filles vécus pendant les fêtes. Citons-en quelques-uns :

« Ce sont les fêtes traditionnelles pendant lesquelles je me sens la plus discriminée des femmes au sein de la société. [...] Si on compare avec la classe sociale, je fais partie de la plus défavorisée. Même si les beaux-parents sont gentils, on impose à la belle-fille le rôle approprié. Chez mes beaux-parents est présumé le fait que l'homme est l'homme et la femme est la femme. Chez mes parents il n'y a aucune attente à l'égard de mon mari, parce que depuis le début il n'a pas de rôle attendu ou de devoir à remplir. Mais moi, je ne peux partir chez mes parents que sous l'autorité des beaux-parents, de surcroît, je dois penser à les remercier s'ils ne me font pas faire la vaisselle. Je devrais sans cesse sentir, pendant toute la durée des fêtes traditionnelles, la différence du rang social entre moi et mon mari, ce que je n'ai pas besoin de ressentir lorsque nous sommes seulement nous deux. [...] On trouve évident d'aller d'abord chez les beaux-parents mais on est mal à l'aise si on fait le contraire. On entend souvent dire qu'il y a même des femmes qui font exprès de se faire mettre le bras dans le plâtre ou qui vont au travail. [...] Après le mariage, les obligations et le sentiment de fardeau ne s'imposent manifestement qu'aux femmes. [...] »

- Extraits dans *Oh my news*, « Le jour où je me sens le plus discriminée en tant que femme », le 01 Oct. 2017²⁶¹)

Cet extrait illustre à quel point la société coréenne met toujours l'accent sur l'idéologie patrilinéaire et combien l'obligation et le dévouement à la famille de son mari s'imposent à la belle-fille. D'ailleurs, il en va de même sans exception pour la prise en charge des parents âgés. L'étude de K. Han et S. Yoon montre, concernant le niveau de soutien apporté à leurs deux familles (d'épouse et d'époux) par le couple d'enfants adultes, que les femmes coréennes soutiennent à taux presque égal leurs parents et leurs beaux-parents, tandis que les hommes coréens soutiennent presque uniquement leurs propres parents²⁶². Cela signifie qu'une double charge s'impose aux femmes coréennes. Un proverbe chinois le justifie : « un gendre doit

²⁶⁰ D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.151.

²⁶¹ http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002361622

²⁶² G.-H. Han et S.-E. Yoon. 2002. « Prevalence and Characteristics of Informal Caregiving in Korea », *Journal of Korean Home Management Association*, vol.20, no.1, p.65-72.

accomplir la moitié du devoir d'un fils, alors qu'une belle-fille doit être deux fois plus présente qu'une fille »²⁶³. Plusieurs études ont remarqué que les femmes coréennes assument les tâches instrumentales pour leurs beaux-parents, tandis qu'elles reçoivent les ressources émotionnelles de leurs propres parents²⁶⁴. D'ailleurs, du fait que les parents de la bru ne sont pas privilégiés, leur cohabitation avec eux n'est pas bien acceptée par la belle-famille, et la bru doit alors supporter le mécontentement de cette dernière. Cela semble vérifié lorsque les parents de la bru ont besoin de soins. Mme Jong dont la belle-mère habite séparément mais à proximité, a commencé à cohabiter avec sa propre mère quand elle a été atteinte de la maladie d'Alzheimer. Pourtant, elle avait déjà vécu sous le même toit que sa belle-mère pendant trente ans depuis son mariage, mais cette dernière avait quitté son couple volontairement pour vivre séparément (car il y avait un conflit). Malgré son dévouement à sa belle-mère pendant trente ans, Mme Jong montre le double aspect de sa légitimité et de sa culpabilité, concernant la cohabitation avec sa propre mère.

« La femme est mal à l'aise vis à vis de sa belle-famille quand son couple vit avec la mère de l'épouse. Les membres de la belle-famille n'en parlent pas devant moi parce que j'ai vécu avec ma belle-mère pendant ce temps-là. Elle nous a quittés volontairement... Je n'ai pas fait d'erreur avec elle, j'ai fait tout ce que je pouvais, à tel point que j'aurais même fait semblant de mourir si elle me demandait de mourir. » Mme Jong (aidante principale fille)

4. Code civil qui a légitimé la famille patriarcale et la discrimination des filles

Les inégalités sociales désignent les traitements différents qui peuvent favoriser certaine classe sociale, groupe ou individu par rapport à d'autres, en considérant qu'il (ou elle) possède ce qui est bon, et qui établissent donc des hiérarchies sociales²⁶⁵. L'inégalité est un concept relatif. Non seulement les individus ne possèdent pas de la même façon les moyens qui portent des valeurs sociales, mais de plus l'inégalité n'a de signification qu'en cas de relation inégale avec d'autres personnes, groupes ou statuts²⁶⁶. Si la coutume permet de tolérer plus ou moins bien le système patriarcal malgré l'inégalité selon le sexe et le rang, la loi de la famille peut jouer le rôle déterminé qui le légitime. En fait, la législation coréenne est révélatrice de la raison pour laquelle les caractéristiques patriarcales de la famille coréenne se manifestent fortement jusque dans la société moderne. En Corée du Sud, on appelle loi de la famille un ensemble de lois sur

²⁶³ E. W. Burgess and H. J. Locke. 1960. *op.cit.* p.38-39.

²⁶⁴ J.-K. Lee. 1999. « Modern Transformation of Korean Family: Feminist Analysis », *Journal of Korean women's studies*, vol.15, no.2, p.55-86. ; G.-H. Han et S.-E. Yoon. 2002. *op.cit.*

²⁶⁵ L. Kriesberg. 1979. *Social inequality*, Prentice Hall Inc., p.4; Blog « La Toupie » : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Inegalite.htm>

²⁶⁶ Y.-C. Lee. 2001. *op.cit.* p.273.

les parents et la succession familiale inscrit dans le Code civil mis en vigueur en 1960 par le gouvernement de la République de Corée établi en 1948. En fait, pendant les périodes précédant la promulgation du Code civil, c'est-à-dire à partir de la dernière époque du royaume de Joseon (1638-1897) et jusqu'à la colonisation japonaise (1910-1945), les sociétés appliquaient de nombreux systèmes patriarcaux, au détriment du statut des femmes selon les droits coutumiers de la dynastie Joseon et les lois établies par l'autorité japonaise.

À l'époque de Joseon, qui a fait ressortir le patrilignage, le lien du sang concernait strictement le côté paternel. Le statut et le droit du père se transmettaient à son fils (aîné en priorité), le pouvoir se concentrait sur le père auquel les enfants devaient être soumis. Les femmes, dès leur mariage, devenaient les membres de leur belle-famille, elles devaient être soumises à leurs maris et se concentrer sur les tâches domestiques. Pour les hommes, avoir plusieurs maîtresses était toléré, tandis que l'on exigeait des femmes de rester chastes et fidèles pendant la vie conjugale. De surcroît on leur interdisait le remariage en cas de divorce ou veuvage. Sept conditions appelées « sept mauvais comportements des femmes » permettaient aux hommes d'« abandonner » leurs femmes : quand elles n'avaient pas de fils ; quand elles n'étaient pas soumises à leurs beaux-parents ; quand elles étaient jalouses ; quand elles étaient débauchées ; quand elles bavardaient ; quand elles avaient une maladie ; quand elles volaient quelque chose. Pourtant dans les cas suivants, il était interdit aux hommes de quitter leurs femmes : quand elles avaient respecté pendant trois ans les rites d'hommage à leurs beaux-parents défunts ; quand elles n'avaient nulle part où retourner ; quand elles avaient contribué à ce que le couple devienne riche.

À l'époque de la colonisation japonaise, l'autorité a introduit quelques lois japonaises et les a appliquées en Corée. La culture japonaise comportait également la famille patriarcale, mais celle-ci était basée plutôt sur l'idéologie du régime impérial militaire. Le système de l'inégalité de genre avait une caractéristique encore plus autoritaire et plus verticale. Entre autres, il appliquait le principe de l'incapacité des femmes mariées. Cela signifie l'inaptitude des femmes à se comporter de façon indépendante de leurs maris. À l'époque de Joseon, ce point existait en tant que droit coutumier, alors que cela était désormais codifié. Quand le père était mort et que son enfant mineur voulait faire quelque chose, le droit maternel à cet égard devait être autorisé par la parenté paternelle, alors qu'il était autorisé à l'époque de Joseon²⁶⁷.

Attardons-nous sur la loi du livret de famille. Comme dans plusieurs pays, les familles

²⁶⁷ K.-W. Kang. 2001. « Change of Korean family through change and development in the law of family », *In* Ha Y.-C. *Change of Korean family*, Seoul, Seoul National University Press, p.228-230.

coréennes ont été gérées administrativement sous le système du livret de famille. Depuis le royaume de Gojoseon (le premier pays de l'Histoire de Corée) (? – av. J.C. 108) jusqu'à l'époque de Joseon, ce livret a été utilisé simplement pour recenser la population et les ménages ainsi que leurs membres afin de prescrire des devoirs comme l'impôt, le service militaire ou la conscription. Pour classer le type et la quantité des devoirs adaptés au statut social, il était nécessaire de noter la classe sociale et la relation de parenté (même jusqu'aux ascendants, sur cinq générations à l'époque de *Koryeo*, et quatre à l'époque de *Joseon*) inscrits dans un même livret. Un membre était désigné comme représentant de ce ménage et responsable des devoirs : en principe, l'époux, mais en cas de mort, c'était son épouse qui prenait le relais, puis son enfant²⁶⁸.

Depuis l'intervention japonaise sur le territoire de la Corée, le rôle de ce livret de famille a changé, et cela a renforcé le caractère patriarcal de la famille. Le concept de « chef de famille » a remplacé celui de « représentant de la famille » dans le livret de famille. Ce système a été confirmé lors de la promulgation du Code civil de la République de Corée, même après l'indépendance vis-à-vis du Japon en 1945. Avant la mise en place du Code civil, malgré l'opposition des manifestants qui jugeaient ce système obsolète et porteur d'inégalités entre les sexes, les membres du parti au pouvoir, majoritairement composés de conservateurs, ne voulaient pas le changer. Cependant suite aux manifestations nationales, surtout organisées par des militantes féminines, ce système a été finalement supprimé en 2007. Mais son impact sur la vie des Coréens après une centaine d'années fut si important que le caractère de la famille patriarcale n'a pas encore tout à fait disparu, jusqu'à aujourd'hui. Malgré sa suppression, il nous paraît nécessaire d'aborder le contenu essentiel de cet ancien système²⁶⁹.

Le chef de famille est la personne qui représente les membres d'un même foyer et le statut de « chef » est encadré législativement avec le bénéfice d'avantages autoritaires. La loi lui octroie droits et devoirs : le droit du choix du lieu de vie ; le droit d'inscrire dans son livret de famille son lien direct avec ascendants et descendants mais aussi avec ses frères et sœurs ; le droit d'inscrire l'enfant de son épouse né hors de la relation conjugale ; le droit accordé à un de ses membres de vivre à part ; le droit et le devoir du tuteur de sa famille ; les droits divers lors de réunions familiales ; le devoir de la prise en charge de sa famille et le droit d'être pris en charge par sa famille ; le privilège de l'héritage (le bénéfice de 50 % de l'héritage en plus des autres). Tous les droits et devoirs étaient considérés comme nécessaires au chef de famille en tant que

²⁶⁸ Korean Women's Deelopment Institute, <https://www.kwdi.re.kr/publications/journalView.do?p=46&idx=116327>

²⁶⁹ *Ibid.*

responsable de sa famille²⁷⁰. Lors du décès du chef de famille, la règle, qui désigne le chef de famille suivant, se centre sur l'homme dans cet ordre : fils (aîné)→petit-fils→fille célibataire→petite-fille→épouse→mère→belle-fille. Cet ordre qui privilège le fils valorise le garçon au détriment de la fille, selon l'idée que le fils peut seul faire perpétuer la *ga*.

Cela a naturellement donné lieu à une tendance préférentielle des parents pour le fils, et à la domination masculine dans la société coréenne. Lors du mariage, un livret de famille est créé, dans lequel l'époux devient chef de famille, l'épouse y figure, et aussi leur enfant qui recevra le nom du père²⁷¹ et sa « maison ». En cas de divorce, l'enfant appartient toujours à son père dans ce livret, même s'il vit avec sa mère. La femme est privée du droit maternel. En cas de remariage, le changement de nom de famille pour prendre le nom du beau-père n'est pas autorisé, si bien que l'enfant est souvent stigmatisé²⁷². D'ailleurs, la femme ne peut se remarier que 6 mois après le divorce, du fait d'une possibilité de confusion de l'identité du père en cas de grossesse. L'homme peut inscrire son enfant né hors mariage dans son livret de famille sans l'accord de son épouse, alors que celle-ci doit obtenir l'autorisation de son époux et de sa belle-famille dans le même cas. De ce fait, de nombreux cas problématiques ont été diffusés. Entre autres, une femme divorcée a élevé son enfant, et quelques années plus tard elle a demandé, dans un bureau administratif, une copie du livret de famille de son enfant. Son chef de famille avait inscrit un fils de son ex-mari dont elle ne connaissait même pas l'existence²⁷³. Ailleurs, un garçon de trois ans est devenu le chef de famille dans une famille composée de sa grand-mère de plus de 60 ans et de sa mère, qui était pourtant le réel chef de famille²⁷⁴. Suite à ces problèmes et aux manifestations d'opposants, la loi de famille a été plusieurs fois révisée en 1962, 1977, 1990 et 2005. Après le jugement du conseil constitutionnel en 2005, selon lequel le système du chef de famille ne s'accorde pas à la Constitution en terme d'égalité entre les sexes et de dignité humaine, le système du chef de famille a été supprimé et remplacé depuis 2008 par le système du livret de famille sans concept de chef de famille (décret n°7427 du 31 mars 2005).

On peut retrouver une trace de la discrimination selon le rang et le sexe dans la loi de succession. Même si l'autorité japonaise est intervenue sur le livret de famille, elle a laissé perdurer des droits coutumiers coréens sur la succession quand le fils aîné succédait au droit du chef de famille, il recevait tout l'héritage. Les frères cadets n'avaient que le droit d'en demander une

²⁷⁰ K.-W. Kang. 2001. *op.cit.* p.232.

²⁷¹ En Corée, la femme ne prend pas le nom de son époux lors du mariage et garde son propre nom.

²⁷² M.-S. Kim *et al.* 2002. *op.cit.* p.344-346.

²⁷³ National Archives of Korea, <http://theme.archives.go.kr/next/koreaOfRecord/abolishPatri.do>

²⁷⁴ M.-S. Kim *et al.*. 2002. *op.cit.* p.346.

partie. La fille n'avait aucun droit. Si le fils aîné mourait, s'il avait un fils aîné, deux filles et trois beaux-enfants, le fils aîné recevait tout l'héritage. Au cas où il avait seulement deux filles sans fils, l'héritage était partagé entre les deux filles, alors que son épouse n'avait aucun droit. L'héritage de la mère était attribué à son fils. La loi de succession dans le Code civil, mise en vigueur en 1960, a commencé à appliquer le principe de la succession collective de la famille. Pourtant, le chef de famille pouvait prendre en avance la moitié de l'héritage. Pour les filles, la fille célibataire pouvait recevoir la moitié de la part de ses frères, et pour la fille mariée le quart. À travers plusieurs révisions, depuis 1990, la part supplémentaire pour le chef de famille succédant a été supprimé, ce qui fait que tous les fils et filles (y compris la fille mariée) ont reçu, chacun et chacune, la même part. Et suite à la création de la prise en compte de sa contribution, l'épouse reçoit désormais en avance la moitié de l'héritage, puis reçoit sa part en plus après avoir partagé avec ses enfants²⁷⁵.

C. Modernisation accompagnée du familialisme

La modernisation coréenne fut un processus dynamique qui eut lieu sur une courte durée, de telle sorte qu'on peut parler d'une modernité « comprimée ». Pourtant, malgré le haut degré de mobilité sociale qui correspond aux sociétés développées, le degré d'ouverture sociale a été limité par l'autorité politique – le régime dictatorial – et l'autorité sociale – la famille nucléaire patriarcale. Contrairement à l'individualisation libertaire de la modernisation occidentale, l'individualisation coréenne peut donc être caractérisée de collectiviste²⁷⁶.

1. Individualisation sans individualisme

L'individualisme est une valeur occidentale qui résulte de deux modernités, la première à partir du milieu de XIX^{ème} siècle jusqu'aux années 1960, et la seconde (ou la modernité avancée) des années 1960 jusqu'à aujourd'hui. En passant par ces deux cycles, l'individu, gouverné par la raison en première période, est devenu, en seconde période, un être qui cherche à gagner de l'indépendance, en revendiquant son originalité ainsi que son authenticité. Il s'agit de la transformation de l'individualisme abstrait en individualisme concret²⁷⁷. L'individualisation est un « processus pour devenir un être individuel » (*process of becoming individual*), ce qui permet aux individus de choisir leurs propres vies²⁷⁸. Toutefois, cela ne veut pas dire que les individus

²⁷⁵ Site du Code civil de la République de Corée : www.law.go.kr

²⁷⁶ C.-S. Hong. 2012. « Compressed Individualization and 'gender' category in 1990s Korea », *Korean Journal of Women and History*, no.17, p.2.

²⁷⁷ F. de Singly. 2005. *L'individualisme est un humanisme*, Éditions de l'Aube, p.73-74.

²⁷⁸ Préface de Scott Lash In U. Beck, E. Beck-Gernsheim. 2002. *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, vol. 13, London, Sage.

agissent à leur guise hors des lois. Pour U. Beck, le processus de l'individualisation est le produit de la réflexivité²⁷⁹. Parallèlement, A. Giddens propose le concept de la modernisation réflexive, comme étant une aptitude de l'individu à envisager son action, à la continuer et à contrôler le flot de sa vie sociale²⁸⁰. Selon D. Martuccelli, la réflexivité a un double sens : « D'une part, elle est un produit culturel, induit par l'expansion de la modernité elle-même. D'autre part, elle est une pratique à visée extérieure, et non pas tournée vers l'intériorité, une attitude qui accompagne notre action, la commente et devient parfois, à terme, une forme d'action en tant que telle, à distance de toute action »²⁸¹. L'individualisation ne peut ni procéder en dehors de la société à laquelle l'individu appartient, ni s'orienter vers ce qui s'écarte des normes sociales.

Le point de vue vis à vis de l'individualisation²⁸² est indissociable d'une représentation normative portant sur le contexte social, la culture et l'histoire²⁸³. La modernisation ne s'oriente pas dans un sens unique, autrement dit il peut y avoir de multiples modernités²⁸⁴. L'individualisation, en Asie de l'Est, diffère considérablement des caractéristiques libertaires de l'individualisation dans la société occidentale²⁸⁵, du fait du processus différent de modernisation ainsi que de l'influence de la culture confucéenne²⁸⁶. En Corée, le processus de modernité peut être résumé par la « modernité comprimée ». Ce concept, proposé par K.-S. Chang, est défini comme la situation sociale dans laquelle le changement politique, économique et socio-culturel procède de façon comprimée dans les dimensions spatio-temporelles. Dans cette situation, diverses composantes de civilisations multiples qui ont existé dans des espaces et/ou des lieux différents coexistent dans un certain espace-temps délimité, construisent et reconstruisent les

²⁷⁹ U. Beck. 2001 [1986]. *op.cit.* p.337.

²⁸⁰ A. Giddens. 1991. *Modernity and Self-Identity : Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Press.

²⁸¹ D. Martuccelli. 2002. *op.cit.* p.510.

²⁸² Notre étude emprunte à U. Beck (2001 [1986], *op.cit.* p.337) la notion d'individualisation qui est définie comme « le produit de la réflexivité dans laquelle le processus de modernisation garanti par l'État-providence *détraditionnalise* les formes d'existences propres à la société industrielle. Concernant la modernité, elle porte sur « la logique politique de la citoyenneté et la logique du marché. Elles ont pour caractéristiques de donner une place plus grande à l'individu. » F. de Singly. 2005. « Famille, première et deuxième modernité », *Conférences La Famille aujourd'hui*, le 4 janvier 2005.

https://www.canalu.tv/video/universite_de_tous_les_savoirs/famille_premiere_et_deuxieme_modernite.1422

²⁸³ D. Martuccelli et F. De Singly. 2018 [2009]. *L'individu et ses sociologies*, Malakoff, Armand Colin, p.43.

²⁸⁴ U. Beck et E. Grande. 2010. « Varieties of second modernity: the cosmopolitan turn in social and political theory and research », *The British Journal of Sociology*, vol.61, no.3, p.414.

²⁸⁵ Malgré tout, on ne peut pas négliger qu'E. Durkheim souligne le rôle important de la famille pour protéger l'individu dans la société moderne occidentale. Dans son ouvrage *Suicide*, il parle de « l'individualisme familial ». Par exemple, les gens mariés se suicident moins que les célibataires. E. Durkheim.

²⁸⁶ Y.-H. Shim, S.-J. Han. 2013, « Individualization and Community Networks in East Asia: How to deal with global difference in social science theories? », In Kuhn M. and Yazawa S. (Ed.), *Theories about and Strategies against Hegemonic Social Sciences*, Tokyo, Center for Glocal Studies Seijo University, p.199.

systèmes sociaux flexibles et complexes²⁸⁷.

La modernité comprimée résulte de l'interaction de cinq dimensions spécifiques constituées par deux axes, temps / espace et condensation / compression²⁸⁸.

Figure 1. Cinq dimensions de la modernité comprimée

	Temps (époque)	Espace (lieu)
Condensation (abréviation)	[I]	[II]
Compression (complexe)	[III]	[IV]

[V]

Source: K.-S. Chang. 2010a. *op.cit.* p.6.

Si nous regardons la figure ci-dessus, concernant la dimension [I], la Corée du Sud est rapidement passée d'une société agricole pauvre à la croissance économique de l'industrialisation capitaliste en quelques décennies seulement. La dimension [II] démontre que la domination du pays par des forces extérieures (Japon et États-Unis) et les efforts, que les Coréens ont fait pour introduire ou reproduire divers éléments de la civilisation occidentale, ont radicalement remodelé la configuration spatiale du pays. Pour la dimension [III], il s'agit des conséquences de la coexistence compliquée entre la tradition et la modernité à l'égard des idéologies, cultures et autres domaines immatériels dans un contexte socio-historique comprimé du pays. Cela explique que les changements sociaux ne peuvent pas éradiquer la culture traditionnelle. La dimension [IV] concerne les cas où divers éléments sociaux, générés par différents contextes régionaux (étrangers, multinationaux, mondiaux), coexistent avec les éléments indigènes dans un contexte socio-historique compact. La quête de modernité émane de la compression spatiale de civilisations différentes, qui refusent de renoncer à la tradition. De ce fait, la dimension [V] survient lorsque les éléments culturels et sociaux générés dans les quatre dimensions mentionnées sont mis en concurrence intense, produisant collision, disjonction, articulation et composition entre eux, engendrant encore plus de phénomènes sociaux ou d'éléments culturels. Leur quête de modernité est chroniquement affectée par la compression

²⁸⁷ K.-S. Chang. 2010a. *op.cit.* p.5-8.

²⁸⁸ Le temps comprend à la fois le temps physique (moment, séquence et quantité de temps) et le temps historique (époque et phase). L'espace implique l'espace physique (lieu, zone) et l'espace culturel (lieu et région). La condensation signifie que le processus physique nécessaire pour le changement entre deux points temporels ou entre deux espaces se fait de façon abrégée. La compression est le phénomène où diverses composantes de civilisations multiples qui ont existé dans des zones et/ou des lieux différents coexistent dans un certain espace-temps délimité et s'influencent et se changent mutuellement. (*ibid.* p.6)

spatiale de civilisations différentes. Ainsi, la modernité comprimée est un processus de changements sociaux qui se caractérise par le « système non systématique »²⁸⁹. Cinq dimensions de la modernité comprimée expliquent que le familialisme fait toujours l'effet à l'instar de la modernisation coréenne.

L'individualisation coréenne s'est nettement manifestée depuis les années 1990, quand l'ordre néolibéral a commencé à dominer le marché²⁹⁰. La première modernité a été complétée entre les années 1960 et 1980 en réalisant la démocratie politique et la croissance économique par l'industrialisation capitaliste, ce qui a diversifié les classes sociales. À la fin des années 1980, la famille nucléaire s'est présentée comme la forme de famille de la classe ouvrière, et celle-ci a connu une ascension sociale vers la classe moyenne. Aussitôt pourtant, la crise du FMI survenant à la fin de 1997, les dispositifs du néolibéralisme mondiaux, que l'État coréen était contraint de suivre sous la pression du FMI, ont radicalement entraîné la société coréenne vers la modernité avancée²⁹¹. Parallèlement, l'individualisation due à la modernité avancée s'est radicalement imposée, en ne donnant pas le temps de profiter de celle due à la première modernité. Ainsi, en prenant la crise du FMI comme point de repère, le mode de vie coréen ainsi que les structures familiales ont connu une grande transformation²⁹². Y.-H. Shim et S.-J. Han considèrent que l'individualisation s'incarne dans la « désorganisation de la famille » et les « divers types de famille » en Corée²⁹³. La première, considérée au travers des problèmes familiaux apparus suite au déclin de la tradition, consiste en la hausse du taux de divorce, le manque de communication, la baisse du taux de fécondité, la baisse du taux de mariages, ainsi que la hausse du nombre de célibataires. La deuxième concerne le changement du type de famille, qui s'est adapté au changement de structure sociale, tel que la diminution du nombre de membres de la famille et la hausse de divers types de ménage (la hausse des ménages composés d'une personne ainsi que ceux sans lien consanguin).

Si la modernisation a certes développé l'individualisation, de nombreuses études remettent en cause cette thèse, en soulignant que les Coréens n'ont réalisé l'individualisation qu'en apparence. Selon K.-S. Chang et M.-Y. Song, l'individu dans la société coréenne est l'« individualiseur coincé » (*stranded individualizer*), contraint à être inévitablement catégorisé comme individu par la modernisation comprimée, plutôt qu'individu résultant de la modernisation naturelle,

²⁸⁹ K.-S. Chang, 2010a. *op.cit.* p.7.

²⁹⁰ C.-S. Hong, 2012. *op.cit.*

²⁹¹ *Ibid.* p.2-3.

²⁹² K.-S. Chang, 2010a. *op.cit.*

²⁹³ Y.-H. Shim, S.-J. Han, 2013, *op.cit.* p.205.

arrivée étape par étape comme dans la société occidentale²⁹⁴. De ce point de vue, K. S. Chang souligne que la « modernité comprimée » a généré en Corée une sorte d'« individualisation sans individualisme »²⁹⁵. Pour C.-S. Hong, c'est l'« individualisation comprimée » qui signifie une occidentalisation apparente, alors que la conscience fondamentale n'a pas changé²⁹⁶. Pour S. M. Lee, les Coréens se situent actuellement entre familialisme et individualisation²⁹⁷, et Y. H. Shim et S. J. Han proposent la notion d'« individualisation centrée sur la famille »²⁹⁸. Pour S. J. Han, il s'agit de l'« individualisation des réseaux post-conventionnels »²⁹⁹. Cela signifie que l'individu brise l'autorité, le tabou, les coutumes, mais réactive en même temps les réseaux flexibles dans un mode de vie partagé. C'est « à la fois l'individualisation comme transformation structurelle et le renforcement des réseaux, y compris la solidarité familiale de manière innovante »³⁰⁰. En ce sens, K.-S. Chang a proposé le « libéralisme familial », ce qui s'oppose au « libéralisme individuel » de la société occidentale³⁰¹. J.-H. Déchaux a proposé le concept d'« individualisme familial », mais cela s'oppose à tous ces concepts coréens mentionnés ci-dessus. Contrairement à l'individualisation coréenne, son concept repose sur la vie collective, tout en devenant plus autonome en se rassurant comme un « état social » proposé par A. de Tocqueville³⁰².

2. Déploiement du familialisme dans la modernisation

2.1. Familialisme contribuant à l'industrialisation coréenne

Après la division du 38° parallèle entre le Sud et le Nord lors de la fin de la Seconde Guerre Mondiale, l'État de la République de Corée (la Corée du Sud) fut fondé en 1948. La Corée du Sud n'eut plus rien de ce qui permettait aux citoyens de vivre du fait de la colonisation japonaise entre 1910-1945, et la guerre civile qui s'ensuivit entre 1950-1953, donna lieu à une dévastation sociale. Le pays était donc forcé de dépendre d'aides internationales, telles que celle de l'ONU,

²⁹⁴ K.-S. Chang and M.-Y. Song. 2010. « The stranded individualizer under compressed modernity : South Korea women in individualization without individualism », *British Journal of Sociology*, vol.61, no.3, p.539-564.

²⁹⁵ *Ibid.*

²⁹⁶ C.-S. Hong. 2012. *op.cit.*

²⁹⁷ S. M. Lee. 2014. « Korean Families Between Familism and Individualization: Focused on the Difference of Familism and Gender of the Latent Structure of Intergenerational Relations », *Family Leisure and Gender Inequality*, vol.26, no.3, p.1-36.

²⁹⁸ Y.-H. Shim and S.-J. Han. 2010. « Family-Oriented Individualization” and Second Modernity: An Analysis of Transnational Marriages in Korea », *Soziale Welt*, vol.61, no.3/4, p.237-255.

²⁹⁹ S. J. Han. 2007. « The Formation and Differentiation of Postconventional Generations in Korea: A Search for the Agency of Social Change », *Theory and Society*, no.11, p.4-48.

³⁰⁰ Y.-H. Shim et S.-J. Han. 2013, *op.cit.* p.207.

³⁰¹ K.-S. Chang. 2018. « Familial liberalism, risk-family and risk-population – Korean dilemma in the 21th century », *Orbis Sapientiae*, no.24, p.40-52.

³⁰² J.-H. Déchaux. 2009. *Sociologie de la famille*, Paris, Éditions La Découverte, p.115.

dont les États-Unis étaient l'un des principaux acteurs³⁰³. Le premier président de la République de Corée, Rhee Seungman, resta au pouvoir douze ans, une période durant laquelle il mit en place une dictature, en cherchant à éradiquer toute trace de l'idéologie communiste du nord. Un an après sa démission, suite à la Révolution du 19 avril en 1960, le général Park Chung-hee prit le pouvoir par le coup d'État de l'armée de 16 mai 1961. Il fonda la légitimité de son pouvoir sur la promesse du développement économique du pays.

En 1959, le recensement de la population comptait 24 millions de personnes. Le taux d'actifs n'atteignait que 30 % dont 63 % travaillaient dans l'agriculture ou la pêche ; 8,7 % à la mine ou la fabrique ; 2,5 % à la construction ; 28,3 % au secteur du service public ou privé. Ces chiffres indiquent que 2 Coréens sur 3 et leurs familles étaient agriculteurs³⁰⁴. Le PIB par habitant était de 81 dollars, un niveau équivalent aux pays en développement³⁰⁵, tandis qu'il était de 1,000 dollars dans les pays européens développés et de 2,000 dollars aux États-Unis³⁰⁶. C'est dans ce contexte que le président Park Chung-hee a mis en oeuvre le « Plan national du développement économique » pour cinq ans en 1962 et l'a renouvelé jusqu'en 1996. Pour l'industrialisation, le rôle de la famille était crucial. Le développement de l'industrie a rapidement entraîné l'urbanisation : du fait de l'appauvrissement de la campagne, le phénomène d'exode rural s'est accéléré à partir de la seconde moitié des années 1960. Nous pouvons remarquer que trois fois plus de personnes ont participé à l'exode rural pendant la période de 1965 à 1970 qu'entre 1960 et 1965.

Tableau 2. Nombre de personnes de l'exode rural par période entre 1960-1980

Période	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980
Nombre	588 000	1 884 000	1 754 000	2 524 000

Source : Encyclopedia of Korean Culture³⁰⁷

Tableau 3. Evolution du PIB par habitant

	1955	1965	1975	1977	1985	1989	1995	2005	2007	2017
Montant (dollar)	65	105	602	1,034	2,309	5,418	11,432	17,531	21,695	27,633

Source : Banque nationale de Corée

Alors que généralement l'industrialisation tend à affaiblir le lien familial, il se produisit le

³⁰³ On pouvait plutôt dire que le voisin du nord fut mieux loti que celui-ci parce qu'il a pu développer l'industrie chimique lourde avec le soutien de l'URSS.

³⁰⁴ S.-M. Yoo, 2014, *My Modern History of Korea 1959-2014 for 55 years*, Paju, Dolbaegae, p.36.

³⁰⁵ L'Inde, le Pakistan, la Bangladesh, l'Uganda et encore le Togo

³⁰⁶ Aujourd'hui moins de 7 % dans l'agriculture, 16,5 % dans la mine et l'industrie, 7 % dans la construction, plus de 70 % dans le secteur de service.

³⁰⁷ http://encykorea.aks.ac.kr/Contents/Index?contents_id=E0043931

contraire au sein de la société coréenne. L'introduction de la valeur moderne qui renforce l'identité de citoyen n'a pas pu empêcher de privilégier la valeur de la famille pour l'individu³⁰⁸. Malgré la distance géographique entre parent âgé et enfant adulte, le lien familial a été renforcé. Cela a permis à l'État coréen de ne pas développer la protection sociale en comptant sur la solidarité intergénérationnelle. En fait, l'industrialisation se développa sans qu'aucun système de couverture sociale ne soit mis en place. Les individus exposés aux risques de l'industrialisation et les plus marginalisés furent confiés à la responsabilité de leurs familles. Malgré les revendications qui se faisaient entendre sur le besoin de couverture sociale, le gouvernement de Park Chung-hee put entretenir son régime autoritaire en renforçant le familialisme et en utilisant comme prétexte la politique de la distribution des richesses après la croissance par le développement économique, qui était pourtant employé pour la justification de son pouvoir³⁰⁹. D'ailleurs, en soulignant l'éthique du *hyo* et *choung* (fidélité) du confucianisme, l'État a indiqué que la fidélité et le sacrifice au pays correspondait au devoir moral de l'individu³¹⁰. De ce fait, l'absence de protection sociale entraîna les Coréens à considérer leurs familles comme le seul appui où trouver refuge³¹¹.

La stratégie économique de l'État coréen reposant sur la capitalisation industrielle à travers l'exportation, une politique de revenus bas fut développée, afin d'augmenter la productivité et faire concurrence au marché international. Cette politique ciblait donc la force de travail des jeunes des campagnes. Il est à noter que de nombreuses jeunes femmes sont également parties travailler en ville. Selon H.-K. Park, l'enquête menée auprès de 356 Coréennes célibataires en 1970 montre que 86 % d'entre elles avaient quitté la campagne avant l'âge de 20 ans et 18 % avant 15 ans. La raison principale invoquée était « gagner de l'argent »³¹². Ainsi les femmes ne restaient pas à la maison sous l'autorité des parents, mais elles allaient travailler dans les mêmes conditions que les hommes. Toutefois, plusieurs études soulignent qu'elles sont parties afin d'aider à subvenir aux frais de l'éducation de leurs frères, alors qu'elles étaient elles-mêmes en âge d'être scolarisées³¹³.

Les politiques économiques de l'État incluait également le contrôle du prix du riz, afin que les ouvriers travaillant en ville puissent se nourrir malgré leurs petits salaires. Cette politique était

³⁰⁸ H.-Y. Kim. 2016. *op.cit.* p.8

³⁰⁹ J.-W. Kwon. 2015, « The Political Economy of Korean Welfare State: A Review on Welfare System in Postdemocratic State », *Korean Journal of Converging Humanities*, vol.3 no.1, p.62.

³¹⁰ K.-A. Shin. 2013. « Marketized Individualization and Welfare Needs », *Economy and Society*, vol. 98, p.274.

³¹¹ D.-C. Kim. 2002. « Confucianism and familialism in Korea », *Economy and Society*, vol. 55, p.93-118.

³¹² H.-K. Park. 2004, « Urban experience of Korean industrial workers », *Economy and Society*, vol.61, p.137.

³¹³ *Idem.*

défavorable aux agriculteurs, dont le riz constituait l'unique ressource, et conduisit à une augmentation de l'exode de la main d'oeuvre vers les villes. La relation entre parents et enfants était maintenue par un soutien réciproque, les parents restés à la campagne envoyant aux enfants du riz et des légumes qu'ils avaient cultivés, tandis que les enfants travaillant en ville leur transmettaient leur salaire³¹⁴. En outre, le développement de la communication et du transport allait permettre de maintenir une relation proche, grâce au téléphone et aux visites régulières. Les enfants allaient notamment tous les week-ends aider les parents aux champs³¹⁵. K.-K. Lee a nommé ce modèle familial la « famille élargie régionale »³¹⁶. De même, les travailleurs expatriés en Allemagne et au Moyen-Orient faisaient régulièrement des virements à leurs familles en Corée³¹⁷. Plusieurs études soulignent la différence entre la famille nucléaire coréenne et occidentale du point de vue qualitatif, car la conscience familiale et la relation familiale se plient toujours aux caractéristiques de la famille élargie patriarcale³¹⁸. Selon l'étude de Lim *et al.*, l'enquête, menée auprès de personnes âgées vivant à la campagne, montre que ces dernières considéraient le fait de vivre séparés de leurs fils aînés comme une situation temporaire, qui offrait la possibilité de cohabiter lorsqu'elles avaient besoin des soins³¹⁹.

2.2. *Familialisme déployé face à la crise de FMI et remise en cause du modèle patriarcal*

La seconde moitié des années 1980 fut une époque prospère pour l'économie coréenne grâce à trois facteurs principaux : la baisse de la valeur du dollar, le prix bas du pétrole, l'intérêt bas au niveau international. Ce contexte était favorable aux entreprises coréennes qui dépendaient de l'exportation de produits et du capital par l'emprunt. Suite à l'adoucissement des règles financières par le gouvernement Kim Young-sam (1993-1998), des entreprises de finance coréennes empruntaient beaucoup d'argent à l'étranger avec un intérêt relativement bas et le prêtaient aux entreprises de l'Asie de l'Est et du Sud, avec un intérêt élevé. Or, une crise des devises étrangères survenait dans ces pays (Thaïlande, Malaisie et Indonésie), et en même temps, de nombreuses grandes entreprises coréennes faisaient faillite à cause d'un scandale de collusion politico-économique, en lien avec l'emprunt illégal. Ces deux crises simultanées ont conduit à l'endettement des entreprises de finance. La valeur du dollar monta en flèche et des agences de notation financière internationales, telles que Moody's et S&P, mirent à mal le niveau de

³¹⁴ S.-Y. Kim. 2001. « Korean Industrialization Process, Family, and Women », *The Radical Review*, vol.7, p.57-75.

³¹⁵ D. H. Lim. 2002. *op.cit.*

³¹⁶ K.-K. Lee. 1988. « Confucian Tradition in the Contemporary Korean Family », In Walter H Slote and George DeVos (Ed.), *Confucianism and the Family*, Albany, State University of New York Press, 1988, p.259.

³¹⁷ S.-M. Yoo. 2014. *op.cit.* p.132-133.

³¹⁸ J.-K. Lee. 1999. *op.cit.* p.55-86. ; D. H. Lim. 2002. *op.cit.* p. 327-328.

³¹⁹ *Idem.*

crédibilité de la Corée du Sud. Face à un pays au bord de la faillite, l'État coréen eut recours au Fonds Monétaire International (FMI) à la fin de l'année 1997. Afin de s'acquitter de la dette contractée, des dispositifs néolibéraux tels que le marché libéral, l'autorisation de l'investissement par l'étranger, la flexibilisation du marché du travail et la privatisation de l'entreprise publique ont été mis en place³²⁰. De surcroît, l'État faisait fermer les entreprises de finances et augmentait l'intérêt de l'emprunt, tout en réduisant les dépenses publiques en vue de supprimer les dettes des entreprises insolubles. Cela permettait aux grandes entreprises, telles que Samsung, Hyundai et LG, de justifier le licenciement massif de leurs employés : plus de 1,3 millions de personnes furent licenciées³²¹.

La crise toucha durement les familles. La survie des ménages était menacée car, au sein de la division du travail sexué, renforcée par le système patriarcal, il revient aux pères de ramener un salaire, tandis que les mères tiennent le ménage. Les salariés, précurseurs contribuant au développement économique et social de la Corée du Sud, devenaient des « victimes », tandis que l'aide financière de l'État aux ménages était très symbolique. Pour lutter contre la crise FMI, l'État a réparti un budget de 40 mille milliards de wons (1 euro=1,350 won) pour la suppression des dettes des entreprises de finance, et 10 mille milliards de wons pour la restructuration des entreprises³²². Pourtant, il a investi moins pour le chômage : 7 mille milliards de wons, dont 3,3 % était pour l'aide aux ménages, au sein desquels le père avait perdu son emploi³²³. Pour réduire l'impact, l'État a aussi créé des emplois publics comme la maintenance des forêts, la purification de l'environnement, le recyclage des ressources, le rangement des archives, la maintenance des installations publiques, les équipes de bénévoles pour la communauté, etc. Mais il s'agissait de contrats temporaires pour 2 à 8 mois, et le niveau du salaire n'atteignait même pas le montant des minima sociaux³²⁴.

Faute de mesure efficace face à des licenciements de masse, l'État coréen a promu le familialisme. C'est surtout par le biais d'émissions télévisées (feuilletons, infos et débats politiques) qu'a été diffusé le message sur l'importance du rôle de la famille pour surmonter la crise. Face aux difficultés financières, la frugalité et l'économie étaient conseillées sans évoquer la nécessité de l'intervention de l'État. On conseillait de surmonter les conflits familiaux par l'amour familial. L'accent était mis sur le rôle des femmes, qui devaient encourager leurs époux

³²⁰ K.-A. Shin. 2013. *op.cit.* p.275.

³²¹ S.-M. Yoo. 2014. *op.cit.* p.153-157.

³²² 1350 wons est équivalent à 1 euro en septembre 2019.

³²³ Le budget du chômage a été affecté par la réduction de salaires des fonctionnaires.

³²⁴ S.-J. Seong. 1998. « The entrance of familism Discourse and The Crisis of Sex-identity in IMF Stage », *Journals of Women's Studies*, vol.8, no.1, p.79.

découragés par le licenciement³²⁵. Au-delà de ce discours étatique, les femmes ont d'elles-mêmes déployé leur « force » pour la survie de leurs familles. Elles n'ont pas hésité à exercer des métiers peu qualifiés, comme par exemple hôtesse de karaoké, servante de restaurant, vendeuse de lait ou de journaux quotidiens, vendeuse de rue, etc³²⁶.

Mais le familialisme comme idéologie perdait de son influence. Les familles sont devenues de plus en plus vulnérables, et le statut autoritaire du père a notamment été remis en cause. Selon l'idéologie patriarcale, les hommes ne doivent pas perdre la face, et leur statut dépend de leur capacité économique à subvenir aux besoins de leurs familles³²⁷. Les hommes économiquement incapables sont marginalisés, dans la famille aussi bien que dans la société, car c'est un travail stable qui assure le statut du père. C'est par une relation de distance, et non de proximité émotionnelle avec les membres de leurs familles, que les pères coréens ont maintenu leur statut d'autorité. Le succès professionnel étant considéré comme le succès familial, en passant leurs journées à l'extérieur, les pères ont pris en charge leurs familles matériellement comme « machine à gagner de l'argent »³²⁸. C'est la raison pour laquelle ils n'ont pas eu l'occasion de construire une relation émotionnelle avec leurs familles, ce qui a conduit à leur marginalisation au sein de leurs familles dans cette période de changement³²⁹.

L'identité des hommes coréens étant basée sur leur activité professionnelle, le chômage les touche plus durement. Perte d'estime de soi, sentiment d'impuissance et dépression : les conséquences émotionnelles du chômage peuvent mener au suicide comme seule façon d'échapper à la réalité. En 1998, au milieu de la crise FMI, le taux de suicide a augmenté de 42,3 % par rapport à l'année précédente (13,1 % en 1997 et 18,4 % en 1998)³³⁰. Chaque jour, les unes des journaux mettaient en avant ce phénomène lié aux difficultés financières. La fréquence de ces événements a conduit un journaliste à établir une archive des suicides de la crise FMI³³¹. Les violences conjugales ont également vu une forte augmentation au cours de la même année. Dans les organismes nationaux d'écoute des femmes, le nombre d'appels, ayant pour cause la

³²⁵ *Idem.*

³²⁶ K.-S. Chang. 2010b. « Social Reproduction in an Era of 'Risk Aversion': from Familial Fertility to Women's Fertility? », *Journal of Korean Family and Culture*, vol.23, no.3, p.7.

³²⁷ S.-J. Seong. 1998, *op.cit.* p.87.

³²⁸ L'existence même du père à qui sont octroyés le pouvoir et la supériorité symboliques est considérée, du point de vue de la famille, comme chef « qui n'est pas là même s'il est là, et qui est là même s'il n'est pas là ».

³²⁹ Selon C. C. Meunier, un des enjeux contemporains de la paternité consiste à éviter que le rapport mère-enfant se referme sans lui. C. C. Meunier. 2002. *La place des homes et les métamorphoses de la famille, Sociologie d'aujourd'hui*, Paris, PUF, p.98.

³³⁰ Journal quotidien « Dong-A », le 15, 02, 2007 : <http://www.donga.com/news/article/all/20070215/8407797/1>

³³¹ Journal électronique « Pressian », le 16. 05.2002 : <http://www.pressian.com/news/article?no=22937>

violence physique du mari, est passé de 1 701 en 1997 à 2 069 en 1998³³². Selon J.-Y. Kim, le taux de prévalence de la violence du couple coréen était de 31,4 % en 1998, ce qui est considérable par rapport à d'autres pays, comme les États-Unis où il est de 16 % ou encore le Japon, à 17 %. Dans la majorité des cas, (à 27,5 %), c'est le mari qui était à l'origine des violences conjugales. Mais il faut aussi noter que les violences émanant de l'épouse s'élevait à 15,5 %, et la violence réciproque à 12 %³³³. Du fait des conflits familiaux, le divorce est devenu un problème sociétal.

À partir de cette période, le modèle familial patriarcal de la division sexuée des rôles a perdu de son pouvoir. Plusieurs études coréennes s'accordent pour conclure que l'ordre économique du néolibéralisme³³⁴, appliqué depuis la crise FMI, a eu un impact crucial sur les transformations de la vie familiale coréenne³³⁵. Le libre marché permettant aux entreprises d'avoir des dispositions flexibles pour la gestion et le management, l'idée d'un emploi sécurisé, garanti jusqu'à l'âge de la retraite dans une seule entreprise, a disparu³³⁶. Le manque de dispositif public à l'égard des familles exposées aux risques a entraîné les Coréens à considérer la famille comme l'unique institution de sécurité qui puisse protéger l'individu de tous les chocs sociaux et économiques, et combler les besoins matériels et psychiques³³⁷.

3. « Familialisme institutionnalisé »

Dans les pays à développement tardif, tels que la Corée du Sud, Taïwan ou Singapour, c'est l'État qui a pris l'initiative de la modernisation et qui est intervenu sur le marché. Dans ce processus, le familialisme a été mobilisé, encouragé en particulier par l'État³³⁸. Si le développement socio-économique s'est produit en s'appuyant principalement sur le familialisme, le processus du développement a façonné certaines caractéristiques de la famille. C'est ce que L. Haney et L. Pollard nomment le principe du « lien État / culture » (*state/culture nexus*)³³⁹. Si les

³³² Journal quotidien « Chosun », le 17. 02. 1999 :

<https://m.chosun.com/svc/article.html?sname=news&contid=1999021770157#Redyho>

³³³ Journal quotidien « Hankyung », le 25. 03.2000 : <https://www.hankyung.com/society/article/2000032471371>

³³⁴ Le néolibéralisme repose sur « la croyance que les principes du marché libre et compétitif conduisent à l'ordre économique le plus efficient et rationnel. L'amenuisement des divers rôles de l'État, par le biais de la privatisation des entreprises et des coupes opérées dans les politiques de protection sociale, est typique des politiques néolibérales » S. Amin, G. Arrighi, F. Chesnais, D. Harvey, M. Itoh et C. Katz. 2006. « Qu'est-ce que le néolibéralisme ? », *Actuel Marx*, no.40, p.13.

³³⁵ H.-Y. Kim. 2016. *op.cit.* ; H.-K. Kim. 2013. *op.cit.* ; J.-A. Paik. 2009. *op.cit.*

³³⁶ S. Amin et al. 2006. *op.cit.* p.18.

³³⁷ S.-J. Seong. 1998, *op.cit.* p.78-81.

³³⁸ I.-H. Ham. 2012. « Dilemma of State-sponsored Familism – focused on case of Singapour's family politics », *Conférence of The Korean Gerontological Association*, p.539-554.

³³⁹ L. Haney, L. Pollard. 2003. « In a Family Way: Theorizing State and Familial Relations », *In* L. Haney and L. Pollard (eds.), *Families of a New World: Gender, Politics, and State Development in a Global Context*, New York: Routledge, p.5.

pays en développement ont privilégié la croissance économique plutôt que la protection sociale, la famille a fonctionné comme le seul refuge face à tous les aléas sociaux au cours du développement³⁴⁰. L'individualisation des Coréens était fondamentalement liée au familialisme, les individus isolés de la famille deviennent vulnérables dans la société néolibérale. La société coréenne, ne pouvant surmonter les limites sociales et les problèmes dus au développement économique dirigé par l'État, a radicalement connu la restructuration du néolibéralisme lors de la crise du FMI³⁴¹. Sans dispositif particulier de protection sociale, les Coréens ont été poussés et jetés seuls sur le marché compétitif. K.-A. Shin l'a nommé l'« individualisation marchandise »³⁴². Dans la société de l'« individualisation institutionnalisée » (de U. Beck), la pauvreté apparaît comme un risque temporaire que l'individu peut rencontrer dans une des étapes de sa vie, tandis que, dans la société de l'individualisation marchandise, elle devient un malheur dont l'individu a du mal à sortir, tout au long de sa vie. L'enquête empirique menée par K.-A. Shin auprès des Coréens victimes directs de la crise du FMI (licenciement ou changement en CDD...) montre que l'attitude à l'égard du bénéfice de la protection sociale varie selon la disposition de ressources privées : les personnes de la classe inférieure souhaitent bénéficier de la protection sociale, tandis que celles de la classe moyenne tendent à trouver plutôt les solutions dans leurs ressources privées³⁴³.

Si l'individu est vulnérable en dehors de sa famille, cela signifie qu'il doit être en sécurité au sein de la famille, ce qui présuppose que la famille dispose des ressources suffisantes, sinon elle se trouve en péril³⁴⁴. Si U. Beck a indiqué que la modernité avancée a entraîné l'individualisation institutionnalisée, c'est parce que dans la société occidentale les politiques de l'État-providence ont permis aux individus de pouvoir mener une vie autonome, sans dépendre de l'ordre familial pour les aider socialement et financièrement. Au contraire, la protection sociale de la Corée du Sud s'est développée de façon à ce que les individus vivent pour leurs familles, et qu'ils en soient dépendants dès leur naissance, pour l'éducation, le travail et jusqu'à la vieillesse. C'est ce que K.-S. Chang a nommé le « familialisme institutionnalisé ». Il définit ce concept comme « l'effet de l'accent ou la demande directe ou indirecte mais aussi implicite ou explicite sur les devoirs familiaux dans diverses institutions sociales, juridiques, politiques

³⁴⁰ H. Y. Kim. 2008. « Neo-liberalism and Family Changes: Diversification or Stratification », *Journal of Korean Society*, vol.9, no.2, p.57.

³⁴¹ K.-S. Chang. 2018. *op.cit.* p.42.

³⁴² K.-A. Shin. 2013. *op.cit.* p.275.

³⁴³ *Ibid.* p.298.

³⁴⁴ J.-H. Déchaux. 2009. *op.cit.* p.115.

publiques et pratiques sociales »³⁴⁵. Ce n'est pas l'État qui soutient matériellement les familles, mais il leur impose d'assumer la responsabilité de la prise en charge de leurs membres, pour en être déchargé³⁴⁶.

La Corée fait partie des seuls cinq pays qui n'ont pas bénéficié de la sécurité sociale entre 1934 et 1960 avec le Laos, la Mongolie, le Népal, et le Yémen. Jusqu'avant 1987, quand le régime de démocratisation a commencé, les dispositifs de protection sociale ont été destinés seulement aux plus démunis. La pension nationale de retraite a été mise en œuvre en 1988 (mise en place en 1973), mais ce n'est qu'en 1999 que le système est devenu universel pour tous les citoyens. Auparavant, existaient la pension de fonctionnaire mise en œuvre en 1960, la pension militaire en 1961 et la pension d'enseignant d'une école privée en 1975. Contrairement aux pays occidentaux, qui ont élargi le système en commençant par la classe des travailleurs à bas revenus, la Corée du Sud a commencé à appliquer le système à la population capable de cotiser³⁴⁷. Quant à l'assurance maladie, lors de sa mise en place en 1963, elle concernait les entreprises de plus de 300 employés, sans être obligatoire. À partir de 1977, les entreprises de plus de 500 employés devaient s'affilier, et après plusieurs expérimentations, le système a été appliqué à tous les citoyens en 1989³⁴⁸.

À part la mise en place tardive de la sécurité sociale, le Minimum Vital, aide sociale, se présente comme l'excellente imposition directe de la responsabilité de la famille pour la survie. Étant par principe complémentaire, celui-ci est mis en œuvre en octobre 2000 en ayant pour objectif de garantir le minimum vital à chaque citoyen sous la responsabilité de l'État. Pourtant, le Minimum Vital porte une caractéristique traditionnelle en raison de la condition pour en être bénéficiaire³⁴⁹. Il faut que le demandeur n'ait aucun membre de famille en ligne directe ni son conjoint, dont le niveau des ressources ne soit pas supérieur à un certain seuil fixé, que l'on appelle le niveau qui oblige à le prendre en charge. Plusieurs études critiquent ce critère qui ne correspond pas à la société moderne où la valeur de la famille diminue au profit de l'individualisme et où l'incertitude est grande. Si le demandeur est exclu de l'éligibilité, du fait

³⁴⁵ K.-S. Chang. 2014. «A theoretical account of individual-family-population nexus in post-socialist transitions : The reproductive predicament of familial liberalism », In Zsombor Rajkai (ed.), *Family and social change in socialist and post-socialist societies*. Leiden: Brill, forthcoming, p.24.

³⁴⁶ K.-S. Chang. 2010b. *op.cit.* p.19.

³⁴⁷ K.-J. Park. 2007. « Family Ideology of East Asian Countries and the Social Policies for the Low Fertility-Aged Society in Korea », *Journal of Japanology*, vol.26, p.121-148.

³⁴⁸ Ministry of Health and welfare:

https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06320102&PAGE=2&topTitle=

³⁴⁹ M.-S. Cho. 2017. *A phenomenological Study on Experiences with Getting Eliminated from the Benefits of National Basic Livelihood Security due to the Criteria of Family Support Obligation*, Thesis in Social Welfare, Pusan National University.

de l'existence d'une personne obligée de la prendre en charge, cela ne signifie pas forcément qu'elle va recevoir son aide réelle. Selon Y.-J. Yeo *et al.*, les raisons pour lesquelles les demandeurs ne peuvent pas recevoir l'aide de leurs familles sont, pour 47,1 % la difficulté financière ; pour 27,8 % l'impossibilité de demander l'aide du fait de l'interruption de leur relation ; pour 15,2 % l'ignorance du niveau de ressources du ménage malgré le contact³⁵⁰. À cause de cette lacune, il n'est pas rare d'entendre évoquer des drames familiaux. Entre autres, en février 2014, une famille monoparentale composée de la mère (60 ans) et de ses deux filles (35 ans et 32 ans) s'est suicidée à cause de ses difficultés financières. La fille aînée avait des maladies de diabète et d'hypertension, et les frais médicaux ont été payés par la carte de crédit de la fille cadette, qui est finalement devenue « interdite bancaire ». Elles ont vécu tant bien que mal grâce aux revenus de leur mère, serveuse dans un restaurant, mais celle-ci a subi une chute. En fait elles n'ont pas pu bénéficier du Minimum Vital, car la fille aînée a été considérée comme capable de travailler malgré ses maladies, et les revenus de leur mère ont été pris en compte comme ressources. Faute de moyens, ces mère et filles se sont suicidées au gaz de combustion des briquettes de charbon³⁵¹.

Face à la hausse de ces drames familiaux, l'État, prenant conscience de l'importance de son intervention, a allégé les conditions afin que le demandeur puisse désormais bénéficier du minimum vital malgré la présence d'une personne obligée. C'est désormais possible s'il y a dans sa famille une personne âgée ou handicapée, dont l'état est sévère³⁵². Même si on insiste sur la suppression de ce critère familial, certains s'y opposent par peur de la dissolution de la tradition du *hyo*. À cet égard, A.-Y. Lee dit au contraire que le critère de la personne obligée de prendre en charge est plutôt le facteur qui facilite la destruction de la famille, du fait que l'on ne peut bénéficier de l'aide qu'en cas de reconnaissance de la dissolution de la relation entre les deux protagonistes³⁵³.

³⁵⁰ Y.-J. Yeo, M.-G. Kim, S.-K. Kim, I.-H. Goo, J.-H. Oh, C.-H. Song. 2009. *A Study on the Improvement Plan of the Standards for Persons obligated to Support the National Basic Livelihood Security System*, Policy Report, Ministry of health and welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs.

³⁵¹ Les suicides familiaux impliquent le familialisme selon lequel les Coréens considèrent leurs familles comme eux-mêmes. Les personnes qui ont l'intention de commettre un suicide ont peur que leurs familles restent après leur mort, soient malheureuses sans être protégées, si bien qu'elles décident de les tuer avant leur suicide. Cette tendance montre clairement le reflet du familialisme institutionnalisé.

³⁵² T.-W. Kim *et al.* 2017. *Rapport national sur le contexte du Minimum Vital en 2017*, Policy Report, Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs,

³⁵³ M.-S. Cho. 2017. *op.cit.* p.20-21.

CHAPITRE 2. CHANGEMENT DE STRUCTURE ET VALEURS DE LA FAMILLE

Malgré l'influence forte de la culture confucéenne sur la vie sociale et familiale des Coréens depuis longtemps, la modernisation a apporté un grand changement dans la structure familiale ainsi que dans les valeurs de la famille.

A. Formes de ménage de plus en plus réduites et variées

1. Réduction de la taille du ménage domestique

On constate nettement le changement de la structure familiale dans la taille des ménages. Selon KOSIS, le taux de cohabitation des familles élargies (trois générations et plus), qui occupait déjà une place modique en 1990, est en baisse, passant de 12,5 % en 1990 à 5,5 % en 2015 (Annexe 4. G-1). Si la cohabitation était considérée comme une forme familiale naturelle, les Coréens pensent désormais de plus en plus que les membres de la famille ne peuvent plus habiter sous le même toit. Les jeunes coréens ont tendance à refuser la cohabitation avec leurs parents après leur mariage. L'étude de H. N. Shin montre que 75,8 % de 697 étudiants ont déclaré ne pas souhaiter la cohabitation³⁵⁴.

Effectivement, le taux de cohabitation entre parents âgés et enfant adulte est en baisse progressive, de 75,3 % en 1990, en passant par 49,2 % en 1998 et 38,0 % en 2008, 31,4 % en 2014 et 27,1 en 2018³⁵⁵. Les parents tendent également à ne pas vouloir cohabiter avec leurs enfants mariés (Annexe 4. G-2). En 2018, si 27,1 % des personnes âgées de 60 ans et plus habitaient avec leurs enfants, parmi eux 77,8 % ont déclaré ne pas souhaiter vivre ultérieurement avec leurs enfants. Ces chiffres sont en hausse, de 60,1 % en 2007, à 71,0 % en 2011 et à 77,8 % en 2017. Les raisons principales du souhait de ne pas cohabiter est la « possibilité de vie indépendante » pour 31,4 %, d'« être à l'aise » pour 29,4 %³⁵⁶. Par contre, les raisons d'habiter sous le même toit reposent sur « l'impossibilité de vivre indépendamment des enfants » pour 31 %. Le nombre des personnes âgées de 65 ans et plus qui ne vivent pas avec leurs enfants est en hausse, de 60,2 % en 2008 à 69,5 % en 2018 (Annexe 4. G-2)³⁵⁷. Par ailleurs, dans le respect de la société patriarcale, la cohabitation des enfants mariés avec leurs parents âgés signifie

³⁵⁴ H.-N. Shin. 2011. *A Study on the Elderly Perception of Korean and Japanese University Students*, Dissertation for Master in Department of Oriental Language and Literature, University of Kyonghee, p.73.

³⁵⁵ Korean Statistical Information Service (KOSIS). 2018. *Social Research 2018*. ; Y.-K. Kim. 2017. « Family support and its policy implications in the changing social environment », *Health and welfare policy forum*, no.252, p.12.

³⁵⁶ Y.-K. Kim. 2017. *op.cit.* p.12.

³⁵⁷ KOSIS. 2018. *op.cit.*

principalement la cohabitation avec les parents des maris. Le taux de cohabitation avec le fils a diminué, passant de 50,3 % en 2002, à 25,6 % en 2013 jusqu'à 20,1 % en 2018. Notamment, la cohabitation avec le fils aîné a diminué, passant de 24,4 % en 2002 à 12,0 % en 2018. Il est à noter que pendant la même période, le taux de cohabitation avec la fille a progressivement augmenté, passant respectivement de 4,1 %, à 6,0 % puis à 7,0 %³⁵⁸

La famille nucléaire occupe ainsi une place majeure parmi les formes de ménages dans la société coréenne. Elle culminait à 68,0 % en 1990, mais diminue légèrement à 58,6 % en 2015. Par contre, il faut noter l'augmentation du nombre de ménages composés d'une personne. Entre 1990 et 2005, le ménage composé de quatre personnes occupait la majorité (27 %) des ménages coréens : en 2010, c'était le ménage de deux personnes (24,6 %), puis pour la première fois le ménage d'une seule personne (27,2 %) en 2015, alors que ce chiffre n'était que de 9 % en 1990 (Annexe 4. T-5)³⁵⁹. Cependant, malgré la tendance à la non-cohabitation entre parents âgés et enfant adulte, la re-cohabitation est accrue dans la mesure où l'état de santé des parents se dégrade³⁶⁰. Selon une enquête menée en 2017 auprès de la population âgée de plus de 65 ans, 69 % d'entre elles ayant besoin d'au moins une aide de l'ADL et de l'IADL³⁶¹ cohabitent avec leurs enfants, et parmi elles, 99,4 % des personnes âgées reçoivent leur aide³⁶².

2. Famille en habitation séparée comme nouveau type de famille nucléaire

La diminution du nombre de familles composées de deux générations et la hausse du nombre de ménages composés d'une personne sont liés à l'augmentation de la proportion d'habitation séparée de la famille nucléaire³⁶³. Sur le nombre total des ménages, la famille en habitation séparée (FHS) occupe 15,1 % en 2010, 19,6 % en 2012, 18,7 % en 2014. On peut la diviser en deux types : FHS de conjoint(e) et FHS d'enfant. Sur le nombre des FHS entières, la FHS d'enfant occupe la part majeure, 81,8 % en 2014. Dans la plupart des cas, chacun des membres concernés des FHS habitent tous à l'intérieur du pays, tandis que 11 % concernent l'habitation

³⁵⁸ KOSIS. 2013. *Korean Social Trends 2013*, p.39.

³⁵⁹ KOSTAT *Recensement coréen 1990, 2000, 2010, 2015*. : kostat.go.kr

³⁶⁰ H. Bocquet, A. Grand, S. Clément. 1997. « L'aide informelle aux personnes âgées vivant à domicile », *Actualité et dossier en santé publique*, no.20, septembre, p.27-32. p.28.

³⁶¹ L'ADL (*activities of daily living* – les activités de la vie quotidienne) est une évaluation à savoir le niveau de capacité dans l'alimentation, la toilette, l'habillement, les transferts, la continence, l'utilisation des toilettes. L'incapacité de ces actes signifie l'altération de l'indépendance fonctionnelle.

L'IADL (*Instrumental activities of daily living* – les activités instrumentales de la vie quotidienne) est une évaluation pour apprécier le niveau de capacité dans l'aptitude à utiliser le téléphone, les courses, la préparation des aliments, l'entretien ménager, la blanchisserie, la responsabilité à l'égard de son traitement, l'aptitude à manipuler l'argent. L'incapacité de ces actes renvoie aux troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne, ce qui touche donc l'autonomie de la personne.

³⁶² K. H. Jeong *et al.* 2017. *Senior Survey 2017*, Korea Institut for Health and Social Affairs, p.373 et p.376.

³⁶³ KOSIS. 2016. *Korean Social Trends 2016*. p.71-77.

séparée en Corée et dans un pays étranger (Annexe 4. T-6).

Si nous précisons les causes de FHS, le travail est le facteur le plus souvent déclaré pour la FHS de conjoint(e), 67,5 % en 2010, 72,3 % en 2012, 68,0 % en 2014. Par la suite, le facteur de conflits familiaux est en hausse, de 7,5 % en 2010 passant par 8,7 % en 2012 à 10,1 % en 2014. Par contre, il faut noter l'importance du facteur de soutien à l'éducation de son enfant, entre autres c'est la « famille d'oie sauvage »³⁶⁴, qui représente ce type de FHS. Dans le cas de la FHS d'enfant, plus de la moitié (52,7 % en 2014) n'habitent pas avec ses parents à cause du travail. Mais le facteur des études occupe également une grande partie, 37,2 % en 2014. Si ces chiffres sont en baisse (44,7 % en 2010 et 38,2 % en 2012), c'est parce que le nombre d'enfants des ménages entiers diminue de plus en plus. En ce qui concerne la durée d'habitation séparée, la FHS de conjoint(e) habite séparément moins longtemps que la FHS d'enfant. Pour la première, la durée s'inscrit davantage entre moins de 6 mois et 2 ans, mais surtout pendant moins de 6 mois (24,6 % en 2014). Par contre, pour la deuxième, la durée de plus de 5 ans représente même 30,3 % au cours de la même année (15,8 % pour la première) (Annexe 4. G-3). Du fait de l'augmentation du nombre des ménages de FHS et des couples divorcés, le nombre de ménages composés d'un parent et de son enfant célibataire est en hausse. La proportion de ménages monoparentaux par rapport aux ménages entiers s'accroît de 7,4 % en 1995 à 10,9 en 2018. Surtout la proportion de mères monoparentales est de plus en plus élevée, de 6,1 % en 1995 à 7,2 % en 2010 (Annexe 4. T-7)³⁶⁵.

3. Ménage sans lien du sang

Si l'on revient au graphique 1 sur l'évolution de la forme des ménages (1990-2015), le taux de ménage sans lien du sang (ni lien de parenté) est progressivement en hausse. La proportion de ce type de ménage atteignait seulement 1,1 % en 2015, mais le nombre est en hausse, de 166,000 en 1990 à 225,000 en 2015. Parce que les statistiques nationales ne disposent pas de données sur le type de relation des cohabitants du ménage, l'approfondissement à ce sujet est limité malgré la tendance à le remarquer de plus en plus³⁶⁶. Pourtant, il semble que ce type de ménage a pris tellement d'ampleur que certains jeunes disent que la famille peut ne pas être forcément issue du lien du sang.

³⁶⁴ Nous avons déjà mentionné la famille d'oie sauvage. Voir le texte sur le familialisme instrumental.

³⁶⁵ KOSIS. 2017. *Estimation des ménages 2015-2045*.

http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=1578&board

; KOSIS. 2014. *Analysis of major characteristics by life cycle-family formation, study, work, housing, commuting, activity restrictions*, Bulletin, 18,11,2014.

³⁶⁶ S.-S. Lee, H.-J. Choi, H.-S. Yoon. 2015. *Family Change and Its Impact on Marriage and Fertility*, Research report, Korea Institute for Health and Social Affairs, p.102.

« Sans doute, les gens peuvent ne pas comprendre mon idée dans le cadre de la culture confucéenne, mais je ne pense pas que la famille doit être spéciale pour l'individu. J'ai l'impression que depuis l'enfance, nous apprenons les traits de la famille standardisée. La famille doit être heureuse... Quant à moi, personnellement les gens que je connais depuis longtemps et que j'aime bien, je veux bien les soigner émotionnellement. » Minsu (jeune homme)

« On dit souvent à propos de la relation parent-enfant que le sang est plus foncé que l'eau. Mais je pense que ça dépend de la situation. Je pense que la relation parent-enfant peut être pire que toute autre. Mais puisqu'on respecte la morale, on s'efforce de maintenir la relation. Si on n'essaie pas, la relation familiale sera désagrégée. Je ne pense pas qu'on est proche du fait qu'on est une famille. Il faut faire des efforts pour être proche. Il se peut que je sois un peu particulière, mais je n'ai pas d'affection particulière envers ma famille. Je ne pense pas que je doive me consacrer à ma famille. C'est seulement valable pour mes cohabitants. On cohabite dans les mêmes « haies ». En fait, si on habite dans les mêmes « haies », c'est normal qu'on s'entraide si l'autre a un problème. Enfin, je ne sais pas. Entre ami(e)s, nous pouvons ressentir une obligation morale. C'est ça. » Yeonji (jeune femme)

Le fait que Yeonji indique « il se peut que je sois un peu particulière » signifie que ce type de « famille » n'est pas encore considéré comme le type universel dans l'esprit coréen. Mais Taesan partage la même impression que Yeonji, et au-delà de son point de vue, il pense que la cohabitation n'est pas une condition essentielle.

« S'il y a un groupe lié par le sang, on pourrait aussi appeler famille ceux qui habitent sous le même toit sans lien de sang. Enfin, ce n'est pas forcément vivre sous le même toit... Si on a constamment une relation mutuelle sans lien de sang... J'ai l'impression que mon idée est un peu bizarre. Mais je pense que l'on peut être une famille si on s'influence l'un et l'autre intimement et émotionnellement. Même si on a le lien du sang, si la relation n'est pas bonne, c'est moins bien que la relation avec les personnes sans lien de sang. » Taesan (jeune homme)

4. Augmentation de la population célibataire

Il faut également noter l'augmentation de la population célibataire³⁶⁷. Depuis les années 2000, le taux de femmes célibataires (de plus de 15 ans) est de plus en plus élevé, mais la hausse la plus remarquable est de 20 p% en seulement cinq ans, de 40,1 % en 2000 à 59,1 % en 2005. Si avant 2000 plus de 60 % des femmes se sont mariées avant la trentaine, ce chiffre a chuté jusqu'à 22,7 % en 2015. Dans la même période, le taux des hommes célibataires s'est accru de 28,1 % en 2000 à 41,3 % en 2005 (+13,2 p%) dans la tranche d'âge de 30 à 34 ans. Mais contrairement aux femmes dont le taux de célibataires est élevé surtout de 25 à 29 ans, le taux d'hommes célibataires est élevé entre 25 et 44 ans. En 2015, il atteint plus de 20 % au début de la

³⁶⁷ Dans notre étude, le terme de population célibataire ne désigne pas forcément la personne qui détermine de ne pas se marier, mais cela comprend également la personne actuellement non mariée qui a la possibilité de se marier ultérieurement.

quarantaine (Annexe 4. G-4).

B. Affection comme valeur principale de la famille aujourd'hui

1. Famille affective plutôt que famille normative

À l'instar de la diminution de la cohabitation entre parents et enfant, la fréquence de leurs rencontres est également en baisse. La réponse sur la fréquence des rencontres « quelques fois par an » s'est accrue de 19,2 % en 1998 à 29,0 % en 2014, et celle pour les rencontres « tous les jours » a diminué de 12,3 à 10,8 % dans la même période (Annexe 4. T-8)³⁶⁸. Cette transformation ressemble en apparence à « la mort de la famille³⁶⁹ » liée directement au changement de son rôle traditionnel, ce qui peut inquiéter la société au sujet de la prise en charge des parents âgés. Y.-K. Kim analyse ces résultats comme la baisse de l'attachement entre parents et enfant, mais pour D. M. Merrill, bien que la distance limite les contacts personnels, elle n'affecte pas la qualité des relations parents-enfants qui restent en contact par le biais de conversations téléphoniques. Les appels téléphoniques sont en hausse de 22,6 % en 1998 à 25,9 % en 2014. De plus, la technologie téléphonique permet de se voir en vidéo, et cela peut satisfaire les proches. L'étude de J.-I. Ha, sur la relation des parents, qui habitent en Corée, avec l'enfant immigré en France pour ses études, montre que l'habitation séparée peut renforcer le lien affectif entre parents et enfant³⁷⁰.

Ainsi, l'affection, plutôt que la valeur traditionnelle, est un élément essentiel qui permet à la famille aujourd'hui d'être une famille. Parmi toutes les relations des membres de la famille cohabitant ou pas, la satisfaction de la relation générale s'est élevée entre 2006 et 2018. Entre autres, la relation avec son conjoint(e) est la plus améliorée, 57,3 % en 2006 à 69,5 % en 2018. Et parmi les membres de la famille, la satisfaction de la relation avec son enfant est la plus élevée à 75,6 % en 2018, alors qu'elle était à 65,7 % en 2006. La relation avec les parents est également élevée, mais moins satisfaisante par rapport à la relation avec l'enfant, de 57,0 en 2006 à 66,9 % en 2018 (Annexe 4. T-9)³⁷¹. Les résultats nous laissent supposer que les Coréens tendent à être plus affectueux envers leurs enfants que leurs parents. Lors de notre enquête qualitative, la majorité des jeunes interrogés pense la famille en prenant appui sur l'affection.

³⁶⁸ Y.-K. Kim. 2016. « The family Support and Policy Implications on Support Environment Changes », *Health and welfare policy forum*, no. May, p.62-79.

³⁶⁹ S. Clément, É. Gagnon et C. Rolland. 2005. « Dynamiques familiales et configurations d'aide » dans Clément S. et Lavoie J.-P. (dir.) *op.cit.* p.138

³⁷⁰ J.-I. Ha. 2019. *La migration des étudiants coréens en France. Liens familiaux et circulation du care : Investissements des parents, dettes des enfants*, Thèse en Sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

³⁷¹ KOSIS. 2008. *Social Research 2008*. p.28 ; KOSIS. 2018. *Social Research 2018*. p.6.

« La famille... c'est celle à laquelle je peux revenir n'importe quand. J'aimerais bien faire en sorte que mes parents puissent avoir le sourire. Les parents disent à leur enfant « tu n'as qu'à grandir sain et sauf »... Même si je ne pourrais pas leur donner le bonheur parfait... » Daban (jeune femme)

« Les « haies »³⁷² autour de la maison. Quand je me trouve en situation difficile financièrement, ma famille peut m'aider et aussi me rassurer émotionnellement. » Domin (jeune femme)

« Que je me trouve dans n'importe quelle situation, que je sois bien ou pas, que je fasse une erreur ou pas, ma famille est toujours à mes côtés. Elle m'encourage. Nous nous battons quand on ne s'entend pas. Je sais bien qu'on ne peut pas toujours être dans un état agréable puisqu'on est différent. » Hyeji (jeune femme)

2. Augmentation du divorce et du remariage : l'affection comme valeur cruciale entre les couples

Comme nous l'avons constaté, la qualité de la relation conjugale s'est améliorée, de 57,3 % en 2006 à 69,5 % en 2018, et la tendance pour les couples à considérer que la vie conjugale suffit à faire deux une famille a amené l'idée qu'avoir un enfant peut être un obstacle. Dans l'enquête nationale de 2018, si on compare les chiffres entre 1997 et 2018, les femmes mariées souhaitent de moins en moins avoir d'enfant, de 90,3 % en 1997 à 82,7 % en 2018. Elles tendent à chercher une vie centrée sur le couple. Si 16,9 % ont déclaré « l'enfant n'est pas nécessaire », c'est parce qu'elles souhaitent mener une vie économiquement confortable, en ne dépensant pas pour l'enfant (24,1 %), parce qu'il semble difficile de mener une vie indépendante (16,2 %) et parce qu'elle souhaitent profiter de la vie conjugale (15,6 %). Et les personnes plus jeunes souhaitent moins d'enfant. Ces résultats impliquent qu'élever un enfant coûte cher. Plusieurs études soulignent que le fardeau du coût éducatif de l'enfant fait baisser le taux de naissance³⁷³. Par ailleurs, il est intéressant de noter que le choix « parce que la société est difficile pour l'enfant » est le plus avancé par les personnes interrogées (25,3 %) (Annexe 4. T-10). À l'instar de l'accent mis sur l'affection du couple comme valeur principale de la famille, on constate l'évolution du jugement de valeur à l'égard du divorce ainsi que du remariage, qui étaient auparavant très stigmatisés, surtout pour les femmes. À la question « il vaut mieux divorcer si les conflits conjugaux ne peuvent pas être résolus », en 2000, 45,7 % des femmes mariées interrogées ont

³⁷² Au sens de protection, les Coréens comparent souvent la famille avec les haies (comme les ailes). Cela implique que la famille est considérée nettement comme la première ligne de sécurité des individus en Corée tant au niveau instrumental qu'au niveau émotionnel.

³⁷³ Y.-J. Shin. 2008. « An analysis of the Effect of Burden of Childcare and Education on Childbirth », *Journal of Health and Social Affairs*, vol.28, no.2, p.103-134. ; A.-R. Moon, A.-Y. Song, Y.-S. Cho. 2018. *Child Rearing Burden in Low Fertility Society: Focusing on the Correlation between Education Expenses and Birth Decisions*, Final Report of the 3rd Hakbong Award Competition Research Support Project in 2018.

exprimé leur consentement, alors qu'en 2018, le taux était remarquablement plus élevé : le consentement de 72,2 %. Le taux « pas d'accord » est ainsi nettement en baisse, de 52,8 % en 2000 à 28,7 % en 2018³⁷⁴.

Le taux de divorce est aussi en hausse, de 0,4 % en 1970 à 2,1 % en 2015³⁷⁵. L'âge du divorce est de plus en plus tardif. La tranche d'âge occupée par la proportion la plus élevée de divorces est celle des 45 et 49 ans chez les hommes (18,6 %) et des 40-44 ans chez les femmes (19,1 %) en 2015, alors qu'elle était celle des 40-44 ans (21,2 %) et des 35-39 ans (21,5 %) respectivement en 2005. Surtout, la proportion de divorces chez les personnes de 60 ans et plus s'est élevée entre 2005 et 2015 : de 4,6 % à 10,7 % chez les hommes, de 2,0 % à 5,7 % chez les femmes (Annexe 4. T-11) . Selon le Centre Coréen d'Aide Juridique pour les relations familiales (CCAJ), les hommes âgés de plus de 60 ans représentent 36,3% de tous les hommes interrogés, et les femmes dans la même tranche d'âge représentent 23,5 % de toutes les femmes interrogées en 2018, tandis qu'il était de 2,8 % et 1,2 % respectivement en 1995. L'âge le plus avancé des personnes consultées était de 90 ans chez les hommes et de 88 ans chez les femmes³⁷⁶. En ce qui concerne les raisons du divorce, ce sont à part entière les conflits émotionnels et l'absence d'affection. Notamment, il est à noter que chez les femmes, les violences occupent le premier rang à part « le reste (la séparation d'habitation longue durée, l'incompatibilité de caractères et les conflits économiques) ». Cela implique que la société coréenne est toujours sous l'emprise patriarcale malgré les changements sociaux. Toutefois, à l'instar de l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail et donc de celle de leur pouvoir économique, les hommes maltraités et brutalisés par leurs femmes sont de plus en plus nombreux (Annexe 4. G-5)³⁷⁷.

L'âge du divorce de plus en plus tardif concerne les couples ayant une longue ancienneté de vie conjugale. En effet, il y a 20 ans, plus ancienne était la vie conjugale, moins fréquent était le divorce. Sur le nombre total de divorces effectués en 1995, 8,2 % des couples avaient une ancienneté de plus de 20 ans et 29,9 % en 2015. Selon l'analyse de CCAJ à propos de cette tendance, même si la relation conjugale était déjà détruite, les gens ont été contraints de vivre ensemble, en supportant les difficultés rencontrées, pour leurs enfants ou du fait de problèmes

³⁷⁴ S.-Y. Lee *et al.* 2018. *The 2018 National Survey on Fertility and Family Health and Welfare*, Policy report Korea Institute for Health and Social Affairs,; Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA). 2000. *The 2000 National Survey on Fertility and Family Health and Welfare*, KIHASA, Research report.

³⁷⁵ KOSIS. 2016. *Statistiques coréennes sur le mariage et le divorce en 2015*.

³⁷⁶ Statistiques des consultations enregistrées au Centre Coréen d'Aide Juridique pour les relations familiales http://lawhome.or.kr/webbook/2018_counselstatic/index.html#page=1

³⁷⁷ *Idem.*

économiques. Et, ils ont pu décider de divorcer en espérant retrouver leurs véritables vies après que leurs enfants sont devenus autonomes. Pour les femmes, non seulement l'augmentation du taux de divorce a réduit la stigmatisation des divorcées, mais on note aussi la création de quelques dispositifs, tels que les droits de répartition du bien lors du divorce introduits depuis 1991, et le partage des droits à la retraite depuis 1999, qui leur assurent les revenus de base et les a motivées à vivre leurs propres vies indépendamment de leurs époux³⁷⁸. Il est intéressant de se pencher sur quelques cas de consultation des demandeurs de divorce.

- *Cas de la femme la plus âgée des consultées, 88 ans (dont l'époux a 92 ans)*

Je me suis mariée en 1953. Depuis le début, mon mari m'a frappée et trahie maintes fois. J'ai donné naissance à 5 enfants. Même si j'avais peur et étais très douloureuse, je n'avais pas d'autre choix que de vivre en subissant ses violences. Depuis 20 ans, nous vivons séparément. Malgré tout, j'ai déposé une plainte pour divorce en espérant me libérer de lui, même pour une journée. Aussitôt, lui, qui ne m'avait jamais téléphoné, m'a téléphoné pour me menacer de ne pas me laisser faire si je l'annule pas ma demande.

- *Cas de l'homme âgé de 86 ans (dont l'épouse a 84 ans)*

Étant marié, j'ai rencontré cette femme et celle-ci a donné naissance à un enfant. Suite à sa demande, j'ai divorcé avec mon ex-femme et je me suis remarié avec elle. Je les ai fait vivre aisément par mon argent, et il y a 15 ans, je lui ai transféré mon bâtiment. Depuis ce jour-là, ma femme et mon fils m'ont négligé. Ils sont partis en voyage sans moi et ils m'ont traité comme si je n'étais pas là avec eux. Je suis toujours en bonne santé, mais j'ai l'impression que je vais me faire mettre dehors sans le sou. Je veux divorcer et je souhaite retrouver mon argent.

Ces extraits sont révélateurs de la limite des rôles traditionnels. Il s'agit de l'effet pervers résultant de la culture patriarcale, demandant aux mères de se sacrifier pour leurs familles, au détriment de leurs propres vies et malgré la souffrance infligée par leurs maris. Cet effet pervers concerne aussi les hommes dont le pouvoir économique ainsi que la responsabilité de subvenir aux besoins de leurs familles sont susceptibles de ne leur donner qu'un rôle instrumental.

L'âge moyen du remariage est parallèlement reporté. Et, sur le nombre de déclaration de mariages entre 1995 et 2015, la proportion de remariages s'est nettement accrue : de 10 % en 1995 à 15,3 % en 2015 chez les hommes ; de 10 % à 17,4 % respectivement chez les femmes (Annexe 4. G-6). Par ailleurs, il est intéressant de voir l'évolution de l'opinion sur la cohabitation du couple avant le mariage. Les Coréens tendent à l'envisager un peu plus positivement : en 2018, 57,5 % avis positifs : (« tout-à-fait d'accord » pour 13,1 % et « globalement d'accord » pour 44,4 %) contre 42,6 % d'avis négatifs (« globalement pas

³⁷⁸ *Idem.*

d'accord » pour 31,7 % et « absolument pas d'accord » pour 10,9 %). Pourtant, à la proposition « le couple peut vivre ensemble en n'envisageant pas le mariage », 63,1 % des personnes interrogées ont donné une opinion plutôt négative. Même si ce chiffre a baissé par rapport à 2015 (72,8 %) et que l'affection compte dans la relation du couple, le mariage est toujours le critère prioritaire de la cohabitation du couple coréen. Sans doute, est-ce parce qu'il est la seule forme de ménage encadrée par la loi en Corée du Sud³⁷⁹.

3. Familialisme axé sur les enfants

Avec la baisse du taux de naissance, l'enfant est de moins en moins l'objet de tradition, mais est plutôt l'objet d'affection. Selon « naissance, santé publique des familles et bien-être 2018 »³⁸⁰, 82,7 % des femmes mariées ont pensé à la nécessité d'avoir un enfant (« il faut absolument avoir un enfant » pour 49,9 %, « il vaudrait mieux avoir un enfant » pour 32,8 %). Parmi elles, 81,1 % ont donné comme raison : l'enfant est nécessaire « pour le bonheur et l'harmonisation de la famille », et 15,6 % « pour la satisfaction psychologique ». Les autres réponses : « pour faire succéder à la génération de notre famille » représente 1,2 %, « parce que l'entourage a des enfants » 0,7 %, « pour rassurer ma vieillesse » 0,5 %, « parce que mes parents le souhaitent » 0,5 %, et le reste (« pour faire des offrandes », « pour bénéficier d'aide financière ») représente 0,4 %.

La tendance pour les parents d'avoir leurs enfants dans un objectif traditionnel s'incarne dans l'évolution de la coutume de préférence pour le fils. 59,4 % des femmes mariées ont manifesté la nécessité du fils en 2000, et ce taux a baissé à 34,5 % en 2015. Parallèlement, la réponse « le fils n'est pas forcément nécessaire » est énoncée par 39,5 % en 2000, et ce chiffre est très élevé à 65,2 % en 2015. Concernant les raisons de la nécessité d'un fils, les résultats des statistiques en 2000 sont un peu flous, du fait des réponses cumulables, mais on peut constater que la proportion « le reste » (« pour la vieillesse », « pour faire des offrandes » et « pour recevoir l'aide financière ») a remarquablement diminué, de 14,2 % en 2000 à 2,2 % en 2015. De surcroît la réponse « pour faire succéder à la génération de la famille » a également baissé, respectivement de 23,1 % à 10,8 %. Et nous avons déjà constaté que les raisons invoquées concernant la tradition figurent minoritairement dans les raisons de la nécessité de l'enfant.

Dans la société coréenne, de nouveaux termes illustrant la situation où l'enfant devient très

³⁷⁹ S.-Y. Lee *et al.* 2018. *op.cit.* p.123-124.

³⁸⁰ Dans l'enquête nationale « naissance, santé publique des familles et bien-être 2018 », les personnes interrogées sont composées de 11 207 femmes mariées (15-49 ans) et 2 464 personnes célibataires (20-44 ans), 1 324 femmes et 1 140 hommes, dans 12 000 ménages de juillet à septembre 2018.

précieux ont été créés : *gold kids* (enfants en or) et *eight pocket* (huit poches)³⁸¹. Plus soutien affectif, plus soutien matériel. Les parents, voire les membres de la parenté (grands-parents dans la ligne maternelle et paternelle, oncle, tante), n'hésitent pas à dépenser de l'argent pour ce seul enfant³⁸². L'industrie commerciale de produits pour enfant a le vent en poupe malgré la stagnation économique. Les chiffres d'affaire sont rapidement en hausse, de 8 mille milliards de wons en 2002, 19 mille milliards de wons en 2007 jusqu'à même 40 mille milliards de wons en 2017³⁸³. Le phénomène *gold kids* peut entraîner les Coréens à placer leur enfant en priorité devant leurs parents âgés.

« En général, les produits quotidiens de qualité pour son enfant se vendent bien, par contre on préfère acheter le moins cher possible pour ses parents âgés, on veut économiser même 10 wons (=7 centimes). » Mme Yeo (belle-fille)

Les efforts des parents envers leurs enfants ne se limite pas seulement aux enfants mineurs, mais font effet lorsqu'ils sont adultes, même mariés : le phénomène du zèle pour l'éducation, la dépendance financière des jeunes adultes à leurs parents et l'aide des parents âgés à leurs enfants mariés pour garder les petits-enfants.

3.1. Phénomène du zèle pour l'éducation

Le « phénomène du zèle des parents pour l'éducation de leurs enfants » résulte de l'interaction du taux faible de naissance et du contexte concurrentiel de la société³⁸⁴. Dans plusieurs études, ce phénomène est apparu, non seulement stimulé par intention de rattraper le niveau d'autrui, mais aussi par le souhait d'enrichissement et pour répondre fortement au credentialisme, en s'appuyant sur le système scolaire public et le système scolaire concurrentiel pour faciliter l'entrée dans les établissements réputés d'enseignement secondaire et supérieur, d'où l'expansion du marché de l'éducation privée³⁸⁵.

« Les gens de la génération de nos parents ont consacré leurs vies entières à leurs enfants. Ceux-ci leur correspondent. Ils se réjouissent si leurs enfants réussissent socialement en se reflétant eux-mêmes sur leurs enfants. Mon alter-ego. Par le biais de mon enfant qui réalise ce que je ne pouvais pas réaliser... » Yujeong (jeune femme)

Parmi les pays concernés, la Corée du Sud est l'un des pays les plus réputés pour la participation

³⁸¹ Journal quotidien « Chosun », le 04. 05. 2017 :

https://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2017/05/04/2017050401029.html; Journal quotidien électronique « Woman economy », le 21. 12. 2018 : <http://www.womaneconomy.kr/news/articleView.html?idxno=70771>

³⁸² *Eight pocket* signifie que huit personnes mentionnées ouvrent leurs portefeuilles pour l'enfant de la parenté.

³⁸³ S.-H. Lee. 2018. *Kids Contents Become More Important in the Era of Low Birth*, Issue & Trend Digi-eco Report, Korea Development Institute.

³⁸⁴ J. G. Lee. 2002. « On the Motion Laws and the Linkage Laws of Educational Zeal in Korea », *Sociology of Education*, vol.12, no.1, p.173-192.

³⁸⁵ *Ibid.* ; F. Dubet, M. Duru-Bella, A. Vêrétout. 2010. *Les sociétés et leurs écoles*, Paris, Seuil.

élevée³⁸⁶. En 2013, les Coréens ont dépensé 1,9 % du PIB à l'éducation privée alors le taux de dépense moyenne des pays d'OCDE était de 0,7 % de PIB (2,0 % aux États-Unis, 1,2 % au Japon et 0,5 % en France) (Annexe 4. G-7). Selon les résultats de l'enquête sur le coût de l'éducation privée en 2018 menée par KOSIS, plus l'éducation est supérieure, plus les dépenses sont élevées : mensuellement 549 000 wons (=422 euros) en 2018 chez les participants lycéens tandis qu'il est de 319 000 wons (=245 euros) chez les écoliers et 448 000 wons (344 euros) chez les collégiens³⁸⁷.

Le problème est que si les ménages plus riches dépensent davantage dans l'éducation privée, cela ne veut pas forcément dire que les ménages ayant de bas revenus y dépensent juste en fonction de leur richesse. En 2015, l'« *Edu Poor* » (le ménage paupérisé par les dépenses de l'éducation), est plus précisément un ménage composé de plus de deux personnes résidant en ville et qui dépense plus que le coût moyen de l'éducation même s'il est endetté et en déficit dans l'économie de son ménage. Ce phénomène a touché 9,9 % des ménages coréens ayant des dépenses d'éducation, soit 606 000 ménages sur 6 146 000³⁸⁸. De plus, concernant la « famille d'oie sauvage », plusieurs études constatent que les pères qui restent seuls en Corée pour soutenir financièrement leurs familles à l'étranger ressentent de la dépression, ce qui entraîne une mauvaise santé, de l'alcoolisme³⁸⁹.

3.2. Dépendance financière des jeunes adultes à leurs parents

Au début des années 2000, le développement de l'économie s'est ralenti, et cela a donné lieu à la hausse du taux de chômage des jeunes et à l'instabilité de l'emploi³⁹⁰. Comme les jeunes adultes sont exposés à l'instabilité économique, ils ont tendance à dépendre financièrement de leurs parents, et continuent d'habiter chez eux. Un nouveau terme désigne ce groupe : celui de « kangourou »³⁹¹ qui se définit comme un enfant adulte financièrement dépendant de ses parents³⁹².

Le taux de ménages dans lesquels les parents habitent avec leur enfant âgé de 25 ans et plus

³⁸⁶ Journal quotidien « La Croix », le 30. 06. 2010 : https://www.la-croix.com/Actualite/Monde/L-enfance-sacrifiee-des-ecoliers-sud-coreens-NG_-2010-06-30-553673

³⁸⁷ J.-W. Lee, B.-Y. Kim. 2019. *Private education cost survey 2018*. KOSIS.

³⁸⁸ Journal quotidien « DongA », 04. 01. 2017 : <http://www.donga.com/news/article/all/20170104/82168219/1>

³⁸⁹ Journal quotidien électronique « Yonhap », le 17.03.2014 : <http://www.ymnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=286>

³⁹⁰ S.-L. Lee. 2019. « Attitudes toward marriage among the never-married », février, *Health and Welfare Policy Forum*, p.8.

³⁹¹ Le terme similaire de groupe de kangourou en Corée existe dans les autres pays : « twixter » aux États-Unis, « Kippers » = kids in parents' pockets eroding retirement savings, « mammone » en Italie, « Nesthocker » en Allemagne, « boomerang kids » au Canada,

³⁹² H.-Y. Oh. 2017. « Analysis of Kangaroo Tribe and Tasks », *KLI Panel Working Paper*, no.7, p.2-3.

s'est accru de 9,1 % en 1985 à 26,4 % en 2010³⁹³. Dans la tranche des âges de 19 à 34 ans, en 2016, le taux de ménages composés d'une seule personne est de 11,7 % tandis que celui de la cohabitation avec les parents atteint 56,9 %³⁹⁴. Selon l'enquête menée par « *Job Korea* » auprès de 1 061 jeunes entre 20 et 39 ans, 56,1 % se considèrent comme appartenant à ce groupe de kangourous. Parmi les raisons, la dépendance financière s'élève jusqu'à 81,7 %³⁹⁵.

Le montant est en moyenne pour les universités nationales et privées de 6 710 000 wons (5 000 euros) par année universitaire en 2018. L'enquête montre que pour 58,0 % le coût entier est assumé par leurs parents, pour 28,7 % un coût partiel et 13,3 % ne reçoivent aucun soutien³⁹⁶. Après les études, le soutien financier se poursuit dans la cohabitation. La durée moyenne de leurs études d'université est de 4 ans et 2,4 mois, avec souvent une demande d'interruption temporaire des études pour acquérir des compétences avant l'obtention du diplôme. Depuis l'obtention du diplôme jusqu'au premier emploi, l'attente dure 11,6 mois, puis 37,5 % reçoivent entre 1 000 000 et 1 500 000 wons (700 et 1 050 euros) comme premier montant de salaire³⁹⁷. De même le financement du mariage est considéré comme naturel de la part des parents. Bien que Yujeong ne cohabite pas avec ses parents et ne considère pas sa famille comme plus proche que ses amis, elle envisage d'avoir recours à ses parents quand elle a un problème, surtout lors de son mariage.

« Il faut s'aider l'un et l'autre. Mais je pense que l'aide est la même entre amis ou membres de la famille. Je ne comprends pas qu'il faut aider davantage parce qu'on est de la famille. Pour ma part, je ne dis pas à ma famille ce que je ne dis pas à mes amis. Il me semble que je ne traite pas ma famille de façon particulière. Enfin... en fin du compte, si j'ai un problème, je peux avoir recours à mes parents... mais je ne les ai pas encore sollicités jusqu'à maintenant. Je réserve ça pour mon mariage. (rire) » Yujeong (jeune femme)

Plusieurs études soulignent que les dépenses élevées pour l'éducation de l'enfant et l'allongement de la durée de dépenses peuvent empêcher la préparation de la vieillesse. En effet, dans la plupart des cas, les parents peuvent préparer leur vieillesse quand leur enfant sort de la période des études, alors qu'ils continuent à dépenser pour leurs enfants adultes au détriment de

³⁹³ S.-S. Lee *et al.* 2015. *op.cit.* p.201.

³⁹⁴ T.-J. Lee, S.-H. Woo, J.-Y. Choi. 2018. «Poverty and housing conditions and policy tasks among young people », *The Future of Housing Support Policy for Youth and Newlyweds-Large Debate 2018.05.25*, Korea Institute for Health and Social Affairs.; les jeunes couples occupant 3,3 %, les jeunes couples avec leurs enfants 10,3 % et le reste 17,9 % en 2016.

³⁹⁵ H.-Y. Oh. 2017. *op.cit.*

³⁹⁶ Y.-R. Kim, H.-K. Chang, Y.-S. Lee. 2017. *Study on Transition into Adulthood by Family Class: Focusing on Policy Implications*, Research Report 5, Koran Women's Development Institute, p.118.

³⁹⁷ *Ibid.* p.42.

l'épargne et de la consommation pour soi-même³⁹⁸.

3.3. Aide des parents âgés dans la garde de leurs petits-enfants

Selon l'enquête nationale menée en 2015 auprès de 2 500 ménages ayant au moins un enfant de moins de 6 ans, il apparaît que 49,0 % des enfants sont confiés en institution (crèche, école maternelle, etc.) pendant la journée, 41,3 % sont gardés par leurs mères, 6,0 % par les grands-parents, 1,6 % par les services professionnels de garde d'enfant à domicile. Les statistiques officielles montrent que le rôle des grands-parents, qui était considéré comme normal, est désormais reconnu socialement. Dans l'enquête nationale de 2015 que nous venons de mentionner, 62,0 % des femmes mariées ne travaillent pas. 64,9 % ont déclaré y avoir renoncé « pour se consacrer au travail domestique et à la garde d'enfant » et 21,5 % « parce qu'il n'y a pas de lieu où confier l'enfant »³⁹⁹. Récemment, les abus commis sur des enfants dans des crèches ou des services professionnels (garde à domicile) ont été médiatisés, si bien que les mères ont des doutes sur les personnes inconnues et souhaitent confier leurs enfants à leurs parents âgés, surtout mère ou belle-mère.

S'occuper des petits-enfants n'est pas une tâche aisée pour les grands-parents. Les grands-mères gardant leurs petits-enfants éprouvent des sentiments contradictoires, comblées ou dépressives⁴⁰⁰. L'étude de J.-K. Lee et S.-N. Jang montre que plus les grand-mères gardent leurs petits-enfants pendant une longue période, mais peu d'heures par semaine, moins elles manifestent de symptômes dépressifs. Par contre, plus elles les gardent de nombreuses heures par semaine, plus elles expriment de symptômes dépressifs. Et plus l'âge avance, plus le niveau de dépression augmente⁴⁰¹. Par contre, la garde des petits-enfants leur permet d'éprouver le sentiment d'appartenance à la famille et la satisfaction de l'estime de soi. Et la bonne qualité de relation avec leurs petits-enfants aide à diminuer la dépression ou l'anxiété qui apparaît dans la vieillesse⁴⁰². Si demander ce « sacrifice » aux grands-mères fait partie des ressources de la sphère familiale, c'est l'affection familiale envers leurs enfants voire leurs petits-enfants qui ne permet pas de refuser la demande⁴⁰³. Mme Jong critique ainsi cette tendance qu'ont les jeunes à

³⁹⁸ *Ibid.* ; J.-M. Kim et K.-W. Um. 2014. « A Study on economic preparation for the elderly life of baby-boomers focused on families' characteristics », *Journal of Korean social welfare administration*, vol.16, no.4, p.197-221.

³⁹⁹ E.-S. Kim *et al.* 2016. *2015 National Childcare Survey*, Policy Report, Ministry of Health and Welfare, Korea Institute of Child Care and Education, p.107.

⁴⁰⁰ W.J. Strawbridge, M.I. Wallhagen, S.J. Shema, et G.A. Kaplan. 1997. «New burdens or more of the same ? Comparing grandparent, spouse, and adult-child caregivers », *Gerontologist*, vol.37, no.4, p.505-510.

⁴⁰¹ D. Burnette, 2000. « Latino Grandparents Rearing Grandchildren with Special Needs: Effects on Depressive Symptomatology », *Journal of Gerontological Social Work*, vol.33, no.3, p.1-16.

⁴⁰² J. Wheelock et K. Jones. 2002. « Grandparents are the Next Best Thing: Informal Childcare for Working Parents in Urban Britain », *Journal of Social Policy*, vol.31, no.3, p.441-464.

⁴⁰³ A ce propos, un député coréen a préconisé un dispositif dans lequel si les grands-parents acquièrent quelque

confier égoïstement leurs enfants à leurs parents. Elle garde son petit-fils aîné tandis que la mère de sa belle-fille s'occupe de son fils cadet. Elle ne comprend pas que les femmes puissent ne pas s'occuper des tâches domestiques, tandis qu'elle ne peut s'empêcher de refuser la garde de son petit-fils même si elle est fatiguée de prendre soin de sa mère.

« Les jeunes adultes aujourd'hui sont très égoïstes. Ils veulent que leurs parents habitent à proximité, par exemple à l'étage au-dessus, pour leur demander de s'occuper de leurs enfants et d'aider à leur ménage pendant qu'ils sont absents. Ma belle-fille agit comme ça. Ses parents habitent à proximité. Sa mère s'occupe de son fils cadet. Mon fils m'a dit que sa femme est heureuse quand elle travaille mais qu'elle n'aime pas être à la maison pour s'occuper des tâches domestiques. Ce n'est pas facile de garder mon petit-fils. Ça m'a épuisée encore la semaine dernière. Mais comme ils sont occupés, comment puis-je refuser leur demande, n'est-ce pas ? » ^{Mme} Jong (fille)

C. Évolution de l'opinion sur le rôle selon le sexe : deux visages des femmes aujourd'hui

Lorsque Christine Lagarde, Présidente du FMI, a visité la Corée en septembre 2017, dans une grande conversation sous le titre de « l'avenir du système d'éducation coréen et le rôle des femmes » avec les étudiantes de l'Université de femme *Ehwa*, elle a été étonnée de leurs interventions. En effet, la plupart des étudiantes ont manifesté ne pas vouloir se marier. L'une a déclaré « je ne veux pas me marier, Pourquoi ? J'ai étudié de 5 h du matin jusqu'à 2 h du matin pour réussir à être admise dans cette Université. J'envisageais mon bel avenir en entrant ici. Mais j'ai beaucoup entendu dire, par les personnes diplômées de cette école, que même si on obtient un bon poste, on devrait le quitter dès qu'on est tombée enceinte. Il me semble qu'il n'y a pas d'avenir. C'est exactement le plafond de verre. » Certaines étudiantes ont même exprimé que « ce n'est pas le plafond de verre mais le plafond de ciment » et « je ne veux pas être comme ma mère ». ^{Mme} Lagarde a répondu que « la baisse du taux de fécondité entraîne à baisser la productivité et le taux de croissance, puis à dégrader la situation des finances. Ce cercle vicieux, n'est-il pas un phénomène de suicide collectif ? C'est un problème de la Corée du Sud. »⁴⁰⁴. Cette épisode révèle la tendance pour les femmes mariées à être traditionnellement vouées à assumer les tâches domestiques au détriment de leurs activités professionnelles.

1. « Individualisation évasive au risque »

L'individualisation est définie en partie comme la situation contrainte où l'individu est chargé du

compétence et s'inscrivent comme « garde de petit-enfant », l'État leur verse une allocation. Il explique que les enfants adultes sont contraints de travailler en confiant leurs enfants à leurs parents âgés ou aux services de garde d'enfant. Dans ce cas, le coût doit être pris en charge par chaque ménage. <https://news.joins.com/article/21214834>

⁴⁰⁴ H.-K. Kim. 2017. Journal quotidien Joongang, le 24 oct. 2017. <https://news.joins.com/article/22043679>

risque social, économique et environnemental dans la société du risque. Ce risque signifie, selon U. Beck, « une rupture survenue à l'intérieur d'une modernité qui s'émancipe des contours de la société industrielle classique pour adopter une forme nouvelle »⁴⁰⁵. Le risque n'est donc pas le choix de l'individu, mais la condition imposée par la structure qui change. Pour Z. Bauman, l'individualisation est une injonction sociale qui requiert que les individus jouent le rôle d'individus, ce qui les conduit à trouver, dans leur propre vie et leurs ressources personnelles, les solutions aux contradictions du système global⁴⁰⁶. Sous la pression du marché perpétuellement en crise, les individus ont peur de devenir des « déchets » à remplacer, si bien qu'ils sont contraints à être performants, efficaces, adaptables et transformables. Pourtant la majorité des individus ne disposent pas des ressources pour devenir et demeurer des « individus *de facto* ». Et il n'est pas non plus certain qu'existent des solutions individuelles à des problèmes socialement construits⁴⁰⁷. En ce sens, J. Brodie trouve que les individus sont « victimes » de la modernité qui a donné lieu à l'« individualisation néolibérale », du fait que l'orthodoxie économique se pose comme supérieure aux logiques éthiques ou politiques, sous l'emprise du « vivre sa propre vie » et de la responsabilité personnelle à l'égard de ses déficits de compétences ou de ses échecs⁴⁰⁸.

Le rôle de l'État-providence, qui était apparu comme la solution face aux risques sociaux (l'augmentation de la proportion des chômeurs de longue durée ou temporaires, l'inégalité sociale, la pauvreté, la diminution de la protection sociale...), diminue à cause du lourd fardeau financier. On voit de plus en plus l'action des politiques publiques en lien avec le marché (la privatisation des services publics, la commercialisation des services de santé...). Cela a conduit à mettre l'accent sur la responsabilité des individus, de leurs familles et de leurs communautés pour leur propre bien-être⁴⁰⁹. Selon Z. Bauman, paradoxalement, la sécurité ne cesse d'engendrer le sentiment d'insécurité, du fait que l'on ne sait pas quand le danger va réapparaître : « L'intérêt de la sûreté, c'est de repérer les risques, de les éliminer et pour cela de s'intéresser aux sources potentielles de danger pour les supprimer pro-activement »⁴¹⁰. Si la modernité comprimée était rendue possible en grande partie grâce au rôle de la famille dans la reproduction sociale (la formation de la qualité de force de travail et le rôle de pourvoyeur de la

⁴⁰⁵ U. Beck. 2001 [1986]. *op.cit.* p.20.

⁴⁰⁶ Z. Bauman. 2010. « Réconcilier l'inconciliable », *Sécurité et stratégie*, Hors série, p.5

⁴⁰⁷ Z. Bauman. 2016 [2005]. *La vie liquide*, traduit par C. Rosson, Pluriel, p.29-65.

⁴⁰⁸ J. Brodie. 2007. « The new social 'isms': Individualization and social policy reform in Canada ». In Howard, C (ed.) *Contested Individualization: Debates about Contemporary Personhood*, Hampshire, Palgrave Macmillan, p.159.

⁴⁰⁹ N. Rose. 1996. « The death of the social ? Re-figuring the territory of government », *Economy and Society*, vol.25, no.3, p.327.

⁴¹⁰ Z. Bauman. 2010. *op.cit.* p.9.

protection sociale), la fonction de reproduction sociale aujourd'hui est pourtant arrivée au bout de la capacité des familles. Face à plusieurs risques sociaux, le modèle « monsieur gagnepain »⁴¹¹ n'est plus suffisant si bien que les femmes participent de plus en plus au marché du travail. Les hommes ne participent pas pour autant aux tâches domestiques en l'absence des femmes⁴¹². On constate de plus en plus l'effet de « fatigue chronique » des familles, accumulée à cause du poids et des paradoxes de leur rôle et des conflits rencontrés avec la valeur d'individualisme quand elles exercent ce rôle.

Selon J.-H. Déchaux, les tensions sociales et les contradictions du fait de la modernité ne sont pas produits par l'avènement de la liberté individuelle, mais dans la coexistence de registres normatifs hétérogènes : l'individu est ballotté entre des orientations normatives qui lui semblent également légitimes⁴¹³. Toutefois, en Corée, ce point se manifeste de façon radicale, dès lors que l'on voit le phénomène de l'« individualisation évasive au risque » (*risk-averse individualization*)⁴¹⁴. La reproduction sociale comprend toute une série de tâches et d'efforts pour fonder la famille et la maintenir, tels que le mariage, la capacité à tenir un ménage, avoir un enfant et assurer son éducation, la prise en charge de la famille et les soins des enfants et des parents âgés. La nécessité de cette fonction est désormais remise en question, car elle porte un dilemme qui peut engendrer des risques sociaux. Le coût du mariage est très élevé, alors que la durée de la vie conjugale est de plus en plus courte en cas de divorce, dont le taux est également en hausse. Et le coût de l'éducation des enfants est de plus en plus élevé alors que la réussite sociale des diplômés des études supérieures n'est pas assurée ni le retour de l'investissement. Cela devient souvent une source des conflits familiaux et même de destruction familiale⁴¹⁵. Fonder une famille et avoir de nombreux enfants est désormais conçu comme un risque⁴¹⁶, si bien que les Coréens cherchent à réduire l'éventail du risque : rester célibataire le plus longtemps possible ou renoncer au mariage, réduire le nombre d'enfants ou n'avoir aucun enfant, ne pas hésiter à vivre séparément ou divorcer selon le changement d'affection, voire limiter la relation parent-enfant en renonçant à l'échange⁴¹⁷. L'« individualisation évasive au risque » s'avère davantage chez les jeunes femmes en Corée. U. Beck et E. Beck-Gernsheim indique que

⁴¹¹ J. Lewis. 1992. « Gender and the Development of Welfare Regimes », *Journal of European Social Policy*, vol.2, no.3, p.159-173.

⁴¹² K.-S. Chang, M.-J. Jin, M.-A. Seong et J.-R. Lee. 2013. *Understanding Institutionalized Familialism: Identification and Implications in the Era of Low Fertility and Aging in Korea*, Research report, 2013-31-12, Korea Institute for Health and Social Affairs, p.114-115.

⁴¹³ J.-H. Déchaux. 2009. *op.cit.* p.114.

⁴¹⁴ K.-S. Chang, M.-Y. Song. 2010. *op.cit.* p.541.

⁴¹⁵ K.-S. Chang. 2010b. *op.cit.* p.13.

⁴¹⁶ U. Beck, E. Beck-Gernsheim. 2002. *op.cit.* p.124.

⁴¹⁷ K.-S. Chang. 2010b. *op.cit.* p.3-5.

l'individualisation a changé la vie des femmes, qui sont passées de « vivre pour les autres » à « vivre sa propre vie ». En reposant sur l'individualisme, ce passage se traduit comme un processus pour briser le rythme de vie traditionnel des gens (biographie standard) et laisser la place pour construire sa propre histoire de vie⁴¹⁸.

2. Augmentation de l'activité professionnelle des femmes

Le travail des femmes coréennes n'est pas rare aujourd'hui. Même si le taux d'activité des hommes est beaucoup plus élevé que celui des femmes, ce dernier ne cesse de s'accroître : de 52,0 % en 2000 à 58,4 % en 2016⁴¹⁹. L'augmentation des femmes sur le marché du travail à partir des années 1990 a permis d'atténuer l'idée traditionnelle de la division selon le sexe, autrement dit la femme à l'intérieur et l'homme à l'extérieur (Annexe 4. T-12)⁴²⁰. Cette évolution influence le changement de perception sur la division des rôles selon le sexe. Ce point se manifeste notamment dans l'opinion sur le mariage. Selon KOSIS 2018, la proportion de l'opinion « il faut se marier » recule de plus en plus, de 69,1 % en 2002, 64,7 % en 2010 à 48,1 % en 2018. Selon le sexe des personnes interrogées, les hommes (52,8 %) expriment davantage la nécessité du mariage que les femmes (43,5 %). D'ailleurs, la réponse « choix libre de l'individu » est plus élevée chez les femmes (50,8 %) que chez les hommes (42,3 %) en 2018. Si l'on tient compte de ces chiffres qui étaient respectivement de 21,9 % et 33,3 % en 2002, les taux globaux d'approbation à cette question se sont remarquablement accrus, surtout chez les femmes.

Cela implique que la division du rôle de chaque sexe imposée à chacun des époux empêche l'intention de mariage. Les Coréens refusent de plus en plus de se sacrifier financièrement et matériellement pour leur famille. Dans une enquête adressée à 1 000 célibataires (471 hommes et 529 femmes), âgés de 19 à 59 ans en 2016, les facteurs qui conduisent à hésiter pour s'engager dans le mariage concernent les rôles traditionnels des femmes et hommes. 56,7 % des hommes célibataires manifestent le sentiment du fardeau économique pour subvenir aux besoins de leurs familles avec leurs revenus, 47,3 % le coût du mariage, 46,1 % le coût de l'éducation de l'enfant. Et, 59,5 % des femmes célibataires se déclarent inquiètes d'une vie privée de liberté, 58 % ont des craintes par rapport à la belle-famille, 43,7 % le souci de l'éducation des enfants⁴²¹.

⁴¹⁸ U. Beck et E. Beck-Gernsheim. 2002. *op.cit.* p.54.

⁴¹⁹ Le taux d'activité est composé de celui d'emploi et de chômage. Le taux d'activité des femmes = population féminine en activité/population féminine totale x 100

⁴²⁰ S.-Y. Won. 2014. « Changes in Gender Role Stereotypes and their Implications for Women's Policy : Focusing on Perceptual Differences between 1996 and 2010 », *Journal of Governmental Studies*, vol.20, no.3, p.166.

⁴²¹ Journal quotidien « Hankook », le 25. 02.2017 :<http://www.hankookilbo.com/News/Read/201702250469771811>

Ainsi dans la plupart des cas, les hommes s'inquiètent par rapport au niveau financier tandis que les femmes ont des appréhensions vis à vis de leur rôle traditionnel, comme s'occuper des tâches ménagères et des affaires familiales, surtout avec leurs belles-familles⁴²².

Ces résultats impliquent que non seulement les femmes, mais aussi les hommes connaissent un changement dans la perception du rôle traditionnel. Il est intéressant de noter comment les hommes perçoivent le travail des femmes. Entre 1998 et 2017, l'idée traditionnelle « elles doivent se consacrer entièrement au foyer » baisse progressivement, de 11,6 % en 1998 à 9,7 % en 2011, 5,9 % en 2017. Par contre, la réponse « elles doivent travailler sans se préoccuper de la vie familiale » est en hausse rapide, de 23,1 %, 47,8 %, jusqu'à 57,1 % respectivement (Annexe 4. G-8). De plus, l'idée selon laquelle ce sont les hommes qui doivent travailler pour subvenir aux besoins de leurs familles est également en train de changer. À propos des femmes qui prennent en charge financièrement leurs familles, 38,4 % ont répondu « que fait son mari ? » en 2005 et ce chiffre est en baisse à 23,7 % en 2016. Par contre, si la réponse « elle est admirable » atteignait 32 % en 2005, le taux s'est accru jusqu'à 52,9 % en 2016⁴²³. Par ailleurs, la perception sur la répartition des tâches ménagères entre femme et homme a connu un changement. En 2006, si 65,4 % pensaient que c'est la conjointe qui doit effectuer la majorité des tâches ménagères, ces chiffres ont reculé à 38,4 % en 2018. D'ailleurs, il est remarquable que l'on constate une grande diminution dans l'opinion des hommes, de 71,3 % à 42,7 %. Et, l'idée sur la répartition a presque doublé de 32,4 % à 59,1 % (Annexe 4. T-13). Les jeunes, que nous avons interrogés, remettent également en question le rôle de chaque sexe. D'après eux, ce n'est pas forcément obligatoire que les hommes travaillent à l'extérieur et que les femmes restent à la maison.

« Non, le rôle selon le sexe n'existe pas. Je visite pas mal de domiciles pour le soutien scolaire privé mais je n'ai jamais vu de foyers dans lesquels les femmes ne travaillent pas. Si le rôle de chaque sexe était fixé, ce serait difficile. Parfois, le mari peut faire la vaisselle, la femme peut gagner de l'argent si l'homme est au chômage... en fonction de la situation. » Heyrin (jeune femme)

« Ce qui était considéré comme différence entre homme et femme a presque disparu, ce qui fait que le rôle spécifique de chaque sexe a également disparu au fil du temps. La femme d'un de mes amis est dentiste. Donc il est à la maison pour s'occuper des tâches ménagères et simultanément profiter de son temps libre. Il envisage de faire quelque chose comme une start-up. Face à cet exemple, il me semble que le rôle spécifique de chaque sexe est en train de disparaître. » Hyungjin (jeune homme)

⁴²² S.-R. Lee. 2019. *op.cit.*

⁴²³ Ministry of Gender Equality and Family, Le 30. 06. 2016 : <http://www.korea.kr/policy/pressReleaseView.do?newsId=156139561>

3. Limite : le travail domestique toujours réservé aux femmes

Même si la perception sur la division du rôle selon le sexe s'est allégée, cela ne s'accorde pas tout-à-fait à la pratique réelle. Dans la même enquête KOSIS précédemment mentionnée, 59,1 % pensent qu'il faut répartir les tâches domestiques entre femme et homme en 2018, tandis que seuls 19,9 % applique réellement la répartition. Même si le taux de répartition s'est accru par rapport à 2006, la faible hausse n'est que de 12,2 p% entre 2006 et 2018 (Annexe 4. T-14). Cela signifie que même si les Coréens connaissent le jugement moderne sur l'égalité entre femme et homme, la mise en pratique ne va pas de soi, du fait que l'idée traditionnelle ne disparaît pas facilement.

Le fait que le rôle des femmes soit fortement stéréotypé en Corée du Sud, du fait de la culture patriarcale, ne permet pas un grand changement sur l'attribution aux femmes des tâches domestiques. Selon KOSIS⁴²⁴, le nombre de minutes consacrées quotidiennement en moyenne par les hommes aux tâches domestiques est de 21 minutes en Corée du Sud alors qu'il est de 74 minutes dans les pays de l'OCDE. Ce pays occupe l'un des derniers rangs devant l'Inde et la Turquie. De surcroît, concernant l'inégalité de genre, « Global gender gap report » (ou en français, « le rapport mondial sur la parité entre hommes et femmes ») publié par le Forum Économique Mondial indique que la Corée du Sud se situe en 116^{ème} place sur 144⁴²⁵. Dans le cas où les deux époux travaillent, les femmes s'occupent toujours davantage des tâches domestiques. D'après KOSIS, dans le couple coréen, la femme et l'homme travaillent professionnellement en moyenne 41,3 et 47,1 heures respectivement par semaine en 2014⁴²⁶. Ce qu'il faut noter, c'est que lorsque l'enfant est plus jeune, la différence du nombre d'heures entre les deux époux est plus marquée : pour un enfant de moins de 6 ans, elle est de 34,9 et 48,4 heures (femme et homme respectivement) alors que pour un enfant entre 13 à 17 ans, il s'agit de 41,7 et 47,4 heures.

L'analyse d'une enquête nationale, menée en 2012 auprès de 10 000 personnes mariées âgées de 15 à 64 ans, montre que la réponse « l'homme doit assumer davantage de tâches domestiques qu'à présent » atteint 75,4 % (61,5 % « oui » et 13,9 % « tout à fait »). Pourtant, presque la moitié des personnes interrogées, 46,7 % (41 % « oui », 5,7 % « tout à fait »), répondent que « le mari doit gagner de l'argent ; la femme doit s'occuper des tâches domestiques et de sa famille ». Malgré la baisse du préjugé sur les rôles des sexes, il semble que l'opinion

⁴²⁴ KOSIS. 2015. *Social Research 2015*.

⁴²⁵ World Economic Forum. 2016. *The Global Gender Gap*.

⁴²⁶ Selon KOSIS (2015), le nombre moyen d'heures annuelles ouvrées par personne ayant un emploi correspond, en 2015, à 2 113 heures en Corée, contrairement à 1 766 dans les pays d'OCDE (1 482 en France).

traditionnelle persiste encore. À ce propos, certains jeunes hommes et même femmes, que nous avons interrogés, trouvent que les femmes sont plus aptes que les hommes à la prise en soin des malades ou des enfants.

« Je pense que le rôle de chaque sexe est déterminé en quelque sorte. Je ne pense pas qu'il est le même. L'homme doit être l'homme, la femme doit être la femme. L'homme n'arrive pas à subir l'accouchement. La femme ne peut pas être remplacée par l'homme. Si dans un couple il fallait choisir qui va renoncer au travail pour assurer des soins, entre l'homme et la femme, ce serait bien la femme qui quitterait le travail et commencerait à assumer les soins parce que le rôle et la capacité de chaque sexe sont différents. En outre, pour donner des soins, il faut de la patience et une attention délicate et, dans la plupart des cas, la femme présente bien ces caractéristiques. » Hyeji (jeune femme)

« Oui, il y a un rôle pour chaque sexe. On n'a pas le choix. Le fait d'avoir une famille à prendre en charge coûte de l'argent, quelqu'un devrait donc être absent de la maison pour son boulot mais dans la plupart des cas ce sont les hommes, en tant que chefs de famille. Pour le reste des tâches, comme les travaux ménagers, les femmes s'en occupent. Le rôle est différent... » Seoan (jeune femme)

« Je pense qu'il y a un rôle pour chaque sexe. C'est possible, parce qu'il y a des tempéraments différents chez l'homme et chez la femme, même si cela est peut-être construit par la société. Les femmes ne sont-elles pas plus gentilles que les hommes ? Attentives et délicates pour les soins. mais je sais qu'il faut de la force pour donner les soins. La femme costarde et l'homme délicat, ce serait parfait ! (rire) » Jaeyong (jeune homme)

Certes, l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail leur permettra d'être économiquement indépendantes. Selon KOSIS 2018, le taux d'emploi des femmes coréennes augmente progressivement de 39,3 % en 1970, 49,2 % en 2010 à 50,8 % en 2017⁴²⁷. La réalisation des études chez les femmes est également en hausse. En 2000, le taux d'entrée à l'université était de 60,3 % pour les femmes et 63,5 % pour les hommes, tandis qu'en 2017, les femmes ont dépassé les hommes, 72,7 % et 65,3 % respectivement. Pourtant, il semble que cela ne se retrouve pas forcément lors de la recherche d'emploi. Le taux d'emploi des femmes ayant un diplôme de niveau supérieur est paradoxalement moins élevé que celui des hommes de même niveau, 42,1 % et 48 % respectivement. Effectivement, selon plusieurs études, les femmes tendent à se retirer du marché du travail après le mariage, spécifiquement lors de la grossesse et de la naissance de leur enfant. Dans la population des femmes inactives, dont le taux atteint 11,9 % en 2017, parmi les raisons pour lesquelles elles sont hors du marché du travail, les occupations du ménage sont prépondérantes pour 53,9 %, les études pour 17,9 %, puis la garde des enfants pour 11,9 %. De plus, dans l'enquête nationale menée en 2015 auprès de 2 500 ménages, ayant au moins un enfant de moins de 5 ans, 1 567 femmes mariées ne travaillent pas.

⁴²⁷ 71,7 % et 71,2 % respectivement pour les hommes

En effet, 64,9 % ont dit « se concentrer au travail domestique et à la garde d'enfant », 21,5 % « il n'y a pas de lieu où confier l'enfant », 8,3 % « il n'y a pas de travail convenable ». Plus de la moitié des femmes ont répondu qu'elles chercheront un travail lorsque l'enfant aura grandi⁴²⁸.

D'une part, la culture confucianiste demande le respect du rôle de chacun dans la famille pour réaliser la piété filiale et la stabilité harmonieuse de la famille. D'autre part, parce que le développement social et économique de la Corée repose sur le modèle de Monsieur Gagne-pain comme la ressource prioritaire de protection sociale, la division du rôle selon le genre est fortement figée. Pour le taux d'emploi des femmes selon la tranche d'âge en 2007 et 2017, le taux chez les femmes de 45 à 50 ans est le plus élevé, de 69,7 %, il est de 69,6 % pour la tranche de 25 à 30 ans, et de 66,3 % pour les 50 à 55 ans (Annexe 4. G-9). Cela est l'effet de la réinsertion des femmes quadragénaires dans le marché du travail après l'éducation de leurs enfants⁴²⁹.

CHAPITRE 3. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION COREENNE ET REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA VIEILLESSE

L'amélioration des conditions de vie grâce aux développements technologiques et médicaux a permis de mieux vivre, dans un environnement plus sain et plus confortable, qu'à la veille de l'industrialisation. Un tel progrès a permis de prolonger l'espérance de vie mais en même temps nous assistons au phénomène du vieillissement démographique. Ceci se pose comme un enjeu social aujourd'hui du fait de l'augmentation de la population des personnes âgées dépendantes dans la dimension sociale et individuelle tout à la fois. Nous exposerons les contextes social, économique et politique de ce phénomène ainsi que les représentations sociales de la vieillesse et des personnes âgées.

A. Survenue de la société vieillissante

1. Allongement de l'espérance de vie à la naissance

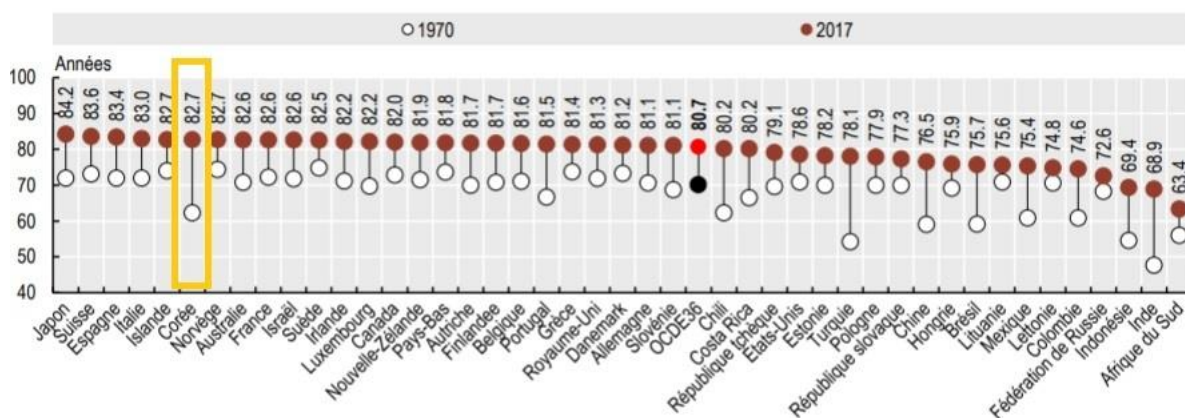
Selon la Division de la Population de l'Organisation des Nations-Unies (DPONU), le vieillissement de la population correspond à l'augmentation du nombre des personnes âgées par rapport à la population totale. Lorsque la population âgée de plus de 65 ans représente plus de 7 % de la population totale, on appelle ce type de société : *Ageing society* (société vieillissante), si le

⁴²⁸ E.-S. Kim *et al.* 2016. *op.cit.* p.107.

⁴²⁹ KOSIS. 2018. *Sociale Research 2018.*

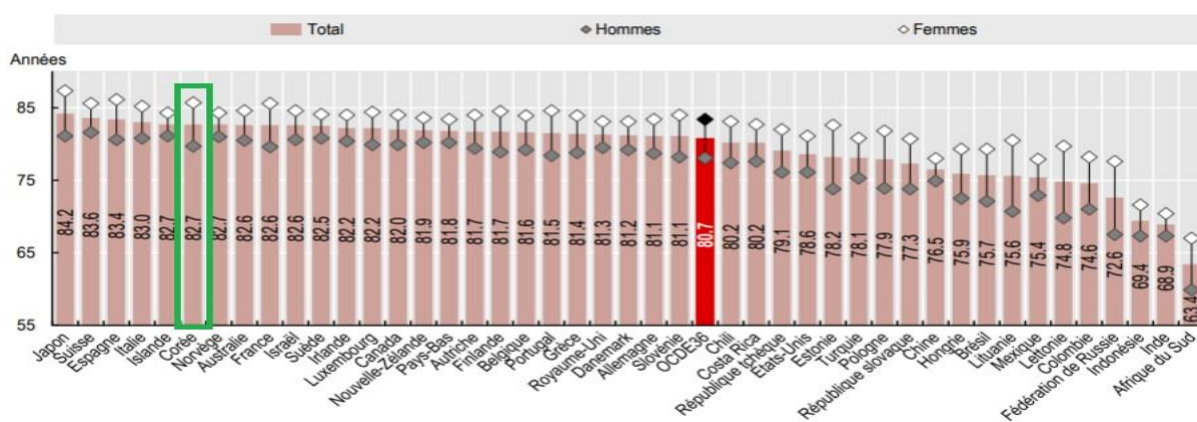
taux des plus de 65 ans est supérieur à 14 % on parle de : *Aged society* (société âgée), avec un taux de plus de 20 %, on est dans une : *Post-aged society* (société très âgée). Il a fallu 115 ans à la France pour que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans passe de 7 % à 14 %. Dans le cas de la Corée du Sud, ce taux atteint 12,2 % en 2013, alors qu'il était déjà de 7 % en 2000 (Annexe 4. T-15).

Graphique 1. Espérance de vie à la naissance, 1970 et 2017



Source : OCDE. 2019. Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019
StatLink : <https://doi.org/10.1787/888934067375>

Graphique 2. Espérance de vie à la naissance par sexe, 2017



Source : OCDE. 2019. Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019
StatLink : <https://doi.org/10.1787/888934067432>

Contrairement aux pays développés qui ont lentement expérimenté ce phénomène, la société coréenne a vécu subitement son vieillissement démographique⁴³⁰. Actuellement, on peut profiter d'une vie plus longue qu'auparavant en bénéficiant d'un changement de société inédit. En 2017, l'âge moyen de l'espérance de vie à la naissance dans les 34 pays de l'OCDE était de 80,7 ans (83,4 chez les femmes, 78,1 chez les hommes) 10 ans de plus qu'en 1970. En France, elle était équivalente à la moyenne de l'OCDE en 1970, mais elle s'est allongée en 2017 jusqu'à 82,6 ans.

⁴³⁰ KOSIS. 2013. *op.cit.*

La Corée du Sud a bénéficié d'environ 22 ans d'augmentation entre 1970 et 2017 : elle est passée de 61 ans à 82,7 ans (85,7 ans chez les femmes et 79,7 chez les hommes). Dans tous les pays, l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. En Corée comme en France, la différence par sexe s'élève à 6 ans en 2017. Dans le cas de la Corée, cet écart tend à se réduire de plus en plus, il était de 8,6 ans en 1985 (73,2 ans contre 64,6 ans)⁴³¹.

2. Chute du taux de fécondité et intervention politique

La diminution du taux de fécondité est un autre élément important qui accélère le vieillissement de la société⁴³². La moyenne du taux de fécondité des pays de l'OCDE est passée de 2,7 en 1970 à 1,6 en 2002, et il est de 1,7 en 2017. Dans le cas de la Corée du Sud, ce taux a dépassé celui du remplacement de la population (2,1) au début des années 1980 (2,82), et est resté au niveau de la moyenne du taux des pays de l'OCDE (1,6 à 1,8)⁴³³. Il s'est cependant mis à chuter à 1,66 et ne cesse de baisser progressivement pour atteindre 1,05 en 2017, alors qu'il est de 1,43 au Japon et 1,86 en France (Annexe 4. G-10). Selon KOSIS, le taux de fécondité de la Corée du Sud en 2018 est même inférieur à un enfant : 0,89.

On peut attribuer la raison principale de cette chute du taux de fécondité entre 1970 et 1985 à la politique du contrôle des naissances mise en place en 1961. Après la guerre civile coréenne en 1950-1953, le taux de fécondité a fortement augmenté. On appelle la génération du baby-boom ceux qui sont nés dans cette période de 1955-1963. Le taux de fécondité a alors donné lieu à l'accroissement de la population de 3 % chaque année. À cette époque, la croissance économique a stagné du fait de faibles ressources nationales, du taux de chômage élevé et de la structure industrielle en voie de développement concomitante aux préoccupations sur l'agriculture. L'État coréen a alors pris conscience qu'il ne serait pas possible d'accomplir un développement économique sans baisser le taux des naissances. D'où la « Planification familiale pour 10 ans » renforcée en 1963, qui a été mise en œuvre en parallèle avec la Première Planification du Développement Économique pour 5 ans (1962-1966). Celle-ci avait pour objectif de diminuer le taux de croissance de la population de 3 % en 1960 à 2 % jusqu'en 1971. Pour ce faire, l'État a incité les femmes de 20 à 44 ans à utiliser la contraception afin d'élever ce

⁴³¹ KOSIS. 2011. *Future Population Estimation 2010-2060*.

⁴³² « L'indicateur conjoncturel de fécondité mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme à la fin de sa période de fécondité (c'est-à-dire si, à chaque âge, sa probabilité de mettre au monde des enfants correspondait au niveau de fécondité de l'année considérée pour cet âge). On le calcule en faisant la somme des taux de fécondité à chaque âge sur une période de cinq ans. En supposant qu'il n'y ait pas de flux migratoire et que la mortalité n'évolue pas, l'indicateur conjoncturel de fécondité de 2.1 enfants par femme (seuil de renouvellement) assure une stabilité générale de la population. » (OCDE. 2014. *Panorama de la société*, Paris, Édition de l'OCDE, p. 98)

⁴³³ Y. C. Kim. 2011. « Réponse à l'augmentation de célibataires et baisse du taux de natalité », *KDI Focus*, vol.11, p.1.

taux (de la pratique de contraception) jusqu'à 45 %⁴³⁴.

Par ailleurs, la société traditionnelle coréenne tend à préférer voir naître des garçons plutôt que des filles. Si une femme donnait naissance à une fille, elle avait tendance à réessayer une grossesse jusqu'à accoucher d'un garçon, avec le souci du regard des autres. C'était une des causes particulières de l'augmentation du taux de fécondité. L'Etat a donc mené une campagne avec diverses affiches portant sur les slogans suivants : « Ne distinguons pas garçon de fille, il suffit de deux enfants », « Avec un nombre d'accouchements raisonnables, élever excellemment », « Deux enfants sont déjà trop », « Accoucher sans réfléchir, conduit fatalement à devenir mendiant ». Au cours des années 1970, l'État a constaté que la planification liée à la contraception n'avait pas d'effet du fait de la préférence pour les fils. Il a commencé à mettre en place plusieurs dispositifs avantageux pour influencer les familles : la limitation d'une déduction pour enfant à charge à partir du quatrième enfant en 1974, puis à partir du troisième en 1977, l'exemption du coût pour la consultation de la planification familiale, la réforme de la loi sur la famille pour la reconnaissance du droit d'héritage pour les femmes en 1977, et l'offre de la priorité de l'habitation dans une résidence HLM en 1978 pour les couples ayant eu trois enfants mais s'étant ensuite fait stériliser⁴³⁵.

Cependant, bien que le taux de fécondité soit en train de considérablement baisser, de 6,0 à 2,83 en 20 ans, l'État coréen a considéré que ces mesures étaient insuffisantes pour atteindre le but de 2,1 enfants d'ici 1986, et a pris une attitude plus sévère dans les années 1980 (Annexe 4. T-40). D'une part des affiches extrêmes et plus sévères ont été présentées : « un enfant par ménage, plein de bonheur », « explosion nucléaire horrible, explosion démographique encore pire ». D'autre part, la politique d'émigration a été introduite, ce qui fait que de nombreux ménages et mains d'œuvre tels que des infirmiers et mineurs ont immigré en Allemagne, aux États-Unis, au Vietnam, etc. À cette occasion, l'État a renforcé la politique de l'envoi des enfants pour les faire adopter dans les pays étrangers, mesure qui avait été mise en place à l'origine pour résoudre le problème des orphelins de la guerre civile. A cet effet, le taux de naissance a finalement chuté et s'est maintenu autour de 1,7 entre 1985 et 1995. La situation est désormais renversée : on voit l'émergence d'une critique de la politique du contrôle de naissances. L'État y a donc renoncé et s'est tourné vers la promotion des naissances. Au cours des années 2000, on peut constater des slogans tout-à-fait différents par rapport au passé : « plus d'un enfant, plus de bonheur », « un

⁴³⁴ En 1973, la loi sur l'avortement gratuit a été mise en place et il a pu être pratiqué pour une raison eugénique ou héréditaire, pour une maladie contagieuse particulière, un viol, une grossesse par le même lignage et la possibilité de nuire à la santé de la femme concernée.

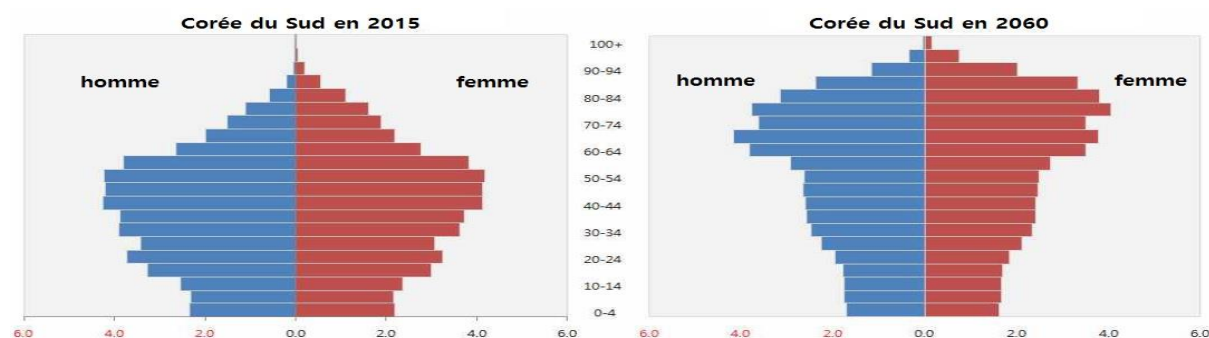
⁴³⁵ National Archives of Korea: <https://theme.archives.go.kr//next/populationPolicy/issue02.do>

enfant unique est solitaire », « le meilleur cadeau pour votre enfant est le cadet », « le bonheur pour deux plutôt qu'un, et trois plutôt que deux ».

3. Vieillesse démographique

L'allongement de l'espérance de vie à la naissance et la chute du taux de fécondité entraînent le déséquilibre de la pyramide des âges. En 2015, sa forme est déjà asymétrique à cause de la baisse des nouvelles naissances par rapport à la tranche d'âge moyen de la population (de 41 à 61 ans) dont fait partie la génération du baby-boom coréen. La Corée du Sud deviendra brusquement une société très âgée à partir de 2026, date à laquelle la génération du baby-boom entrera entièrement dans la tranche d'âge des 65 ans et plus. En 2060, la forme de la pyramide est tout-à-fait asymétrique et instable. On peut estimer que la prise en charge de la population âgée pèsera de plus en plus sur la société. En 2015, la population totale s'élève à 51 millions d'habitants, et la tranche d'âge des 65 ans ou plus atteint 13,1 %. Ce chiffre est de 3 % inférieur à la proportion moyenne de cette population dans les pays de l'OCDE (16 %). Toutefois, selon les prévisions, cette tendance se renversera à partir de 2030 : ce chiffre sera de 21,5 % pour les pays de l'OCDE tandis qu'il est estimé pour la Corée du Sud à 24,3 %, puis ne cessera de s'accroître, de 32,3 % en 2040 à 37,4 % en 2050⁴³⁶ (Annexe 4. G-11).

Graphique 2. Pyramide des âges en 2015 et estimation pour 2060



B. Hausse de la dépendance des personnes âgées

1. Augmentation de la prévalence de la maladie liée au vieillissement

Selon Monsieur le Dr Hirochio Nakajima, directeur-général de l'OMS en 1997⁴³⁷, « la longévité accrue ne présente guère d'intérêt. L'espérance de santé est plus importante que l'espérance de

⁴³⁶ OCDE. 2015. *Pension at a Glance 2015, OECD and G20 indicators*. Paris, OECD Publishing. ; Ministry of Health and Welfare. 2014. *Basic pension for 2015 based on statistics*.

⁴³⁷ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 1997. *Communiqué de presse du 5 mai 1997*. http://www.who.int/whr/1997/media_centre/en/whr97_press_release_fr.pdf

vie⁴³⁸». Comme le dit le Dr. Hirochio, l'espérance de vie ne garantit pas l'espérance de vie sans incapacité. Malgré les progrès de la médecine, l'allongement de la longévité va sans doute conduire à l'augmentation de la prévalence des maladies liées au vieillissement comme l'arthrite, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et la maladie d'Alzheimer, etc. Ces maladies sont le plus souvent caractérisées par leur caractère chronique et régressif. En 2014, 89,2 % des personnes âgées de plus de 65 ans ont au moins une maladie chronique⁴³⁹. Et celles qui ont plus de trois maladies chroniques sont même 46,2 % soit plus que celles qui sont atteintes d'une (19,5 %) ou deux (23,5 %) maladies. Le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, 92,4 % et 84,7 % respectivement (Annexe 4. T-41). Cependant on estime que cet écart diminue au fur et à mesure de l'avancée en âge. Et on constate qu'en général plus on est âgé, plus le taux de prévalence des maladies chroniques augmente.

Il faut noter que la maladie d'Alzheimer, l'une des maladies représentatives du vieillissement, est de plus en plus répandue aujourd'hui. En 2017, on a dénombré 703 968 malades, soit environ 9,95 % de la population totale des personnes âgées de plus de 65 ans. Et ce chiffre est estimé en augmentation progressive dans les prochaines années (Annexe 4. T-42)⁴⁴⁰. Pourtant, selon le rapport publié en 2018, le nombre des malades d'Alzheimer a dépassé ce que l'on avait prévu : en 2017, 705 473 malades, et 10 % pour la prévalence (alors qu'on l'avait estimée à 9,74 % en 2020). Les femmes sont plus touchées que les hommes, 63,9% et 36,1 % 63,9 % 450 797 personnes contre 254 676⁴⁴¹. Surtout le nombre des personnes touchées de plus de 75 ans s'accroît plus rapidement que prévu. Le prolongement de l'espérance de vie, avec des maladies chroniques, se matérialise de plus en plus nettement.

2. Diminution de la population active

La baisse du taux de fécondité et le vieillissement démographique entraîne une diminution de la population active qui doit prendre en charge la population des enfants et des personnes âgées. C'est en étudiant les ratios démographiques des personnes âgées dépendantes que l'on peut le mieux comprendre le contexte. Ces ratios montrent combien de personnes âgées de 65 ans et plus devront être prises en charge par 100 personnes en âge de travailler (de 20 à 64 ans). En

⁴³⁸ F. Balard. 2016. « La longévité : Temps de vie supplémentaire ou vie hors du temps? », *Gérontologie et société*, vol.39, no.151, p.138.

⁴³⁹ K.-H. Jeong *et al.* 2014. *Senior Survey 2014*. Policy Report, Korea Institut for Health and Social Affairs.

⁴⁴⁰ Ministry of Health and Welfare. 2018. *Nationwide Survey on the Dementia Epidemiology of Korea 2016*, p.8.

⁴⁴¹ National Institute of Dementia. 2018. *Korean Dementia Observatory 2018*.

1950, le ratio moyen des pays de l'OCDE était de 14. Il a augmenté à 28 en 2015 et aura doublé en 2075. En 2015, il y a 28 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes ayant une activité professionnelle. Le ratio devrait continuer à augmenter et atteindre 35 en 2025, 51 en 2050 et 55 en 2075. Le pays le plus âgé de l'OCDE en 2015 est le Japon, avec un ratio de dépendance démographique égal à 47. L'Allemagne et l'Italie ont également des ratios élevés correspondant respectivement à 35 et 37. Pourtant, en 2075, parmi les pays de l'OCDE, le vieillissement démographique le plus rapide se réalisera en Corée du Sud. En effet, le ratio était de 6 en 1950 mais il atteindra 80 en 2075. La Corée se transformera du quatrième pays le plus jeune de l'OCDE en 2015 au pays le plus vieux en 2075. Ainsi, il est évident que la prise en charge pèsera fortement sur la population en activité (Annexe 4. G-12)⁴⁴².

L'Office Statistique National Coréen estime que le nombre de la population en âge de travailler se trouve au point culminant en 2016 avec 37 630 000 personnes et baisse à partir de 2017. Notamment parce que la génération du baby-boom arrive à l'âge de la retraite, au rythme de plus de 300 000 personnes par an. Ce nombre n'atteindra même pas la moitié de celui de la population totale en 2065. Pour la structure démographique par tranche d'âge, le nombre des personnes de 25 à 49 ans, qui constitue la principale période active, va chuter en passant de 19 790 000 (52,8 % du total) en 2015 et 10 150 000 (49,3 % du total) en 2065. Le nombre de personnes actives pour subvenir aux besoins d'une personne âgée baisse rapidement en passant de 5,7 personnes actives en 2015 à 2,6 en 2030 (Annexe 4. G-13). De même 1,12 personnes actives devront prendre en charge une personne âgée en 2065 toujours selon la même ressource, même si le tableau ne l'affiche pas. Parallèlement le montant des dépenses pour la population âgée par rapport à PIB ne cessera de s'accroître (Annexe 4. T-43).

3. Personnes âgées coréennes les plus pauvres des pays de l'OCDE

La génération d'âge avancé est généralement fragile au niveau financier à cause de la diminution de ses ressources, mais elle a presque le même besoin de dépenses après avoir quitté le marché du travail. Quand l'état de santé d'une personne âgée ne lui permet pas de remplir seule les tâches de la vie quotidienne, celle-ci n'a souvent pas d'autres choix que d'être financièrement dépendante de sa famille à moins qu'elle ne dispose de ressources propres. Selon les statistiques de l'OCDE, basées sur la notion de pauvreté relative mesurée par la proportion

⁴⁴² Une étude récente estime que la Corée du Sud sera devenue d'ici à 2030 la championne du monde de la longévité en atteignant 90,82 ans chez les femmes (84 ans chez les hommes). Viendront ensuite les Françaises (88,55 ans) et les Japonaises (88,41 ans). V. Kontis, J. E. Bennett, C. D. Mathers, G. Li, K. Foreman et M. Ezzati. 2017. « Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble », *The Lancet*, vol.389, no.10076, p.1323–1335.

des revenus inférieurs à la moitié du revenu moyen disponible, on constate que 43,8 % des personnes âgées coréennes sont en situation de pauvreté en 2017. Ce taux est d'environ 30,3 p% supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE qui est de 13,5 % (Annexe 4. G-14)⁴⁴³. Autrement dit, la quasi moitié des plus de 65 ans en Corée du Sud vivent avec des revenus inférieurs aux revenus moyens de la population. En revanche, si on regarde le cas de la France, on y constate un faible taux de pauvreté qui est d'environ 3,4 %. A la lumière du taux moyen des pays de l'OCDE ainsi que de celui de la Corée, la France semble détenir un des grands succès de la politique sociale à l'égard des personnes âgées. Par ailleurs, le niveau des revenus des Coréens âgés de plus de 65 ans atteint 65,1 % de la moyenne des revenus des ménages totaux de la Corée du Sud, ce qui se situe presque au dernier rang des pays de l'OCDE (87,4 % en moyenne) (Annexe 4. G-15)⁴⁴⁴.

La part des transferts publics est très faible par rapport aux autres pays. La Corée est à 25 % devant la Turquie (14,9 %) et le Mexique (6,1 %) alors que la moyenne des pays de l'OCDE s'élève à 57,1 %. Nous pouvons attribuer en grande partie la cause de la pauvreté des personnes âgées à l'immaturation des systèmes publics qui garantissent les revenus des personnes âgées. Tout d'abord, la pension de retraite, comme système principal du transfert public, a été mise en place tardivement en Corée, en 1988, et ne s'est universellement appliquée que depuis 1999. Lors de la mise en place du régime, le taux de remplacement des revenus correspondait à 70 % entre 1988 et 1998 pour les assurés ayant cotisé pendant 40 ans⁴⁴⁵, mais ce taux a été ramené à 60 % en 1999 puis 50 % en 2008 ; enfin depuis 2009, il est réduit de 0,5 % par an pour atteindre 40 % en 2028. Le problème est que la plupart des Coréens n'arrivent pas à cotiser 40 ans en raison de la mise en place récente du système⁴⁴⁶. De plus le taux des bénéficiaires est bas : en 2014, il ne représente que 35,6 % de la population âgée de 65 ans et plus. Par exemple, lors de la mise en œuvre de cette loi en 1999, les gens de plus de 60 ans ne pouvaient pas avoir cotisé 10 ans. Ils ont été alors mis en marge, loin d'être protégés. En 2015, la moyenne de la durée de cotisation des assurés correspond seulement à 15,9 ans. La pension de vieillesse mensuelle moyenne atteint à peine 336 680 wons (=253 euros). Les assurés ayant cotisé plus de 20 ans ont reçu en moyenne 883 000 wons (= 660 euros), et ceux qui ont contribué pendant 10 à 19 ans 404 000

⁴⁴³ OECD. 2019. *Pensions at a glance 2019: OECD and G20 Indicators*, Paris, OECD Publishing, p.187.

⁴⁴⁴ *Ibid.* p.185.

⁴⁴⁵ L'État avait prévu au début que le système de pension demanderait « une moindre contribution mais attribuerait une prestation plus élevée ».

⁴⁴⁶ Y.-M. Kim. 2015, « Does the National Pension Scheme Violate Intergenerational Equity ? A Fresh Look at the Generational Equity of the National Pension Scheme Based on the Current Generation's Double Payment Problems », *Social Welfare Policy*, vol.42, no.4, p.127-151.

wons (= 300 euros). Le montant versé le plus élevé s'élève à 1 865 000 wons (= 1 350 euros)⁴⁴⁷. Il faut noter que parmi les 3 752 581 bénéficiaires de la pension nationale en 2015, la majorité (29 %) reçoivent entre 100 000 et 200 000 wons (= de 70 à 140 euros). Viennent ensuite (27 %) ceux qui touchent de 200 000 à 300 000 wons (= 140 à 210 euros). Enfin, 15 % des bénéficiaires reçoivent de 300 000 à 400 000 wons (de 210 à 280 euros). Seuls 2,5 % (93 656 personnes) bénéficient de plus de 1 000 000 wons (= plus de 700 euros). Ainsi, près de 60 % des pensionnés reçoivent un versement du niveau d'un « argent de poche ».

Face à la sérieuse question sur la pauvreté des personnes âgées, la pension de base a été mise en place en 2008 en ayant pour objectif d'aider les personnes âgées de plus de 65 ans qui n'ont pas pu cotiser à la pension nationale ou qui ont des difficultés à vivre faute de moyen. Pourtant le montant n'est pas moins élevé. Avant la réforme de 2014, le niveau était fixé à 5 % de la moyenne du revenu mensuel de toutes les personnes assurées à la pension nationale, puis allait progressivement monter jusqu'à 10 % jusqu'en 2028. Le montant a été considérablement amélioré : de 94 300 wons (=65 euros) pour une personne en 2012 à 253 750 wons (=195 euros) en 2019⁴⁴⁸. Certes, ce dispositif a prouvé l'amélioration de la situation financière des personnes âgées. Le taux de disparité de la pauvreté est en baisse, de 5,3 p% (de 51,5 à 46,2 %) en 2013 jusqu'à 11,8 p% (de 52,6 à 40,8 %) en 2016⁴⁴⁹. Toutefois, malgré l'effet positif et la hausse du montant, cela ne signifie pas que tous les bénéficiaires peuvent toucher ce montant, car depuis 2014, le montant versé est calculé par rapport au montant de la pension nationale. C'est-à-dire que pour les pensionnés qui sont aussi des bénéficiaires, le montant de la pension de base est réduit selon leurs montants de retraite ((250 % x 253 750) – le montant de retraite). L'État a établi ce programme pour que la somme totale de la pension nationale et de la pension de base ne dépasse pas 500 000 wons (=370 euros). De plus, pour les bénéficiaires du Minimum Vital, cette pension basique est prise en compte comme revenus : de ce fait le versement du montant du Minimum Vital est réduit. C'est la raison pour laquelle de nombreux partenaires sociaux réclament la révision de la loi, tandis que l'État le refuse en raison du problème de financement⁴⁵⁰.

En tout état de cause, la part de transferts publics est faible dans les revenus des personnes âgées de plus de 65 ans tandis que celle des revenus du travail continue à représenter la part majeure même après l'âge de la retraite. Selon l'OCDE, en 2015, la part des sources de revenus des

⁴⁴⁷ National Pension Statistics Facts : <https://www.data.go.kr/dataset/15005662/fileData.do>

⁴⁴⁸ Service de la pension basique de vieillesse (http://bop.mw.go.kr/Nfront_main/index.jsp)

⁴⁴⁹ J.-H. Lim. Journal quotidien *JoongAng*, le 02. 05. 2018. <https://news.joins.com/article/22588180>

⁴⁵⁰ H.-M. Kang. Article dans Forum *Be minor*, le 17. 01. 2018. <http://beminor.com/detail.php?number=11784>

personnes âgées coréennes atteint 30,2 % de transferts publics, 19,1 % de revenu du capital et même 50,8 % de revenus du travail, alors qu'il est de 58 %, 10,1 % et 23,6 % respectivement pour la moyenne des pays de l'OCDE (77,3, 17,2 et 5,5 en France et 51,3, 10,0 et 38,7 au Japon respectivement). Cela peut expliquer pourquoi la sortie du marché du travail en Corée du Sud est la plus tardive parmi les pays d'OCDE : en 2016 en Corée l'âge de sortie est de 72 ans pour les hommes et 72,2 ans pour les femmes malgré un âge officiel de retraite à 60 ans, tandis que dans la moyenne des pays de l'OCDE il est de 65,1 ans, 63,6 et 64,3 ans respectivement. Pour la France, il est à 60 ans, 60,3 ans et 61,6 ans respectivement (Annexe 4. G-16). Il est normalement logique que plus on travaille longtemps, plus on gagne, mais vu que le taux de la pauvreté coréen est le plus élevé, on peut supposer que le système de pension de retraite n'est pas encore mature.

Un des indicateurs permettant d'évaluer le niveau de satisfaction de vie est le taux de suicide. Les statistiques de l'OCDE publiées en 2019 concernant la proportion de suicides chez les personnes âgées de plus de 65 ans montrent que vivre en tant que personne âgée en Corée du Sud est particulièrement difficile. En effet, le taux de suicide au sein de cette population occupe le premier rang parmi les pays de l'OCDE : 24,6 décès en moyenne par 100 000 habitants (24,4 décès en Lituanie) dont 37,4 chez les hommes et 14,1 chez les femmes. Ces chiffres sont deux fois plus élevés qu'en France (13,1 décès dont 21,8 chez les Français et 5,8 chez les Françaises) (Annexe 4. G-17). On pourrait expliquer ce phénomène par la crise économique, l'affaiblissement de l'intégration sociale et le déclin du soutien familial traditionnel⁴⁵¹. De surcroît, les personnes les plus défavorisées risquent davantage d'être touchées. Selon le rapport sur le contexte des personnes âgées coréennes en 2017, parmi les raisons des suicides chez les personnes âgées de plus de 65 ans, on note la difficulté économique (27,7 %) qui en est la première cause, suivie de la santé (27,6 %) (Annexe 4. G-18). Ces résultats sont inversés par rapport à la même enquête de 2011 : la Santé était la cause principale pour 32,6 %, suivie de la difficulté économique pour 30,8 %. Malgré la diminution du chiffre, cela signifie que la situation financière des personnes âgées ne s'est pas nettement améliorée pendant cette période-là. Mais avant tout, le fait que ces deux raisons se trouvent toujours en tête implique que celles-ci sont interconnectées. Car l'atteinte de la maladie entraîne des dépenses médicales, et le maintien de la santé est également lié à l'argent pour une bonne nutrition. La vulnérabilité aux problèmes économiques et/ou de santé qui facilite la paupérisation des personnes âgées coréennes souligne le besoin d'une intervention publique renforcée.

⁴⁵¹ OCDE 2019. *Panorama de la santé OCDE 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, Éditions OCDE.

C. Représentations sociales de la vieillesse

Depuis l'arrivée du vieillissement démographique, « avoir de l'âge » ne signifie plus forcément la sagesse comme on l'a considéré quand l'espérance de vie n'était pas aussi élevée qu'aujourd'hui. Pour quelles raisons le « vieillissement » qui est pourtant un processus biologique porte-t-il un sens de plus en plus négatif ?

1. Changement des représentations de la vieillesse et des personnes âgées

1.1. Ambiguïté des définitions : vieillesse et personne âgée

Le vieillissement est un processus naturel et continu vers de multiples « déficiences corporelles », comme sexuelle, sensorielle et fonctionnelle⁴⁵². Il porte globalement sur quatre changements caractéristiques : « généralisé, touchant tous les individus d'une même espèce ; intrinsèque, non déterminé par des facteurs du milieu ; progressif, en cela il s'oppose aux accidents et aux pathologies ; involutif, provoquant des altérations et des dégradations »⁴⁵³. Quant à la vieillesse, elle résulte d'une construction sociale : « les périodisations du temps résultent de pratiques sociales déterminées. Mais si une activité ou une pratique sociale produit un certain temps, réciproquement le temps sert de cadre structurant cette activité »⁴⁵⁴. Pour A.-M. Guillemard, la définition de la vieillesse est façonnée au cours du développement des systèmes de retraite ainsi que des prestations sociales (en passant par la période de la vieillesse invisible, de la vieillesse identifiée, de la vieillesse assistée et de la vieillesse intégrée)⁴⁵⁵. Le critère du travail a donc engendré l'idée de la vieillesse comme le temps du repos : les retraités font partie de la catégorie de la population inactive.

Ainsi, la vieillesse porte sur le crépuscule de la vie. Selon le dictionnaire de la gérontologie sociale, la vieillesse est définie comme « dernière période de la vie humaine ; temps de la vie qui succède à la maturité et qui est caractérisée par les phénomènes de sénescence ; le fait pour l'être humain d'être vieux ; période de la vie pendant laquelle l'organisme se transforme (processus de vieillissement) et la vitalité fléchit ; état physique, moral qui caractérise habituellement la dernière partie de la vie »⁴⁵⁶. Il en va de même pour la Corée. Dans le dictionnaire coréen, 노년 (老年) [*nonyeon*] ou 노년기 (老年期) [*nonyeongi*], la vieillesse en

⁴⁵² C. Attias-Donfut. 2008. « Le corps vieux, entre imaginaire et épreuve de réalité », In Bloch D., Heilbrunn B. et Le Goues G. *Les représentations du corps vieux*, Fondation Eisai, Paris, PUF, p.75

⁴⁵³ P. B. de Aguilar. 2015. « Vieillir : un carrefour des temps biologique », *Gérontologie et société*, vol.37, no.148, p.59-69. p.65.

⁴⁵⁴ C. Attias-Donfut. 2006. « Temps social, temps individuel et vieillissement », In Attias-Donfut, C., Cyrulnik, B., Klein, É. Et Misrahi, R.. *Penser le temps pour lire la vieillesse*, Paris, PUF, p.115.

⁴⁵⁵ A.-M. Guillemard. 1980. *La vieillesse et l'État*, Paris, PUF.

⁴⁵⁶ R. Vercauteren. 2010. *Dictionnaire de la gérontologie sociale*, Paris, érès, p.247

coréen, signifie l'âge avancé ou la période pendant laquelle la personne âgée subit la décroissance de sa fonction physiologique⁴⁵⁷. 노인 (老人), [*noïn*] personne âgée en coréen signifie « personne qui est vieille ». On suppose que la fonction corporelle diminue systématiquement une fois que l'on entre dans cette période. L'âge de la personne âgée en Corée est fixé à 65 ans depuis la promulgation de la Loi de la protection sociale des personnes âgées en 1981. Dans ce pays, le sens du terme « l'âge de la personne âgée » s'oppose à celui « d'âge du travail (15-64 ans) », donc cet âge donne accès au droit des prestations sociales et de l'assurance de soins de longue durée. Il ne correspond ni à l'âge de la retraite, qui est officiellement fixé à 60 ans, ni à celui de l'ouverture du droit à la pension de retraite qui est fixé à partir de 62 ans. Du fait de ces différences, il y a risque de confusion pour repérer le « véritable âge de la personne âgée ».

Le temps de la vieillesse est remis en question aujourd'hui. Le fait que le vieillissement concerne biologiquement tous les âges ne signifie pas que tout le monde vieillit de la même façon. Si l'amélioration des conditions de vie et le développement de la médecine permettent de retarder le vieillissement ainsi que la dégradation de l'état de santé, les divers modes de vie des individus, leurs diverses situations et histoires personnelles entraînent chacun à vieillir différemment⁴⁵⁸. De surcroît, la retraite ne signifie pas la vieillesse, car ce n'est pas l'arrêt total de l'activité social et/ou économique⁴⁵⁹. Cette éventualité se manifeste nettement en Corée. La vieillesse n'est pas uniquement un fait biologique, c'est aussi un fait culturel⁴⁶⁰. L'étude de V. Gimbert *et al.* distingue des groupes d'âges de la vieillesse parmi l'ensemble de la tranche d'âge, selon le niveau d'activité sociale ou économique et du niveau de santé⁴⁶¹.

- Les « seniors » : l'ensemble des individus ayant entre 50 et 75 ans. Encore en emploi, insérés dans la vie sociale ou économique, ou à la retraite, en plus ou moins bonne santé
- Les « personnes âgées » [ou les « aînés »] : les plus de 75 ans, dont la santé se dégrade durablement et chez lesquels des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. Leur vie sociale est moins intense, un processus de retrait se constate.
- Le « Troisième âge » : Les personnes âgées de 75 à 85 ans qui, malgré la dégradation de leur

⁴⁵⁷ Naver dictionnaire coréen : <https://ko.dict.naver.com/>

⁴⁵⁸ B. Puijalon et J. Trincaz. 2000. *Le droit de vieillir*, Fayard, Chapitre 2. ; B. Fromage. 2007. « Approche du vieillissement à travers l'expérience subjective », *L'information psychiatrique*, vol.83, p.229-233. ; C. Attias-Donfut. 1988. *op.cit.* p.134-143.

⁴⁵⁹ A. Guillemard. 2007. « Une nouvelle solidarité entre les âges et les générations dans une société de longévité », *In* Paugam, S. (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, Puf, p.355-375. ; V. Caradec. 2008. « « Jeunes » et « vieux » : Les relations intergénérationnelles en question », *Agora débats/jeunesses*, no.49, p.20-29.

⁴⁶⁰ S. De Beauvoir. 1970. *La Vieillesse*, Gallimard, p.19

⁴⁶¹ V. Gimbert, C. Godot, V. Wisnia-Weill. 2010. « Vivre ensemble plus longtemps, Centre d'analyse stratégique », *Rapports & documents*, no. 28, p.14

état de santé, restent autonomes.

- Le « Grand âge » : les personnes âgées au-delà de 85 ans subissant des processus accélérés de perte d'autonomie et de grandes fragilités.

Dans la société coréenne, l'appellation de 신중년 [*shinjungnyeon*], soit « nouvel âge moyen » soit « senior actif » ou « troisième âge » en traduction descriptive, est apparue seulement depuis 2013 à travers plusieurs médias. Cette classe désigne la population âgée de 60 à 75 ans, et montre une caractéristique particulière par rapport à l'ensemble de la classe vieillisse : l'activité vive et dynamique, l'autonomie de niveau élevé, la nouvelle classe de consommateur⁴⁶².

Cependant, la vieillisse n'est ni une donnée, ni un fait naturel, mais une construction, historique et culturelle⁴⁶³. Selon V. Caradec, « il n'est pas facile de définir la vieillisse, la notion évoquant une série de termes qui se confondent, se recouvrent ou s'opposent : personnes âgées, vieillards, troisième âge, quatrième âge, aînés, retraités et seniors etc. Il n'est guère plus simple d'en déterminer le seuil [...] »⁴⁶⁴. Pour J. Trincaz et B. Puijalon, le terme « personne âgée » est défini, dans le Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement, comme « personne plus âgée que la moyenne des autres personnes de la population dans laquelle elle vit »⁴⁶⁵ il apparaît comme une notion floue, voire incohérente. Car où situer la moyenne des personnes âgées dans une population ? Si cette moyenne est de 42 ans en France en 2020 selon l'INSEE, serait-on une personne âgée au-delà de cet âge ? Quant à P. Bourdieu, « on ne sait pas à quel âge commence la vieillisse, comme on ne sait pas où commence la richesse ⁴⁶⁶ ». La vieillisse est de ce fait subjective. Selon D. Argoud et B. Puijalon, « la vieillisse est perçue non pas comme le résultat d'un long cheminement, mais comme un événement » et comme un coup de tonnerre déclenché par un signe apparemment banal : une chute, un anniversaire, une phrase ou un regard d'autrui⁴⁶⁷. De plus, pour B. Fromage, « le vieux en soi on ne le rencontre que de temps en temps, à la faveur du regard de l'autre sur soi »⁴⁶⁸. L'âge chronologique ne peut plus être le seul critère d'entrée dans la vieillisse⁴⁶⁹.

Selon C. Gucher, la vieillisse peut évoluer avec régularité, ou plus spécifiquement en articulant singularité et régularité. Les personnes âgées peuvent présenter « les similitudes des formes de

⁴⁶² Y. Lee. 2015. *A Study on the Presence of Active Seniors in Korea and Their Consumption Behaviors*, Ph. D. Thesis in Economic, Korea University.

⁴⁶³ B. Puijalon et J. Trincaz, 2000, *op.cit.* p.38.

⁴⁶⁴ V. Caradec. 2008 [2001]. *Sociologie de la vieillisse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, p.5.

⁴⁶⁵ B. Puijalon et J. Trincaz. 2000. *op.cit.*, p.35.

⁴⁶⁶ P. Bourdieu. 1984. *La jeunesse n'est qu'un mot*, Paris, Editions de Minuit, p.143.

⁴⁶⁷ D. Argoud et B. Puijalon. 1999. *La parole des vieux*, Paris, Dunod, p.90.

⁴⁶⁸ B. Fromage. 2007. *op.cit.* p.231.

⁴⁶⁹ L. Bizzini. 2007. « L'Âgisme. Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence », *Gérontologie et Société*, vol.30, no.123, p.263-278.

la vieillesse et au-delà du caractère singulier de chaque histoire de vie, d'en appréhender les lignes de sens commun [...] selon les trajectoires, les ressources intellectuelles et sociales et les milieux où évoluent les personnes »⁴⁷⁰. En ce sens, l'âge d'entrée dans la catégorie de personne âgée doit aujourd'hui prendre en compte deux aspects, c'est-à-dire le vieillissement singulier de chacun des Coréens, et le vieillissement régulier des Coréens qui se situent dans le même cadre contextuel. C'est actuellement l'un des enjeux politiques. L'âge d'entrée dans la catégorie de personne âgée, fixée à 65 ans, n'a pas changé pendant 38 ans, depuis sa mise en place en 1981, alors que l'espérance de vie, qui était à 66,1 ans en 1980, s'est élevée de 17 ans jusqu'en 2017. Du fait de l'écart avec la réalité, la nécessité de l'ajustement de l'âge de la personne âgée a été posée depuis quelques années. En 2016, suite à la demande du gouvernement de Park Keun-Hye, l'Association Coréenne de la Personne Âgée (ACPA), groupe principal et conservateur, qui défend l'intérêt des personnes âgées, a préconisé d'élever l'âge d'entrée dans la catégorie de personne âgée à 70 ans. À ce propos, les autres groupes sociaux libéraux ont aussitôt vivement protesté, disant que c'était une stratégie pour réduire le nombre des personnes âgées, et le coût des dépenses pour cette population. Alors que pour le taux de pauvreté, la Corée occupe le premier rang dans les pays d'OCDE, la hausse de l'âge de la personne âgée signifierait la baisse du nombre des bénéficiaires des prestations sociales concernées. On n'a pas non plus négligé l'intérêt de l'ACPA qui se cache derrière : tous les membres de l'ACPA ont plus de 70 ans. De ce fait, le projet du changement de l'âge a été abandonné⁴⁷¹. Néanmoins, suite à l'augmentation continue des dépenses publiques et à la baisse de la fécondité, le gouvernement de Moon Jae-In a dénoncé la nécessité de l'ajustement, mais il repousse petit à petit l'âge d'entrée dans la catégorie de personne âgée vers 70 ans pour anticiper la pérennité de la gestion du budget des affaires sociales et de la santé. Dans ce cas-là, se posent les questions de l'exclusion de certaines personnes âgées du bénéfice des prestations sociales, du recul de l'âge de la retraite ainsi que du dispositif qui garantit le maintien de l'emploi jusqu'à l'âge législatif, et donc de la diminution du nombre d'emplois pour les jeunes.

Ainsi, l'âge d'entrée dans la catégorie de personne âgée est ambigu en Corée du fait de l'écart entre l'âge législatif et la situation réelle. Toutes les personnes que nous avons interrogées ont énuméré divers critères pour définir l'âge de la personne âgée selon leurs propres pensées.

⁴⁷⁰ C. Gucher. 2012. *Vieillesse différenciées et " effets de milieu " : Contribution à une théorie sociologique du vieillissement et de la vieillesse*. Habilitation à diriger des recherches en Sociologie. Université de Grenoble, p.26.

⁴⁷¹ Journal quotidien électronique « *Pressian* », le 20. 05. 2019 : http://pressian.com/m/m_article/?no=241562#08gq

Tableau 4. Critères pour définir l'âge de la personne âgée

Critères		Contenu
Critères normatifs	Âge de la personne âgée législatif	● Entre 65 et 70 ans ? Lorsqu'on n'arrive pas à travailler ?
	Âge de la retraite	● L'âge de la retraite est quand la personne âgée perd la capacité économique...
	Espérance de vie	● À partir du milieu des 70 ans ? 60 ans (l'âge de retraite) c'est jeune. On vit désormais 80 à 90 ans. ● J'ai l'impression que l'âge s'allonge... Plus de 80 ans ? 60 ans c'est très jeune... en gros 70 ans...ou 80 ans.
	Cycle de vie	● Personne âgée c'est la personne qui est âgée... puisqu'on devient naturellement personne âgée au fil du temps. C'est 70 ans. Lucky seven !
Critères subjectifs	Santé	● 70 ans. Quand je pense à la personne âgée, c'est la santé qui me vient d'abord à l'esprit.
	Fécondité	● Plus de 80 ans ? J'ai vu des gens de 60, 70 ans avoir des bébés...
	Avoir un travail	● Je ne sais pas parce qu'on peut quand même travailler malgré l'âge. ● 80 ans ? Le moment où l'activité de travail se termine presque ? Enfin, on a souvent une deuxième vie après la retraite, investir ou avoir d'autres jobs, mais la vieillesse est le moment où même cet autre travail se termine...
	Apparence physique	● L'âge de 80 ans... On pourrait appeler les gens au début de la soixantaine monsieur et madame selon leur visage, mais dès 65 ans et plus on aurait l'impression d'être en face d'une personne âgée...
	Référence à leurs propres parents (chez les jeunes adultes)	● 65 ans ? Il y a 5 ans, je considérais l'âge de 60 ans comme celui d'une personne âgée mais mes parents ont 60 ans cette année, ils ne sont pas des personnes âgées. ● Je dirai 65 ans. Je considérerai mon père comme une personne âgée dans dix ans. Pour le moment, il est trop en forme pour dire personne âgée. ● 80 ans. A mes yeux, la sexagénaire est encore trop jeune pour qu'on la désigne comme personne âgée. En gros, comme mes parents...
	Relativité	● La personne qui a plus vécu que les autres. Au milieu de 70 ans. ● Personne qui a un grand âge. Si je me considère comme personne âgée, je suis personne âgée. Si la personne de 60 ans se prend comme âgée, c'est une personne âgée. Diviser selon l'âge pour être une personne âgée..... c'est vraiment varié comme critère. L'état de l'esprit... en fonction de l'activité économique... mais cela ne veut pas dire la retraite... l'âge et la libre volonté... Même si j'avais 80 ans, je ne serais pas une personne âgée si je ne me considère pas comme ça.
	Petits-enfants	● Quand on a des petits-enfants ?

En tout état de cause, même si l'âge ne peut pas être le critère qui détermine clairement l'entrée dans la catégorie de personne âgée, notre étude prendra l'âge comme critère faute de mieux. Conformément à l'âge législatif en Corée du Sud, et même si nous n'y souscrivons pas tout à fait, nous considérerons par principe l'âge à partir de 65 ans comme celui d'une personne âgée pour la Corée du Sud. Mais nous pouvons éventuellement abaisser la limite à 60 ans, selon

quelques statistiques qui la prennent comme éventail du critère d'âge. Dans ce cas-là, nous précisons de quel âge nous parlerons.

1.2. Représentations sociales de la vieillesse et des personnes âgées

Dans *Le Portrait de Dorian Gray*, roman d'Oscar Wilde, Dorian Gray, en regardant son beau portrait, préférerait donner son âme et pouvoir garder sa jeunesse pour toujours.

« Comme c'est triste! Je vais devenir vieux, horrible, effrayant. Mais ce tableau restera éternellement jeune. [...] Si seulement ce pouvait être le contraire ! Si c'était moi qui restais toujours jeune, et que le portrait, lui vieillit ! Pour obtenir cela, pour l'obtenir, je donnerais tout ce que j'ai! Oui, il n'y a rien au monde que je refuserais de donner! Je donnerais mon âme pour l'obtenir! [...] La jeunesse est le seul bien qui vaille. Quand je m'apercevrai que je suis en train de vieillir, je me tuerai ⁴⁷²»

Le moment de la dégradation de la santé liée au vieillissement se manifeste différemment chez les individus. Mais le « corps vieux » s'inscrit dans une image négative, ce qui fait que l'on doit essayer de le maîtriser pour « bien vieillir » et « lutter contre la dépendance »⁴⁷³. En fait, si la vieillesse est souvent conçue comme l'état de dépendance, c'est parce que cela renvoie à la diminution fonctionnelle du corps intérieur : « les cellules se renouvellent jusqu'à un certain point. [...] La vie vieillit normalement jusqu'à la limite au-delà de laquelle le vieillissement ne peut plus contribuer au renouvellement de la vie »⁴⁷⁴. Ainsi malgré l'embellissement de la vieillesse tel que le modèle de « vieillissement réussi », la vieillesse devient impuissante face à la jeunesse dont la société d'aujourd'hui ne cesse de faire l'éloge : « on se réjouit de vivre toujours plus longtemps, mais personne n'accepte de vieillir. [...] la vieillesse est un temps où l'on n'est plus productif, plus désirable »⁴⁷⁵.

À l'instar du jeunisme qui domine les sociétés modernes, les Coréens se préoccupent particulièrement de l'apparence physique. Selon l'enquête menée par *Jobkorea* auprès de 2 361 salariés en 2019, 88,7 % ont reconnu que l'apparence fait partie de la valeur de l'individu, et cela concerne 91,9 % des femmes et 85,4 % des hommes. À la question « avez-vous l'expérience d'avoir bénéficié d'avantages ou d'être discriminé à cause de votre apparence physique ? », 55,8 % ont déclaré « oui », soit 60,0 % des femmes et 51,4 % des hommes⁴⁷⁶. De

⁴⁷² O. Wilde. 2000. *Le portrait Dorian Gray*, traduit par Tony Ross, Gallimard Jeunesse, p.38

⁴⁷³ J. Trincaz, B. Puijalon et C. Humbert. 2008. « La lutte contre le vieillissement », *Gérontologie et société*, vol.31, no.125, p.23-37. ; V. Duprat-Kushtanina. 2015. « Texte de cadrage. Corps vieillissant, un objet pour les sciences sociales », *Gérontologie et société*, vol.37, no.148, p.13.

⁴⁷⁴ G. Le Blanc. 2008. « En quoi une philosophie de la vie ne peut-elle être qu'une philosophie de la vieillesse », *In* Ameisen, J.-C., Le Blanc, G. Et Minnaërt, É. *Anthropologies du corps vieux*, Fondation Eisai, Paris, puf, p.93-94.

⁴⁷⁵ B. Puijalon et J. Trincaz. 2000. *op.cit.*, p.262.

⁴⁷⁶ Press Jobkorea. Le 18. 06. 2019.

même, en 2015 la Corée est classée au troisième rang des pays où les opérations de chirurgie esthétique plastique sont les plus pratiquées, derrière les États-Unis et le Brésil⁴⁷⁷. Selon l'enquête nationale menée par *Gallup Korea* auprès de 1 500 Coréens âgés de plus de 19 ans en 2015, 14 % des femmes et 1 % des hommes ont déclaré avoir eu recours à la chirurgie esthétique. Cela concerne particulièrement les plus jeunes femmes : 31 % des femmes entre 20 et 30 ans, 16 % des femmes trentenaires et 10 % des personnes de plus de 40 ans. Plus de la moitié des personnes interrogées ont reconnu la possibilité de se faire opérer pour favoriser l'emploi et le mariage. Mais la proportion des femmes est là encore plus élevée⁴⁷⁸. Elles sont le plus sensibilisées à leur apparence, et en même temps davantage concernée socialement par cette valeur. La société coréenne s'est imprégnée de la suprématie de l'apparence physique, autrement dit, une société de l'anti-vieillesse.

« Je n'aime pas la vieillesse. De nos jours, on fait une opération de chirurgie esthétique pour rajeunir, mais je ne peux pas la faire faute d'argent. »^{Mme} Seong (belle-fille)

Avoir de l'âge, et en particulier atteindre la vieillesse, est implicitement et explicitement « stigmatisée » dans la société moderne. Cette labellisation est classifiée comme l'âgisme, qui renvoie au troisième grand « isme » après le racisme et le sexisme. Ce concept, créé aux États-Unis en 1969 par Robert Butler, est défini comme « un malaise profond de la part des jeunes et des personnes d'âge moyen - une répulsion personnelle et un dégoût pour le vieillissement, la maladie, le handicap, et la peur de l'impuissance, de l'« inutilité » et de la mort »⁴⁷⁹. Pour E. Palmore, il s'agit des stéréotypes, des préjugés et des attitudes négatives au niveaux affectif, cognitif et comportemental à l'égard des personnes âgées. Ceci renvoie à la discrimination en raison de l'âge chronologique et aux comportements qui excluent des individus plus âgés ou les placent dans des situations désavantageuses. Il souligne que l'âgisme peut recouvrir l'ensemble des discriminations de formes positives et négatives. C'est-à-dire que les préjugés ou les discriminations peuvent opérer contre les personnes âgées mais aussi en leur faveur⁴⁸⁰. Pour L. Bizzini, l'âgisme est une assimilation de la vieillesse et du vieillissement à l'affection, à la maladie, à la déchéance et à l'affirmation qu'on ne change plus après un certain âge⁴⁸¹. D'après B. Puijalon et J. Trincaz, l'âgisme peut être classifié en deux catégories, l'âgisme universaliste et

https://m.jobkorea.co.kr/GoodJob/Tip/View?News_No=15640&schCtgr=0&TS_XML=

⁴⁷⁷ International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS). 2015. *Quick Facts: Highlights of the ISAPS 2015 Statistics on Cosmetic Surgery*.

⁴⁷⁸ Journal de quotidien « *Kukmin* », le 22. 05. 2015. <http://m.kmib.co.kr/view.asp?arcid=0009469094>

⁴⁷⁹ R. Butler. 1969. "Age-ism : Another Form of Bigotry", *The Gerontologist*, vol.9, p.243.

⁴⁸⁰ E. Palmore, L. Branch, D. K. Harris. 2005. *Encyclopedia of ageism*, Binghamton, The Haworth Pastoral Press ; C. Pilote. 2010. *Avis sur l'âgisme envers les aînés: état de la situation*, Conseil des aînés du Québec, mars, p.4.

⁴⁸¹ L. Bizzini. 2007. *op.cit.* p.264.

l'âgisme différentialiste. Le premier consiste à gommer la différence entre les âges. Cela concerne l'injonction sociale de bien vieillir, « les vieux doivent rester jeunes » comme disait le rapport Laroque en 1962, qui fait penser que la vieillesse doit être normée. Ce type d'âgisme marginalise ceux qui ne peuvent pas être intégrés dans cette catégorie. Le deuxième accepte la différence entre les âges : « les vieux ne sont pas les jeunes ». Ce point de vue reconnaît non seulement des qualités propres aux personnes âgées (l'expérience et la sagesse...) mais aussi des défauts liés à l'âge avancé (conservatisme, lenteur, repli sur soi...). Toutefois c'est surtout le deuxième aspect qui entraîne les attitudes de ségrégation ou de discrimination⁴⁸². Dans « l'âgisme contre autrui », M. Camerlain a ajouté « l'âgisme contre soi-même » : « la personne concernée se fait ainsi le reflet et le moteur des valeurs de la société où elle vit. Cela peut mener à la dépression et même au suicide dans un contexte de syndrome de désintégration sociale.⁴⁸³ ». Non seulement l'âgisme marque l'impact du regard des jeunes sur les personnes âgées mais il concerne aussi le regard des personnes âgées envers elles-mêmes⁴⁸⁴.

Les représentations contemporaines de la vieillesse ou des personnes âgées comptent principalement deux pôles, positif et négatif. Le premier met l'accent sur l'image du retraité actif et sur les qualités de l'âge qui peuvent contribuer au bon fonctionnement de la société ; le deuxième porte sur l'image du déclin physique et psychique qui indique une existence dépendante dans la société. Les chercheurs coréens ont commencé à travailler sur les représentations de la vieillesse à partir de la seconde moitié des années 1970, contrairement aux études occidentales qui se déroulent depuis les années 1950⁴⁸⁵. Cette période correspond au processus de l'industrialisation, si bien que c'est l'image négative de la vieillesse qui a dominé les résultats de la plupart des études : la démence, la canne, la campagne, la mort, le mécontentement, la maladie, la dépendance, l'improductivité, l'ennui, le manque de charme⁴⁸⁶... Pourtant de nombreuses études soulignent que l'image négative de la vieillesse ou des personnes âgées ne peut pas être généralisée au détriment de l'image positive⁴⁸⁷. Ce n'est qu'à partir des

⁴⁸² B. Puijalon et J. Trincaz. 2000. *op.cit.*, p.52-53.

⁴⁸³ M. Camerlain et G. Myhal. 2011. « Lutter contre l'âgisme », *Journal de la Société canadienne de Rhumatologie*, vol.21, no.3, p.5.

⁴⁸⁴ M. Lagacé. 2013. « Bien vieillir ou mal vieillir, pourquoi ne pas vieillir tout simplement ?, *Quoi de neuf*, automne, p.23.

⁴⁸⁵ G. Coudin et B. Beaufiles. 1997. « Les représentations relatives aux personnes âgées », *Actualité et dossier en santé publique*, no.21, p.12-14.

⁴⁸⁶ M. H. Cho. 1974. *Analyse de l'attitude envers la personne âgée chez lycéens*, Dissertation MA in Sociology, Seoul National University, Corée du Sud. ;Y. E. Cha. 1981. « l'étude de l'attitude envers la personne âgée chez l'étudiant », *Collection d'université de Jeonjoo*, vol.9, no.2, p.12-23.

⁴⁸⁷ G. Coudin et B. Beaufiles. 1997. *op.cit.* ; T. H. Brubaker, E. A. Powers. 1976. « The stereotype of "old": A review and alternative approach », *Journal of Gerontology*, vol.31, p.441-447.; M. B. Brewer, L. L. Lui. 1984. «Categorization of the elderly by the elderly», *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol.10, p.585-595.: M. L.

années 1990 que les recherches coréennes ont commencé à souligner l'image positive de la vieillesse et de la personne âgée : la richesse de l'expérience, la douceur, la gentillesse, la diligence, la patience, la sagesse, la générosité, la discrétion⁴⁸⁸ ... Aujourd'hui, du fait du culte du jeunisme, l'image plutôt négative des personnes âgées prédomine dans la société moderne⁴⁸⁹. L'étude de Y.-K. Lee qui a analysé les données de 7 767 Coréens entre 20 et 64 ans a constaté que les Coréens ont une image négative envers des personnes âgées en ce qui concerne la santé, l'émotion-affection, la capacité intellectuelle et la capacité financière⁴⁹⁰.

Plusieurs études montrent que des stéréotypes sont établis et s'accumulent depuis la préadolescence⁴⁹¹. Les livres scolaires peuvent directement y contribuer⁴⁹², car ils reflètent les stéréotypes de la vieillesse, et les enfants les perçoivent à travers la socialisation secondaire⁴⁹³. Selon l'étude de K. H. Lee qui a travaillé sur douze ouvrages scolaires coréens, l'apparence des personnes âgées est décrite avec les cheveux blancs, ou chauves pour les hommes âgés, les rides, la canne et le dos courbé⁴⁹⁴. Le temps de la vieillesse est décrit négativement comme une période de santé déficiente ; le vieux comme un sujet faible, chétif, soigné par une infirmière et allongé sur un lit d'hôpital, ayant perdu la capacité financière et souffrant de pauvreté, de perte des réseaux amicaux, d'isolement social et suicidaire. On peut tout de même constater l'image positive des personnes âgées qui assurent la transmission de la culture traditionnelle à leurs descendants ou qui font du bénévolat pour leurs communes. Mais les tâches qu'elles accomplissent ne sont pas socialement valorisantes : décoller le papier peint ou ramasser des ordures dans la rue. L'étude G.-H. Han *et al.* auprès de 503 écoliers coréens montre que l'attitude d'âgisme se manifeste chez les enfants. Notons la différence entre l'attitude implicite et l'attitude explicite : même s'ils s'imprègnent de l'image négative de la personne âgée, l'influence morale due à la socialisation de l'éthique du *hyo* et à l'éducation contre les préjugés

Hummert. 1990. « Multiple stereotypes of elderly and young adults: a comparison of structure and evaluations », *Psychology and Aging*, vol.5, no.2, p.182-193.

⁴⁸⁸ I. S. Park, K. J. Lee. 1999. « Study on the Adolescent's Attitude Patterns toward the Meaning of Aging and the Elderly –Q Methodology », *Child Health Nursing Research*, vol.5, no.3, p.292-304. ; Y. J. Kim, S. A. Jeong. 2001. « Adolescents' attitude toward the elderly », *Journal of the Korean Home Management Association*, vol.19, no.6, p.1-10.; O. H. An, H. K. Lim, H. J. Kim. 2002. « A Study on the image of Elderly People in the Ageing Society », *Korean Journal of Human Ecology*, vol.11, no.4, p.347-355.

⁴⁸⁹ V. Caradec. 2008 [2001]. *op.cit.* p.28.

⁴⁹⁰ Y.-K. Lee. 2007. « Images of the Elderly held by Non-Elderly », *Korea Journal of Population Studies*, vol.30, no.2, p.1-22.

⁴⁹¹ C. N. Gilbert and K. G. Ricketts. 2008. « Children's attitudes toward older adults and aging : A synthesis of research », *Educational Gerontology*, no. 34, p.570-586. ; T. Robinson, B. Gustafson et al. 2008. « Perceptions of negative stereotypes of older people in magazine advertisements: comparing the perceptions of older adults and college students », *Aging & Society*, no. 28, p.233-251.

⁴⁹² V. Caradec. 2008 [2001]. *op.cit.* p.29.

⁴⁹³ *Ibid.* p.29.

⁴⁹⁴ K. H. Lee. 2011. « Âgisme montré par les manuels scolaires », *Critique éducative*, no.29, p.147-165.

les conduit à gérer l'attitude explicite d'âgisme⁴⁹⁵. Le rôle des médias ne peut pas être négligé. Selon l'étude de S. Kim et J.-Y. Park, diverses images des personnes âgées sont diffusées en fonction du genre des émissions. Les émissions régionales sur la vie quotidienne abordent le sujet du point de vue de la santé, des loisirs ou du savoir-faire des personnes âgées en montrant celles qui se contentent de mener leur vie en paix et trouvent le bonheur dans chaque petite chose. Par contre les émissions qui traitent fréquemment de problèmes sociaux envisagent le vieillissement démographique d'un point de vue négatif, tel que l'impuissance économique, la pauvreté, la déchéance de la santé ou le crime⁴⁹⁶.

Différents facteurs influencent les représentations de la vieillesse ou des personnes âgées. D'abord, l'expérience avec les personnes âgées peut être significative : une bonne relation avec des grands-parents, des contacts fréquents, des visites rapprochées, une cohabitation de longue durée, ou bien encore l'expérience du bénévolat ou d'un stage auprès des personnes âgées peuvent renforcer l'image positive de la vieillesse ou des personnes âgées⁴⁹⁷. D'ailleurs, ceux qui attachent plus de valeur à la famille et ceux qui entretiennent une bonne relation parent-enfant ont montré une attitude plus positive⁴⁹⁸. S'y ajoute l'effet sociodémographique. Certaines études montrent que les personnes plus âgées expriment une attitude plus positive que les jeunes⁴⁹⁹. Selon d'autres, l'attitude devient négative avec l'âge⁵⁰⁰. Par ailleurs, les hommes manifestent une attitude plus positive que les femmes, et cela est observé à tous les âges⁵⁰¹. Selon l'analyse de S. S. Lee, c'est parce que les femmes mariées sont davantage susceptibles d'avoir des conflits avec leurs proches âgés en s'occupant des tâches domestiques. En ce sens,

⁴⁹⁵ G.-H. Han, M. Seok, E. E. MaloneBeach. 2017. « Implicit and Explicit Attitudes of Korean Children towards Older Adults », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.37, no.2, p.475-496.

⁴⁹⁶ S. Kim et J.-Y. Park. 2014. « A Study on the Images of Elderly people in news magazine, documentary, life style information TV program », *Social Science Research Review*, vol.30, no.2, p.281-300.

⁴⁹⁷ S. S. Lee. 2007. «The Effects of undergraduate students' Attitudes toward the elderly and aging on grandmother-grandchild intimacy », *Korean Journal of Human Ecology*, vol.16, no.3, p.479-490.; Y.-K. Lee. 2007. *op.cit.*; M. H. Kim. 2013. «The influence of elderly contact on attitude towards elderly of undergraduate: mediating effect of aging anxiety », *Conference of The Korean Psychological Association*, 2013. 8. vol.1, p.332-333.; Y.-D. Choi. 2008. *A Study on Attitudes and Knowledge of the Elderly Among College Students Majoring in Nursing and Social Work*, Dissertation Ph. D. in Elderly welfare, Hanseo University, South Korea.; Y. K. Kim. 2004. *A Study on Consciousness Change to Welfare and Attitude toward the Old through University Students' Training*, Dissertation M.A. in Social Welfare, Honam University, South Korea.

⁴⁹⁸ Y.-K. Lee. 2007. *op.cit.*; J. U. Back. 2014. «Influences of view for familist value and attitude toward the aged of university students on consciousness of supporting the aged », *Korean Journal of Clinical Social Work*, vol.11, no.1, p.1-19.; S. S. Lee. 2007. *op.cit.*

⁴⁹⁹ S. S. Lee. 2007. *op.cit.*

⁵⁰⁰ Y. Kwon, H. Y. Lee, S. S. Hwang. 2013. «A Study on the Knowledge, Attitude and Nursing practice of the nurses-towards the Elderly in Geriatric Hospitals », *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol.14, no.11, p.5785-5791.

⁵⁰¹ S. S. Lee. 2007. *op.cit.*; S.-H. Hong, I.-S. Kwak. 2010. « Generational Differences in Attitude and Voluntary Behavior toward the Elderly », *Journal of Korean Family Resource Management Association*, vol.14, no.2, p.177-199.; O. H. An *et al.* 2002. *op.cit.*

on peut également supposer que la préférence culturelle des personnes âgées pour les garçons est un facteur significatif pour que les adolescentes, ou les étudiantes coréennes, gardent une attitude négative à l'égard des personnes âgées. Par ailleurs, avoir plus de connaissances sur le vieillissement aide à diminuer les préjugés envers les personnes âgées⁵⁰². Il en est de même pour les professionnels de la santé⁵⁰³. Pourtant, l'attitude négative s'est davantage manifestée chez les soignants qui donnent directement des soins aux patients âgés que chez ceux qui ne le font pas (ceux qui s'en occupent administrativement)⁵⁰⁴. Concernant la religion, certaines études ont constaté qu'elle donne un effet positif⁵⁰⁵, tandis que certaines autres ne le montrent pas⁵⁰⁶.

En particulier, il est à noter que le lieu de résidence joue un rôle considérable. Les jeunes qui résident dans les grandes villes manifestent une attitude plus négative envers les personnes âgées que ceux qui habitent dans les plus petites villes⁵⁰⁷. D'après l'analyse de S.-H. Hong, I.-S. Kwak, quand les parents ont vécu l'industrialisation et ont immigré dans une grande ville en laissant leurs propres parents à la campagne, les jeunes n'ont pas beaucoup fréquenté leurs grands-parents, ce qui les a empêchés d'établir une familiarité avec les personnes âgées. De plus, les jeunes ayant grandi dans une grande ville ont connu des concurrences ardues, et sont donc susceptibles de considérer que les personnes âgées ont du mal à s'adapter en ville où le changement social se fait très rapidement. L'étude que nous avons menée dans le cadre du Master en 2012 montre que le lieu de résidence est un facteur très significatif. Nous avons comparé deux corpus : le premier composé de jeunes coréens entre 20 et 39 ans ayant résidé plus d'un an dans des pays développés (France, Canada et Australie) et le deuxième composé de ceux qui n'ont pas cette expérience. Les résultats ont montré que le deuxième corpus a exprimé une attitude plus négative que le premier.

⁵⁰² J. R. Han. 2000. «A Study on the knowledge and attitudes of Korean college students about aging », *Yonsei Review of Educational Research*, vol. 13, no.1, p.191-206.; Y.-D. Choi. 2008. *op.cit.*

⁵⁰³ Y. Kwon, H. Y. Lee, S. S. Hwang. 2013. *op.cit.*

⁵⁰⁴ S. J. Hong. 2015. *Comparisons of Nurses' Attitudes toward Elders, Elderly Patients, and Their Own Elderly Patients and Influencing Factors*, Dissertation M.A in Nursing, Inha University, South Korea.

⁵⁰⁵ Y.-K. Lee. 2007. *op.cit.* ; J. U. Back. 2014. *op.cit.* ; S. S. Lee. 2007. *op.cit.*

⁵⁰⁶ Y.-D. Cho. 2008. *op.cit.*

⁵⁰⁷ S.-H. Hong, I.-S. Kwak. 2010. *op.cit.*; Y.-K. Lee. 2007. *op.cit.* ; S. Lee *et al.* 2019. « Identifying subgroups of ageism among young adults, and its relationship to perceptions of generational conflict and elderly welfare policy », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.39, no.4, p.825-846.

Tableau 5. Représentations de la vieillesse ou des personnes âgées coréennes

Critères	Contenu
Critères Positifs	Mots clés Incorporation de soi, Sagesse définitive, Richesse, Bibliothèque, Chaleureuse, gâteaux, Temps compressé, Temps compressé de toute la vie
	<ul style="list-style-type: none"> ● « L’incorporation du soi. Ce terme me vient tout d’abord, puis, la sagesse définitive. » ● « Auparavant, je les considérais comme des personnes faibles, mais il y a beaucoup de gens âgés puissants dans l’organisation publique ou l’entreprise. Pour moi, ils sont beaux... cette image. L’image de la faiblesse a disparu. Beaux, quelque chose comme... la période crépusculaire... pouvoir profiter de la fin ? Je vis avec peine dans la jeunesse, mais c’est pour vivre confortablement plus tard. En m’amusant, en faisant des voyages. Je n’ai pas peur de la vieillesse. Quelle que soit la somme que les gens possèdent, ils font ce qu’ils voulaient depuis longtemps... faire une cuisine comme pasta, prendre un café dans un jardin à la campagne. Grignoter avec des gens. Je veux bien vieillir avec chic. » ● « La personne âgée qui fait des gâteaux à ses petits-enfants. Je pense qu’avec l’âge, on devient courageux. Je n’ai jamais vu ma grand-mère être embarrassée. » ● « La personne à qui je veux bien montrer mon respect. Comment elle a pu passer tant de temps jusqu’à maintenant. Elle a dû vivre plusieurs événements difficiles, tristes... Comment a-t-elle pu tout surmonter. Le temps compressé de toute la vie.
Critères Négatifs, préjugés ou stéréotypes	Mots clés Personne faible, Hors d’usage, proche de la mort, exclusion sociale
	<ul style="list-style-type: none"> ● « C’est une chose à accepter mais c’est triste parce que plus on vieillit, plus on perd sa force. On devient dépendant au niveau physique, psychique et financier. » ● « Passer du temps, ça veut dire la vieillesse. Un peu triste... La mort approche. » ● « J’ai tendance à ne pas regretter ma vie et je vis en m’adaptant à la réalité, mais ça me rend triste quand je pense à la vieillesse. » ● « La personne à qui je dois céder la place dans le transport en commun. » ● « J’ai de la compassion. Parce que leur esprit est le même que le nôtre mais le corps ne suit pas. Les hommes âgés n’ont pas d’énergie alors que les femmes âgées sont quand même actives... Quand je pense aux personnes âgées qui se tachent d’excrément, je me sens triste. Pourtant ce ne sont pas la majorité... » ● « C’est un état dans lequel les personnes ont si peu d’énergie pour travailler. Il me semble que je vois souvent des personnes plutôt dans un état mauvais que bon. » ● « La peine, la solitude, les petites joies... mais pas très agréable... A la campagne, ma grand-mère fréquente le centre des personnes âgées dans lequel les gens présents ont l’air très fatigués, semblent sans force, et partagent les gelées que leur enfants ont envoyées.» ● « Je ne suis pas positive mais plutôt négative. La majorité des personnes n’est pas en bonne santé... Par ailleurs, parmi les personnes âgées, il y a beaucoup de gens bizarres. Avec l’âge, la santé est susceptible de se dégrader. » ● « Chez les personnes âgées, le moi se manifeste très fortement. Elles n’écoutent pas les autres mais elles n’écoutent que ce qu’elles veulent entendre et ne pensent qu’à ça. Parmi cent choses, elles n’en comprennent que dix qui leur sont favorables. » ● « A mes yeux, les personnes âgées sont atones. A un moment donné, elles étaient des héros parce qu’elles ont construit la société développée d’aujourd’hui, alors qu’elles cèdent leur privilège social à leurs enfants et se sont fait exclure... En fait, ce trait se présente non seulement dans la société mais encore dans les ménages. Leurs enfants adultes se préoccupent d’abord de leurs propres enfants, et pas de leurs parents, enfin, les parents sont en deuxième position... Ils ont une existence solitaire... » ● « La plupart des gens n’ont pas pu préparer leur vieillesse. D’ailleurs, si une personne est en bonne santé psychique et en bonne condition financière mais malade physiquement, cela l’empêche de bouger librement et ça pourrait peu à peu l’influencer psychiquement de manière négative. Donc, si on vieillit, il me semble qu’il serait préférable de mourir... Quand je vois les octogénaires, je souhaite qu’ils passent bien cet hiver aussi... Mais tant qu’à mourir, ce serait mieux de mourir plus tôt. »

Certains jeunes du premier corpus ont révélé qu'ils avaient une attitude plutôt négative quand ils étaient en Corée et ont changé de point de vue après être venus à l'étranger et avoir vu la vie quotidienne des personnes âgées, à l'extérieur ou en vivant sous le même toit dans une famille d'accueil : « C'est vrai que tout cela était très étonnant pour moi ; je n'avais jamais pensé à cet aspect des choses avant de venir en France. »⁵⁰⁸. Il faut noter qu'une jeune femme ayant vécu un an au Canada, nous a révélé son changement de regard à l'égard des personnes âgées, passé de positif à ambivalent. Le premier entretien avec elle s'était déroulé lorsqu'elle était rentrée du Canada. Le deuxième entretien s'est tenu trois ans après et entre temps, elle avait trouvé un travail et s'était bien réinstallée en Corée.

« Je considérais auparavant les personnes âgées comme une bibliothèque parce qu'elles doivent être respectés pour leur expérience et sagesse... mais je les vois plutôt faibles maintenant... Elles sont très vulnérables en fonction de la réaction de la société. Elles n'ont pas de revenus, pas d'énergie... Leur situation semble très faible. Quand je pense aux personnes âgées, ce n'est pas négatif mais j'ai pitié d'elles. » Byul (jeune femme)

Dans notre présente recherche, la majorité des personnes interrogées ont évoqué plutôt des représentations négatives. Dans la plupart des cas, il s'agissait de la déchéance corporelle, de la pauvreté, de l'inutilité sociale. Pourtant certaines ont mentionné la richesse des personnes âgées plutôt que leur image de pauvreté. Cela implique pourtant qu'un changement est en cours. Les autres aspects positifs sont l'incorporation de soi, la sagesse définitive...

1.3. Particularité coréenne de la notion de « vieillissement réussi »

De nos jours, si nous feuilletons des revues destinées aux personnes âgées, nous pouvons facilement trouver un sujet sur le « vieillissement réussi » ou le « bien vieillir ». Même si le vieillissement est un processus naturel et biologique, cela semble indiquer qu'il y a un critère pour réussir à bien vieillir, et pour ce faire les individus doivent s'y conformer. Selon A. Ehrenberg, la modernité démocratique nous exhorte à nous trouver sans guide, à décider par nous-mêmes, et à construire nos propres destins. Paradoxalement « ces modes de régulation ne sont pas un choix que chacun peut faire de manière privée, mais une règle commune, valable pour tous sous peine d'être mis en marge de la socialité. Ils tiennent à « l'esprit général » de nos sociétés, ils sont les institutions de soi »⁵⁰⁹. La norme d'aujourd'hui accentue l'autonomie en imposant aux individus de se comporter « en tant qu'acteurs de leur « redressement », leur « amélioration », leur « soin », leur « rattrapage », leur « épanouissement » ou leur

⁵⁰⁸ Y. Oh. 2012. *Représentations de la personne âgée chez les jeunes coréens entre l'âge de 20 et 39 ans*, Mémoire de Master 1, Sous la direction de C. Gucher, Université de Grenoble 2, France.

⁵⁰⁹ A. Ehrenberg. 2000 [1998]. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Éditions Odile Jacob, p.16.

« développement »⁵¹⁰.

Selon F. Cribier, au travers du « temps-destin »⁵¹¹ et du « temps géré »⁵¹², par ordre, on est arrivé au « refus du temps » où on refuse la vieillesse. À l'instar de l'allongement de l'espérance de vie et de la durée de la vieillesse après la retraite, on désire mener une vie agréable et plaisante afin de continuer à jouir du temps qui passe. Le passé ne suffira plus pour nous indiquer le chemin à suivre⁵¹³. En ce sens, C. Attias-Donfut souligne que « le temps dominant autour duquel se construit désormais un nouvel ordre social ne serait plus [...] orienté vers l'avenir, mais celui du temps présent, espace de réalisation du désir hic et nunc. Le présent, vécu dans son immédiateté, devient à lui-même sa propre fin »⁵¹⁴. Au demeurant, on croit que l'aspiration à continuer à profiter de la vie, même durant la vieillesse, est réalisable selon l'effort de chacun des individus et que l'individu est responsable de sa vie, suivant ce qu'il est (comme apparence physique) au présent, ce qu'il fait, ce qu'il est avec qui. La société demande de plus en plus aux personnes âgées de vivre vieux tout en restant jeunes. La personne n'étant pas parvenue à cette prouesse est considérée, tant par elle-même que par les autres, comme subissant un mauvais vieillissement, illustrant une vieillesse laide, ayant échoué sa vie, et tout cela la conduit à se sentir culpabilisée⁵¹⁵.

« Ma mère ne veut pas sortir depuis le jour où elle était tombée. Elle pourrait sortir en fauteuil roulant, mais elle ne veut pas. Elle se préoccupe du regard des autres. »^{Mme Kang (fille)}

Le bien vieillir est un concept difficile à circonscrire dans un seul énoncé⁵¹⁶ car les modes de vie des uns et des autres se sont diversifiés en fonction de chaque situation comme des hommes et des femmes, des célibataires, des mariés, des veufs, des divorcés, des gens d'éducation, de culture, de santé tout aussi différentes⁵¹⁷. Il est vrai qu'aujourd'hui, l'amélioration du niveau de vie a conduit des individus à « bien vieillir » mais le critère peut varier en fonction des individus. Par exemple, une personne âgée dépendante, prise en charge par sa famille à domicile, pourrait dire qu'elle est en train de bien vieillir grâce à l'amour de sa famille.

⁵¹⁰ D. Martuccelli. 2004. « Figures de la domination », *Revue française de sociologie*, vol.45, no.3, p.485.

⁵¹¹ Jusqu'à la révolution démographique de la fin du XVIII^e siècle, la vie des individus est imprévisible parce que la mort touche à tout âge

⁵¹² Depuis la fin du XVIII^e siècle, les probabilités de décès commencent à refluer vers les âges élevés, donc les individus vont alors être amenés à gérer un temps désormais mieux assuré.

⁵¹³ G. Le Goues. 2008. « Image de soi et vieillissement » dans *Les représentations du corps vieux*, Paris, PUF, p.48

⁵¹⁴ C. Attias-Donfut. 2006. *op.cit.* p.118.

⁵¹⁵ J. Trincaz et B. Puijalon. 2010. « Vieillir en terre hostile », In Carbonelle, S. *Penser les vieillesse*, Paris, Seli arslan, p.21-36.

⁵¹⁶ M. Gangbé et F. Ducharme. 2006. « Le bien vieillir : concepts et modèles », *Médecine sciences*, vol.22, no.3, p.297.

⁵¹⁷ B. Ennuyer. 1991. « L'objet « Personne âgée » », In Veysset-Puijalon, B. (dir.), *Être vieux de la négation à l'échange*, Édition d'autrement, p.16.

Plusieurs études proposent différents facteurs du bien vieillir. Selon J. W. Rowe et R. L. Khan, répond à trois conditions : l'absence de maladies ou de facteurs de risque, un haut niveau de fonctionnement physique et cognitif et une vie active sur le plan social⁵¹⁸. L'étude de P. B. Baltes et M. M. Baltes, centrée sur une approche du mécanisme psychologique, souligne que le vieillissement réussi dépend de la capacité à évaluer subjectivement des réalités objectives. Le regard subjectif des individus sur eux-mêmes les aide à faire face à leurs situations objectivement défavorables et à l'évolution de leurs conditions internes et externes. Pour ce faire, l'application de trois stratégies efficaces est requise : la sélection, l'optimisation et la compensation⁵¹⁹. C. D. Ryff et L. M. Keyes disent qu'il faut répondre à six conditions pour bien vieillir : l'acceptation de soi, le maintien d'une relation positive avec les autres, l'autonomie, l'adaptation à l'environnement (*environmental mastery*), l'objectif de vie, le développement personnel⁵²⁰. R. Crosnoe et G. H. Elder choisissent la relation familiale, la réussite professionnelle, la participation au rôle de citoyen, la satisfaction de la vie, la vitalité⁵²¹. Certains soulignent l'aspect social. Pour A. Riggs, il faut pouvoir maintenir la relation sociale⁵²². G. E. Vaillant indique que la relation humaine établie jusqu'avant l'âge de 50 ans détermine le reste de la vie dans la vieillesse⁵²³. J. W. Rowe et R. L. Kahn ajoute le nombre de contacts avec l'entourage, celui de participations aux réunions amicales, la relation familiale et celle avec la parenté⁵²⁴.

Comme en Occident, les études coréennes qui abordent les facteurs du bien vieillir se sont accrues depuis les années 2000⁵²⁵. Dans la plupart d'entre elles, ce concept est défini comme une vie satisfaisante pendant la vieillesse, l'adaptation positive au vieillissement, le bien-être psychique, la qualité de vie dans la vieillesse⁵²⁶ : « le vieillissement réussi consiste à mener sainement et socialement une bonne vie dans la vieillesse en entretenant la vie précédant la vieillesse, en acceptant la situation donnée, en s'y adaptant, en ressentant de la satisfaction ou du

⁵¹⁸ J. W. Rowe et R. L. Khan. 1987. "Human aging: Usual and successful". *Science*, vol.23, no.7, 143-149.

⁵¹⁹ P. B. Baltes et M. M. Baltes. 1990. *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

⁵²⁰ C. D. Ryff, et L. M. Keyes. 1995. «The structure of psychological well-being revisited ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.69, no.4, p.719-727.

⁵²¹ R. Crosnoe, et G. H. Elder, 2002. «Successful Adaptation in the Later Years: a Life Course Approach to Aging », *Social Psychology Quarterly*, vol.65, no.4, p.309-328.

⁵²² A. Riggs. 1997. «Men, Friends and Widowhood: Towards Successful Aging », *Australian Journal on Aging* vol.16, no.4, p.182-185.

⁵²³ G. E. Vaillant. 2003. *Ageing Well: Surprising Guideposts to a Happier Life from the Landmark*, Harvard Study of Adult Development. Little Brown and Company.

⁵²⁴ J. W. Rowe et R. L. Kahn. 1998. *Successful Aging*. New York, Dell.

⁵²⁵ M. H. Cho. 2014. « Analysis of research on successful aging –focused on journal papers », *Korean Journal of Human Ecology*, vol.23, no.2, p.231-249.

⁵²⁶ Hong, S.-H. Et Kwak, I.-S. 2011. « The effects if attitude towards aging on successful aging : the differences between single and couple aged family », *Journal of the Korean Home Economics Association*, vol.49, no.4, p.80.

bonheur de vivre »⁵²⁷. Pourtant, si le concept du bien vieillir peut être appliqué de façon universelle, certains facteurs peuvent se manifester différemment en fonction de la culture et du milieu de vie auxquels l'individu appartient⁵²⁸. Le fait que les personnes âgées coréennes ont vécu sous l'emprise de la culture du familialisme s'incarne comme une spécificité dans les facteurs du bien vieillir par rapport aux personnes âgées des pays occidentaux.

Selon plusieurs études, les personnes âgées coréennes considèrent que le vieillissement est réussi en cas de bonne santé, de capacité financière, d'éducation supérieure, d'une vie normale sans avidité, d'une attitude positive sans inquiétude, d'une vie sans déranger les autres, d'une activité sociale, d'une vie avec reconnaissance, de présence d'un bénévolat, de développement de soi, d'une vie régulière, d'une vie autonome, d'estime de soi, de maîtrise de soi, d'acceptation de soi-même, d'une relation humaine, d'une relation de famille, d'une religion, etc⁵²⁹.

« Bien vieillir, c'est vivre le présent joyeusement. » Seoan (jeune femme)

« Je suis commerçante, mais le chiffre d'affaires n'est pas bon. Je vis en m'y adaptant et je m'en contente autant que je peux. Je suis membre d'une association de bénévoles. Chaque fois que je fais du bénévolat, ça me guérit mentalement. Si je le fais, on me traite avec respect. Si je ne le faisais pas, pourrais-je serrer la main du maire ? prendre la main du député ? En faisant du bénévolat, je peux rester éveillée. »^{Mme} Park (belle-fille)

« La santé... même si on ne peut pas tout gérer. Puis j'aimerais bien être affable et prévenante. Quand on est âgé, on a tendance à trop insister. C'est l'hormone qui agit. La personne qui ouvre son cœur... »^{Mme} Byeon (belle-fille)

Pourtant, plusieurs études montrent que les personnes âgées coréennes mettent davantage de valeur dans la relation familiale, l'enfant et la stabilité financière⁵³⁰. L'étude de S. Han et S.-N.

⁵²⁷ J.-H. Kim. 1996. «A Study on Korean elderly's physical health and the effects of sociodemographic factors», *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.16, no.2, p.120-136. ; J.-D. Kwon et J.-Y. Cho. 2000. «A Study of Factors Influencing the Life Satisfaction of the Aged», *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.20, no.2, p.62-76.

⁵²⁸ H.-K. Choi *et al.* 2005. « The Perception of successful aging among Korean elderly », *Journal of Korean management association*, vol.23, no.2, April, p.1-10.

⁵²⁹ H.-K. Choi. 2008. « The concept of successful aging as perceived by Korean elderly : constructing concepts and intervention strategies in Korean cultural context », *Journal of Family Relations*, vol.13, no.3, p.160-161.; Hong, S.-H. Et Kwak, I.-S. 2011. *op.cit.* ; H.-K. Choi, J.-E. Paik et S.-Y. Seo. 2005. *op.cit.* ; J.-E. Paik et H.-K. Choi. 2005. «Successful aging according to Korean elderly: The definition types, and predicting variables», *The Korean home management association*, vol.23, no.3, p.1-16.; J.-E. Paik et H.-K. Choi. 2007. «Cross-cultural study of successful aging in Korean and Western society », *Journal of Korean management association*, vol.25, no.2, p.137-153. ; H.-B. Hong. 2002. « Study on the Relationship between successful aging and Korean elderly's religious activities ». *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol. 22, no.3, p.245-259.; H. S. Kim. 2013. «An effect of elderly volunteer participation to a successful aging », *Korean Association for Local Government and Administration Studies Research*, vol.27, no.2, p.419-442.

⁵³⁰ S. Han et S.-N. Yun. 2015. « Successful aging and the influencing factors in the Korean elderly : focused on family support », *J Korean acad community health nurs*, vol.26, no.4, p.372-379., I.-S. Kwak. 2010. « Study on the Variables Affecting Attitudes toward Aging-Comparison from the Perspective of Activity Theory and Separation

Yun montre que le soutien de la famille est le facteur le plus déterminant pour bien vieillir en Corée du Sud.

« La famille est vraiment importante quand on est âgé. La personne qui n'aurait aucune famille proche serait malheureuse. Au-delà de la solitude, elle semble malheureuse. Même si on vit financièrement avec difficulté, il est important d'être en couple ou d'avoir des enfants. La famille est le pilier. La racine de ma vie... En fait, pour s'aventurer à l'extérieur, il faut une racine robuste. » Jini (jeune femme)

« Il est important pour les personnes âgées qu'elles aient bien élevé ou pas leurs enfants. Les situations où les enfants ne s'occupent pas des parents entraînent à mal vieillir. » Heyrin (jeune femme)

Dans les sociétés occidentales le critère du maintien des relations sociales pour réussir le vieillissement s'accroît. Cela signifie des interactions réciproques entre individus, ou des activités sociales actives. Par contre les Coréens privilégient la valeur de la relation familiale, surtout à l'égard des enfants⁵³¹. Les personnes âgées coréennes accordent une grande importance à leurs enfants. Et ceux-ci se préoccupent de tout le cycle de vie de leurs parents. Ces derniers s'efforcent d'accomplir leur rôle de parents en procurant à leurs enfants tout ce qu'ils peuvent leur apporter pour leur réussite. Celle-ci prouve que leurs efforts pour les élever ne sont pas vains, que leurs enfants accomplissent leurs souhaits à leur place, et les parents considèrent la réussite de leurs enfants comme leur propre réussite. Cela peut les rassurer sur les moyens de leur vieillesse. De même, le fait que leurs enfants se marient et donnent naissance à des enfants est considéré comme le lien qui continue leur existence vers le futur⁵³².

« Le bonheur quand on est vieux, c'est que mes enfants vont bien. Les vieux vivent dans le luxe grâce à leurs enfants. »⁵³³

Les personnes âgées coréennes pensent qu'il est important d'être fières de la réussite des enfants. Cela leur permet de rester tout à fait dignes devant les autres. Elles ressentent d'autant plus que leur vieillissement est réussi quand les autres le reconnaissent.

« On n'a qu'à être fier des enfants. Les enfants sont très importants. Parler de mes enfants me réjouit n'importe quand. Mon fils a fait telle ou telle chose... Ma fille s'est mariée à telle ou telle famille. »⁵³⁴

Le sentiment de fierté se manifeste différemment selon le sexe des personnes interrogées : les

Theory », *Journal of the Korean Home Economics Association* 2010 Spring Conference Archives, p.338-338.

⁵³¹ B.-E. Cheong et G. Yi. 2010. « The survey research on Inter-generational difference in the perception of successful aging : an emphasis on the social relationships », *Survey research*, vol.11, no.2, juillet, p.45-69.

⁵³² H.-K. Choi, J.-E. Paik et S.-Y. Seo. 2005. *op.cit.* p.7.

⁵³³ *Ibid.*

⁵³⁴ *Ibid.*

hommes correspondent davantage que les femmes aux critères proposés par Rowe et Kahn⁵³⁵ : ils sont fiers de la reconnaissance sociale et professionnelle par les autres, tandis que les femmes se sentent comblées d'avoir bien rempli leur rôle traditionnel, élever leurs enfants ou aider leurs maris⁵³⁶. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en Corée, même si l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes, l'état de santé, la capacité économique et le niveau de préparation pour la vieillesse sont plus fragiles que chez les hommes⁵³⁷. Cela est varié selon la situation financière des individus, mais plusieurs études montrent que la structure de société patriarcale entraîne les femmes à dépendre financièrement de leurs conjoints et/ou de leurs enfants.

« Il est important de ne pas briser tous les réseaux sociaux quand on est âgé. Ce n'est pas bien si l'on est isolé socialement et si on interrompt toute communication. » M. le Professeur Lee Seung-Ki

« J'ai élevé mes cinq enfants et les ai tous fait étudier jusqu'à l'université. Sinon, je n'ai fait qu'aider mon mari. En tant que femme, si on élève bien les enfants et aide le mari... [...]. »⁵³⁸

Le niveau de ressources économiques se révèle crucial pour bien vieillir⁵³⁹. Pour les coréennes âgées, ce point est encore davantage souligné, car elles sont plus exposées au risque de paupérisation, du fait du système de protection sociale qui confie la plupart des responsabilités à la famille, et à cause de la mise en place tardive du système de pension nationale de retraite⁵⁴⁰. Il semble depuis peu qu'avoir un petit boulot aujourd'hui est la condition cruciale du bien vieillir pour assurer quelque niveau de revenus.

« L'argent est très important. On m'a dit qu'il y a quelqu'un qui dessine des caricatures dans la rue et gagne de l'argent. Ce serait bien de faire comme ça. Il y a des gens qui viennent au centre de bien-être avant même l'ouverture. Qu'est-ce qu'ils font... Pfff... Plutôt que de faire comme ça, il vaut mieux dessiner dans la rue. Ça permet de gagner de l'argent de poche. On peut le faire même jusqu'à un âge avancé. »^{Mme} Tae (fille)

En ce sens, les personnes que nous avons interrogées estiment que les personnes âgées coréennes ne parviennent pas à vieillir aussi bien que celles des pays d'États-providences, du fait de la faiblesse du niveau financier, mais également parce que le degré de la protection sociale n'est pas renforcé⁵⁴¹. Elles disent que les personnes âgées coréennes ne savent pas

⁵³⁵ S. Han et S.-N. Yun. 2015. *op.cit.* ; K. H. Kim et J. H. Kim. 2008. « Influences of life satisfaction on successful aging -focusing on the elderly having partners », *Korean Journal of Family Welfare*. vol.13, no.2, p.87-106.

⁵³⁶ H.-K. Choi. 2008. *op.cit.* p.160-161.

⁵³⁷ S.-D. Cheong. 2007. « A Comparative Study on the Successful Aging for Korean Elderly Women and Elderly Men », *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.27, no.4, p.829-845.

⁵³⁸ *Ibid.*

⁵³⁹ S.-J. Han et Y. S. Moon. 2009. « Factors influencing successful aging in elders ». *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*. vol.21, no.4, p.423-434. ; Hong, S.-H. Et Kwak, I.-S. 2011. *op.cit.*

⁵⁴⁰ B.-E. Cheong et G. Yi. 2010. *op.cit.*

⁵⁴¹ Y. Oh. 2012. *op.cit.*

profiter de la vie à cause de leur vécu difficile tel que la colonisation japonaise et la guerre civile. Mais tout cela est essentiellement lié à la situation de pauvreté, car la disposition de ressources permet à l'individu, qui l'ignorait auparavant, de découvrir la vie de plusieurs manières dans la société capitaliste. De nombreuses études montrent que le niveau de richesse fait la différence pour jouir du temps libre⁵⁴².

« Au niveau institutionnel et au niveau financier. Je pense que ce sont les raisons principales. On voit beaucoup de personnes âgées qui peuvent seulement gagner leur pain pour aujourd'hui. Pour cette population, des programmes culturels ne servent à rien. D'abord il faut résoudre le problème en améliorant le système institutionnel. » Minsu (jeune homme)

« Habituellement, la plupart des Coréens âgés de 70 ans et plus ne font rien ou vont au centre-ville, histoire de passer une journée. Contrairement aux Coréennes, les femmes françaises d'un certain âge se maquillent tous les matins, prennent soin de leur corps, s'habillent bien, conduisent pour certaines d'entre elles leur propre véhicule, vont faire leurs achats dans les magasins... Elles sont plus actives, je pense. » Suzi (jeune femme)

À propos de la vie passive des personnes âgées coréennes, certains discours font la comparaison entre les personnes âgées coréennes et les personnes âgées étrangères.

« Je vois une différence claire entre les personnes âgées coréennes et françaises. Les Français âgés sont très autonomes tandis que les Coréens âgés ne le sont pas. Ceux-ci sont toujours dépendants de leurs familles. Positivement parlant, le lien familial est fort. En France, si je propose mon aide à une personne ayant un grand sac qui semble lourd, elle me dit « non je ne suis pas âgée à ce point ! ». Les Coréens se laissent aider, en disant « oui merci ». » Hyunju (jeune femme résidant en France)

« Les personnes âgées japonaises aiment bien donner un cadeau si quelqu'un les aide ou fait du bénévolat dans la maison de retraite. Mais dans notre pays, ça n'existe pas, parce que les Coréens âgés n'ont ni argent, ni pension de retraite, si bien qu'ils ne peuvent même pas penser à agir comme ça. Peu de gens prennent connaissance du droit et ils n'ont pas de force de consommation. » M. le Professeur Cho Moon-Ki (expérience du long séjour au Japon)

Dans le contexte coréen les personnes âgées sont contraintes d'être financièrement dépendantes et s'en contentent en raison de l'insuffisance d'un système public garantissant des revenus convenables. Mais, en même temps, l'introduction du modèle occidental du vieillissement réussi souligne l'importance de l'autonomie. Les Coréens tendent à considérer désormais un nouveau critère du bien vieillir à côté de la réussite de leurs enfants désormais, ils se sentent responsables de leur propre vie, malgré leur situation financière peu propice. C'est une modification de la pensée traditionnelle (relation financière dépendant de leurs enfants) vers la pensée moderne

⁵⁴² D.-K. Son. 2012. *Loisirs et Bien-être : les personnes âgées face aux défis du vieillissement – le cas de la Corée du Sud dans une perspective comparée*, Thèse en Sociologie, Université Paris Descartes.

(relation d'indépendance et autonomie financière)⁵⁴³. Les parents souhaitent toujours soutenir leurs enfants, mais n'en attendent pas de retour. Il faut noter que l'argent est devenu le moyen d'être dignes non seulement devant les autres, mais aussi devant leurs enfants.

« Il faut bien vieillir de façon décente. La bonne santé. Assez d'argent... On doit pouvoir sortir quand on veut. Les activités sociales... Avant tout, je dois rester digne. Pour ce faire, il faut de l'argent... Sans argent, il ne faudrait pas vieillir... »^{Mme} Chang (fille)

« Je trouve que la pauvreté se transmet de génération en génération. On a des limites dans ces conditions-là. C'est pour cela qu'il est important d'élever les enfants en sorte qu'ils puissent être autonomes. Ce serait bien que je les soutienne autant que possible. Mes enfants ne sont pas dans l'élite, mais j'aimerais bien qu'ils puissent vivre dignement. Je leur donne, mais je ne veux pas leur demander de l'aide plus tard. Je ne veux pas être un fardeau. Je leur donne parce que je le veux. C'est pour cela que je dois travailler sans repos. J'ai l'impression que je n'aurai que le travail jusqu'à la mort. »^{Mme} Hyeon (belle-fille)

Ces propos montrent l'importance du critère santé dans le bien vieillir, pour ne pas déranger les autres, tant les enfants que l'État.

« Bien vieillir, c'est ne pas être dépendant de l'enfant. Pour ce faire, il faut garder une bonne santé. Je ne veux absolument pas embêter mes enfants. La santé... Quand on est malade, il faut se dépêcher de voir le médecin. »^{Mme} Hyeon (belle-fille)

« On dit 998824. Vivre jusqu'à 99 ans de façon 88 [en coréen la prononciation de 8,8, huit, huit (팔팔, *palpal*) signifie « vif » ou « actif »] et mourir 2 ou 4 mois après être tombé malade. Pourquoi on vit si longtemps que ça ? Il faut mourir à 80 ans. Les personnes âgées sont nombreuses. Le budget public n'est pas assez élevé pour tout couvrir. »^{Mme} Hyosun (fille)

Ainsi tenant compte du modèle de vieillissement réussi dans les pays occidentaux, les Coréens manifestent également qu'il est important de bien vieillir avec un changement de mentalité à propos du vieillissement réussi : de la dépendance financière à leurs enfants et au souhait d'autonomie. Pourtant le niveau des revenus des personnes âgées coréennes assurés par le système public étant le plus bas des pays d'OCDE, leur aspiration à être financièrement autonomes sera limité par le décalage entre modèle idéal et capacité réelle, notamment pour les femmes coréennes.

1.4. Conflits intergénérationnels et société de « *hyum-lo* »

Au fur et à mesure du vieillissement démographique, de nombreuses études s'intéressent au sujet des générations. Selon D. I. Kertzer, la notion de génération est principalement classée en quatre catégories dans les études de sciences sociales : la génération comme principe de succession généalogique (génération des grands-parents, génération de l'enfant...) ; génération

⁵⁴³ Hong, S.-H. Et Kwak, I.-S. 2011. *op.cit.*

en cohorte (génération qui est née pendant les années 80, 90...) ; génération comme cycle de vie (génération de l'adolescence, génération de la vieillesse...); génération comme période historique (génération de guerre, génération juste après la guerre...)⁵⁴⁴. K. Mannheim distingue trois éléments dans la génération : la « situation de génération » – la naissance d'une même période et d'un même cadre de vie historico-social –, l'« ensemble générationnel » – les participants aux mêmes événements donc ceux qui partagent un destin commun, l'« unité de génération » – porteur d'un même courant socio-spirituel et économique, une même intention fondamentale, une même réaction unitaire relevant de son milieu social et donc une même entéléchie⁵⁴⁵. D'après J. H. Park, la génération peut être différente selon l'expérience historique, l'âge, le cycle de vie, les caractéristiques culturelles et certains patterns⁵⁴⁶. Dans la plupart des cas, la génération en cohorte est la plus employée et le plus souvent utilisée simultanément avec le groupe d'âge⁵⁴⁷. En fait, nous prenons comme référence l'idée de C. Attias-Donfut selon laquelle l'idée de génération, qu'elle s'applique à la famille ou à la société, est un produit imaginaire social : il est correct d'utiliser la notion de génération selon le thème traité⁵⁴⁸.

Selon K. Mannheim, l'évolution culturelle n'est possible qu'en cas d'apparition d'une « approche nouvelle »⁵⁴⁹, de nouvelles unités, d'un nouveau potentiel vital, ce qui était auparavant approprié aux prédécesseurs ne porte plus la même valeur. La situation de chaque génération permet de créer des liens à travers l'entrée simultanée dans la vie et la possibilité de participer aux mêmes événements et aux mêmes expériences. Même si d'autres générations plus âgées ou plus jeunes passent en même temps des étapes de leur vie, le contexte social donné peut ne pas être analogue de l'une à l'autre⁵⁵⁰ : « le caractère structuré de la conscience humaine est caractérisable par une « dialectique » interne particulière ». D'où le phénomène de la stratification différente de l'expérience par rapport aux autres générations⁵⁵¹. Il s'agit de la « non-simultanéité du simultané ».

« Tout le monde vit avec des personnes du même âge et d'âges différents, avec une variété de possibilités d'expérience auxquelles ils sont tous confrontés. Mais pour chacun, le « même

⁵⁴⁴ D. I. Kertzer. 1983. « Generation as a Sociological Problem », *Annual Review of Sociology*, vol.9, p.126.

⁵⁴⁵ K. Mannheim. 1990. *Le problème des générations*, Paris, Nathan, p.87.

⁵⁴⁶ J.-H. Park. 2009. « Discourse on the Generational Labels and Generational Conflicts in Korea », *Economy and Society*, no.81, p.10-34.

⁵⁴⁷ *Ibid.*; V. W. Marshall. 1983. « Generations, age groups and cohorts: conceptual distinctions », *Canadian Journal on Aging*, vol.2, no.2, p.51.

⁵⁴⁸ C. Attias-Donfut (dir.). 1995. *op.cit.* p.6-7.

⁵⁴⁹ L'« approche nouvelle » signifie « une nouvelle distanciation par rapport à l'objet, nouvelles attitudes dans l'appropriation, la transformation et le développement de ce qui existe ».

⁵⁵⁰ F. Cribier. 1981. « Changing retirement patterns: The experience of a cohort of Parisian salaried workers », *Ageing and Society*, no.1, p.51-71.

⁵⁵¹ K. Mannheim. 1990. *op.cit.* p.71 et p.78.

moment» est un moment différent - c'est-à-dire qu'il représente une période différente de lui-même, qu'il ne peut partager qu'avec des personnes de son âge. »⁵⁵²

De ce point de vue, si l'allongement de l'espérance de vie a permis de vivre dans une société où quatre générations (enfant, parents, grands-parents, arrière-grands-parents) ou même cinq peuvent se côtoyer, chaque génération a vécu et vit sa propre expérience sociale et porte donc sa propre entéléchie. Si la grande adolescence ou la jeunesse qui commence à être réflexive créent de la nouveauté, s'interroge sur elle-même et transforme l'héritage reçu, cela peut explicitement ou implicitement empêcher l'entente entre les générations⁵⁵³ : cela provoque des stratégies à long terme dans divers domaines⁵⁵⁴.

Des conflits intergénérationnels se produisent nettement aujourd'hui dans la société coréenne. Ce pays a vécu rapidement toute une série de changements sociaux depuis 1948, tels que la fondation de l'État coréen après la seconde guerre mondiale et la libération de la colonisation japonaise, la guerre civile, la dictature, l'industrialisation, la démocratisation et l'informatisation⁵⁵⁵. Un tel dynamisme dans les changements sociaux sur le court terme a engendré divers éléments qui font se distinguer les générations coréennes. J.-H. Park a globalement classifié trois générations selon le critère des expériences vécues pendant l'adolescence. Premièrement, la cohorte des naissances avant les années 1930 qui est nommée la « génération de la colonisation japonaise et de la seconde guerre mondiale ». Cette génération s'est imprégnée de la culture traditionnelle confucéenne. Elle a les caractères du collectivisme et de la relation verticale, privilégie la famille et l'État plutôt que l'individu. À travers l'expérience de la guerre, elle est hostile au communisme et a pris l'habitude de vivre à l'économie en ayant la notion de survie. Même si elle s'est consacrée à sa famille tout au long de la vie, elle ne pouvait pas préparer sa propre vieillesse. D'ailleurs, elle a connu dans la société moderne la perte de l'autorité sociale qui lui avait été octroyée par la tradition confucéenne.

Deuxièmement, la cohorte née entre les années 1930 et 1970 s'appelle la « génération de l'industrialisation et du mouvement de la démocratisation ». Cette génération est encore classifiée en trois sous-génération. D'abord, la « génération de post-colonisation japonaise » est née entre les années 1930 et la première moitié des années 1950, et celle-ci a commencé à

⁵⁵² W. Pinder. 1926. *Das Problem der Generation in der Kunstgeschichte Europas*, Berlin, Frankfurter Verlags-Anstalt, p.21, la citation traduite par nous de la citation de la traduction anglaise par K. H. Wolff (Ed.). 1993. *From Karl Mannheim*, New Brunswick, Transaction Publishers, p.358.

⁵⁵³ S. Lefebvre. 2013. « Relations intergénérationnelles et vieillissement: nouvelles questions », *Retraite et société*, no.64, p.57.

⁵⁵⁴ C. Attias-Donfut. 1988. *op.cit.* p.146-147.

⁵⁵⁵ R. Kang. 2013. « Reflection on the reasons for the phenomenon of intergenerational conflicts in Korean society and the solutions », *Korean political science society*, vol.21, no.3, p.261.

recevoir l'éducation coréenne. Ensuite la « génération du baby-boom » qui est née entre la seconde moitié des années 1950 et le début des années 1960 a vécu l'adolescence sous l'emprise de la dictature. C'est surtout cette génération qui a connu la confusion entre les valeurs traditionnelle et moderne et entre le désir individuel et la valeur du collectif. Elle a vécu à la fois la profusion économique et la crise du FMI. La « génération 386⁵⁵⁶ » est née au cours des années 1960 et a pris l'initiative du mouvement de démocratisation des années 1980. Elle est caractéristique de la notion de politique libérale.

Troisièmement, la cohorte, née après les années 1970, s'appelle la génération de post-idéologie et d'informatisation. Elle considère la culture confucéenne comme une culture obsolète. Elle incline à l'individualisme au détriment de l'autorité et du collectivisme et met de la valeur dans la culture de la consommation, des loisirs et de l'amusement au présent⁵⁵⁷. En particulier, la cohorte née après les années 1980 s'appelle la « génération N » du fait qu'elle a grandi au cours du développement de la technologie, de l'internet ainsi que des réseaux sociaux ('*N'etworks*)⁵⁵⁸. Par rapport aux autres générations, elle est née, a été éduquée et a passé son adolescence dans la prospérité économique culminante. Pourtant, cette génération, actuellement devenue adulte, se trouve confrontée à la crise économique chronique, à la difficulté de trouver du travail, à l'emploi instable, à l'inflation. Pour survivre malgré la concurrence et assurer son propre bien-être, cette génération abandonne de plus en plus la vie sociale (la relation humaine, l'amour, le loisir), les étapes de vie (le mariage, les enfants, devenir propriétaire), voire le rêve ainsi que l'espoir⁵⁵⁹. Cette génération est appelée la « génération *N-po* »⁵⁶⁰.

Selon l'enquête du CCEJ sur les conflits publics, menée par *Hankook research* auprès de 800 Coréens de plus de 19 ans en 2013, 62,1 % ont pensé que le conflit intergénérationnel est grave (89,3 % pour le conflit idéologique et 86,1 % pour le conflit interclasses)⁵⁶¹. Pourtant, la relation intergénérationnelle diverge de plus en plus : ce chiffre s'est élevé jusqu'à 86 % dans l'enquête

⁵⁵⁶ Le terme 386 vient du nom du microprocesseur de l'ordinateur « intel 386 », sorti dans les années 90. À cette époque-là, les Coréens ont appelé la génération de 386 les personnes qui correspondaient à ceux qui sont trentenaires, qui étudient dans les années '80, et qui sont nés les années '60. Lorsque cette génération est devenue quarantennaires, les Coréens l'appelleront la « génération 486 ».

⁵⁵⁷ J.-H. Park. 2017. *The intergenerational gap, theories of conflict and reality*, Kyoungnam, Press of University Kyoungsang, p.64-87.

⁵⁵⁸ R. Kang. 2013. *op.cit.* p.273.

⁵⁵⁹ Y.-J. Seo. 2019. « Aspects of Emotional Customs by the N-po Generation », *Journal of Popular Narrative*, vol.25, no.1, p.55-85.

⁵⁶⁰ « *Po* » signifie l'abréviation d'« abandonner » ou « renoncer » en coréen. Au début, l'appellation de cette génération a commencé par la « génération 3-*po* » (abandonner la rencontre d'un amour, le mariage, l'accouchement), puis « 5-*po* » (+ le logement, la compétence), « 7-*po* » (+ l'espoir/le loisir, la relation humaine)... « N-*po* » (abandonner N+).

⁵⁶¹ Citizens' Coalition for Economic Justice (CCEJ). 2013. *Korean conflict awareness survey*, <http://ccej.or.kr/9622>

identique menée auprès de 1 000 Coréens en 2017⁵⁶². Selon le rapport des Droits de l'Homme des personnes âgées en 2018, 51 % des personnes âgées et 87,6 % des personnes entre 18 et 64 ans ont considéré que ces deux populations ne s'entendent pas. Et 80,4 % de ces dernières ont pris conscience qu'il y a des conflits sévères avec la génération des personnes âgées⁵⁶³. On peut repérer les raisons des conflits intergénérationnels.

Premièrement, il s'agit du manque de communication entre générations. Selon l'analyse de M. Song, professeur en sociologie, le malentendu intergénérationnel vient de ce que la génération des personnes âgées qui ont vécu l'ensemble des processus de modernisation (la guerre, l'industrialisation, le développement social sous le régime de dictature) a l'habitude de parler en s'appuyant sur sa propre expérience, non pas sur la raison ou la logique⁵⁶⁴. Elle la considère comme l'absolu⁵⁶⁵. Effectivement, dans l'enquête de Journal quotidien *Segye* sur les conflits intergénérationnels menée en 2018 auprès de 500 Coréens autour de vingt et trente ans, et 500 Coréens de plus de 60 ans, le premier corpus a choisi « l'attitude patriarcale et autoritaire des personnes âgées » comme la première raison des conflits (66,4 %), puis « l'absence d'occasion permettant de se comprendre réciproquement » (50,2 %). Ce corpus a plutôt choisi comme solution (59,8 %) que la génération âgée doit se rendre compte du changement de l'époque et changer son attitude obsolète⁵⁶⁶.

« Maintenant, il y a un grand écart entre les générations puisqu'auparavant le confucianisme était fortement représenté dans notre société. Je pense que les personnes âgées d'aujourd'hui ont encore tendance à penser de même... « je suis une grande personne »... » Domin (jeune femme)

« Rupture faute de communication. Il n'y a pas non plus d'évènements ou de choses à pouvoir faire ensemble entre les générations. Ce serait bien de lier et se rassembler. Je pense qu'il est très très difficile de faire ça. Je pense qu'on ne peut pas trouver la réponse. Je trouve que c'est bon que les gens âgés viennent ici comme les jeunes dans un café de grande entreprise comme Starbucks, Coffee bean, etc. Pour nous, c'est facile de venir ici et on le fait sans compter. Mais les personnes âgées, elles pensent que c'est très cher et que c'est un gaspillage. » Hyeji (jeune femme)

⁵⁶² Hankook Research: <https://hrcopinon.co.kr/archives/12084>

⁵⁶³ National Human Rights Commission of Korea. 2018. *Repport human rights of Korean elderly*, p.93.

⁵⁶⁴ Selon U. Beck (2001, *op.cit.* p.131), « on ne part plus d'expériences personnelles pour aboutir à des jugements généraux ; c'est un savoir général sans expérience personnelle qui devient déterminant pour l'expérience personnelle [...] ».

⁵⁶⁵ Article de MSN, le 25. 10. 2018. <https://www.msn.com/ko-kr/news/national/%EC%95%88-%EB%8A%99%EB%8A%94-%EC%82%AC%EB%9E%8C-%EC%9E%88%EB%82%98%EC%9A%94-%E2%80%98%EB%85%B8%EC%9D%B8%EC%B6%A9%E2%80%99-%E2%80%98%ED%8B%80%EB%94%B1%EC%B6%A9%E2%80%99-%EB%85%B8%EC%9D%B8-%ED%98%90%EC%98%A4-%EC%8B%AC%EA%B0%81/ar-BBOR9IE>

⁵⁶⁶ Journal quotidien « *Segye* », le 01.01.2019 :

<https://www.segye.com/newsView/20181231003302>

Le manque de communication crée de plus en plus de distance entre générations. Des études récentes soulignent que les conflits intergénérationnels en Corée s’imbriquent notamment dans le phénomène de l’âgisme⁵⁶⁷. L’étude de S. D. Chung *et al.* démontre que plus les gens perçoivent la gravité de la discrimination fondée sur l’âge, plus ils ressentent les conflits intergénérationnels. La société coréenne qui avait donné un privilège aux personnes âgées par la culture confucéenne de « 경로 (敬老) » [*kyoung-lo*] « respect aux personnes âgées » est désormais devenue la société de « 혐로 (嫌老) » [*hyum-lo*] « aversion aux personnes âgées ». Les nouvelles appellations de la personne âgée sont révélatrices de ce point : 툇딱충 [*teul-ttak-choung*] « ver qui fait du bruit *ttak-ttak* avec son dentier » ou « ver qui essuie son dentier » et 노인충 [*no-inn-choung*] « personne âgée équivalant au ver ». Ces appellations s’utilisent non seulement sur internet mais aussi dans la vie réelle⁵⁶⁸.

« On peut bien repérer les maux sociaux si on regarde les commentaires des articles sur internet. Les politiques, les stars, l’aversion aux femmes, puis *teul-ttak-choung*. Cela veut dire « essuie ton dentier chez toi en ne sortant pas à l’extérieur ». Si j’étais une personne âgée, si on m’appelait *teul-ttak*... n’est-ce pas que c’est trop triste ? Mais il est vrai que comme il y a les gens comme cela, cette appellation a été imaginée. » Hyeyoung (jeune femme)

Deuxièmement, il s’agit de l’écart entre les idéologies politiques. Depuis l’élection présidentielle en 2002, les conflits politiques entre générations ont commencé à se manifester nettement. Effectivement, M. Roh Moo-hyun, du Parti libéral, a été élu majoritairement par les votes des jeunes coréens (60 %) d’une vingtaine et trentaine d’années en particulier, tandis que Lee Hoi-chang, son adversaire principal et du Parti conservateur, a obtenu le soutien de 60 % des personnes de plus de 50 ans. Pendant cette élection, internet a été utilisé comme un moyen efficace pour l’échange avec les candidats. Cela a entraîné une division digitale entre générations, car la génération âgée, ayant du mal à maîtriser l’ordinateur, avait un accès limité aux informations sur les candidats, tandis que les jeunes ont pu accumuler de la confiance dans la promesse électorale de Roh, qui a manifesté son aspiration à éliminer les corruptions sociales et à rénover la société⁵⁶⁹. Pourtant dans les élections présidentielles suivantes en 2007 et en 2012, le Parti conservateur a tout emporté. Notamment, le fait que Park Keun-hye soit élue comme

⁵⁶⁷ S. Lee, M. Kim, S. Chung. 2019. *op.cit.*; S.-D. Jung *et al.* 2016, « The influence of Ageism and Age integration on Perception of Intergenerational Conflict – A Comparison of Three Different Age Groups », *Korean Journal of Social Welfare*, vol.68, no.4, p.5-24.; M. J. Urick, E. C. Hollensbe, S. S. Masterson, S. T. Lyons. 2017. « Understanding and Managing Intergenerational Conflict: An Examination of Influences and Strategies », *Work, Aging and Retirement*, vol.3, no.2, p.166-185.

⁵⁶⁸ Selon un article du Journal quotidien *Segye*, M. Kim, 76 ans, était assis dans un métro. Mais un groupe des jeunes s’est parlé en le regardant « ah ! *teul-ttak*, ça pue ». M. Kim a cherché le mot *teul-ttak* sur internet et a été choqué. Journal quotidien *Segye*, le 02. 10. 2018.

<https://www.segye.com/newsView/20181002001489>

⁵⁶⁹ R. Kang. 2013. *op.cit.* p.281.

présidente en 2012 avec les soutiens solides de la génération âgée a été perçu comme scandaleux pour les jeunes. C'était l'événement qui a clairement montré l'influence de la « gérontocratie » en Corée⁵⁷⁰. Aux yeux des jeunes, Mme Park n'avait pas de compétence pour être présidente, elle était seulement le moyen de satisfaire la nostalgie de la génération âgée envers le gouvernement de Park Chung-hee (ex-président entre 1963-1979 et père de Mme Park Keun-hye), et de maintenir la force de la politique conservatrice. M. Park Chung-hee fut le personnage qui a pris l'initiative de reconstruire la société ravagée après la guerre et de réaliser le développement économique sur le court terme. Dans la plupart des cas, sa contribution à la croissance économique est positivement évaluée, tandis que sa politique de dictature personnelle est très critiquée⁵⁷¹. C'est pour cela que la génération âgée, qui a connu son régime, participé à son programme et constaté le changement et le développement économique, se souvient de lui comme du héros qui a fait un miracle en sortant la Corée de la pauvreté⁵⁷². À cet égard, la jeune génération qui n'a pas vécu cette période exprime son incompréhension envers la génération âgée.

« Je ne comprends rien du tout à la génération des personnes âgées. J'ai vu qu'un groupe de personnes âgées qui habite à la campagne est allé voter pour Park Keun-hye en louant des autobus. C'est pour cela que mon frère et moi nous étions vraiment stupéfaits, elles sont vraiment « bravo » quoi... Les personnes âgées restent toujours dans leur temps. Elles considèrent que le développement socio-économique est dû entièrement à Park Chung-hee. » Heyrin (jeune femme)

Même après la destitution de Park Keun-hye de la présidence et sa mise en prison en raison de ses corruptions, le groupe de soutien de Park Keun-hye ne cesse de faire des manifestations, ce qui est toujours critiqué par les jeunes. Si l'activité des clubs des retraités permet de lutter contre la réclusion sociale, celle des clubs de soutien pour certains partisans politiques peut être le moyen décisif qui permet de justifier et maintenir leur identité sociale⁵⁷³.

« Parce que la génération âgée manifeste pour faire sortir Park Keun-Hye de prison... « Sauver Park Keun-hye ! » Pfff... C'est incroyable. C'est pour cela que les jeunes les insultent. » Hyeyoung (jeune femme)

« Ça me met en colère quand je vois les gens manifester pour Park Keun-hye. Pourtant, je

⁵⁷⁰ C. B. Mulligan, X. Sala-i-Martin. 1999. *Gerontocracy, retirement, and social security*, no.w7117, National Bureau of Economic Research.

⁵⁷¹ H. B. Im. 2012. « Political Analysis of Park Chung Hee: Leadership, Modernization, Yushin and Parks Demise », *Peace Studies*, vol.20, no.2, p.51-84.

⁵⁷² S. M. Hong. 2015. « Emotional Structure and Popular Politics: Approach of Cultural Theory Toward the Nostalgia of President Park », *The Korean Review of Politics Thought*, vol.21, no.1, p.9-34.

⁵⁷³ J.-P. Viriot-Durandal. 2007. « Politique de la vieillesse et solidarités sous pression », dans Paugam, S. (dir.), *op.cit.* p.344.

pourrais les comprendre un peu, car j'ai l'impression que la manifestation les compense en quelque sorte de leur marginalisation imposée par les jeunes. » Minsu (jeune home)

« Où est la place des personnes âgées dans notre société ? Je ne vois rien du tout, sauf les voix électorales. Sinon, je ne vois aucune place pour eux. Ce n'est pas désormais l'objet à respecter mais celui à éviter. » Jiwoong (jeune homme)

Troisièmement, les conflits générationnels viennent de la question de l'équité intergénérationnelle dans l'emploi. Dans le marché du travail, la tendance internationale du recul de l'âge de mise à la retraite et les dispositifs de création d'emploi pour les personnes âgées font peur aux jeunes du fait d'une possibilité de la diminution du nombre des emplois pour eux. Dans le rapport des Droits de l'Homme des personnes âgées déjà mentionné plus haut, 55,4 % des jeunes ont manifesté leur inquiétude à ce propos. Selon l'OCDE, le taux des jeunes « NEET » (les jeunes entre 15 et 29 ans qui ne sont pas en emploi, en études ou en formation) s'élève à 18,4 % en Corée en 2017, ce qui est plus élevé que les 13,4 % de la moyenne des pays de l'OCDE⁵⁷⁴. Selon l'Institut coréen du travail et de la société, les jeunes coréens « NEET » sont particulièrement plus « suréduqués » par rapport à ceux des pays de l'OCDE. Le taux moyen des jeunes sans emploi des pays de l'OCDE dont le niveau est inférieur au niveau du Bac est de 36,1 % et les diplômés d'études supérieures sont 16,5 %, tandis qu'en Corée il est de 6,8 % et 42,5 % respectivement. Contrairement à 13,4 % en moyenne de l'OCDE, le taux de possibilité de tomber dans le « NEET » est environ deux fois plus élevé, 23,6 % en Corée du Sud. Selon cette analyse, la hausse de la catégorie « NEET » est due à l'insuffisante qualité de l'emploi. Les diplômés des universités prestigieuses sont au chômage parce qu'ils ne peuvent pas trouver de postes qui les satisfont. Effectivement, depuis la crise du FMI, l'efficacité productive et la flexibilité du marché de l'emploi ont été bien adaptés dans le monde du travail, et cela a donné lieu à la « croissance sans emploi de l'économie ». Cela implique une condition défavorable aux demandeurs d'emploi, mais aussi aux salariés âgés. C. Attias-Donfut les désigne comme « deux générations marginales par rapport au monde du travail »⁵⁷⁵. Parce que ces derniers ont constaté une masse de licenciement lors de la crise du FMI, l'inquiétude de l'incertitude s'accroît⁵⁷⁶. D'où « la guerre intergénérationnelle » au sein de l'entreprise. Les salariés âgés doivent s'efforcer de maintenir leur compétence en apprenant les nouvelles technologies pour ne pas être en retard dans la performance productive par rapport aux jeunes

⁵⁷⁴ OCDE. 2019. *Panorama de la société 2019 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE*, Paris, Éditions OCDE,

⁵⁷⁵ C. Attias-Donfut, M. Loriaux. 2013. « La cohésion sociale : au fil des générations... », *Retraite et société*, no.64, p.135-143. p.142.

⁵⁷⁶ R. Kang. 2013. *op.cit.*, p.279.

salariés et ainsi conserver leur emploi⁵⁷⁷.

« C'est une guerre pour le bol de riz [le pain en version française]. L'enjeu sur le chômage chez les jeunes fait partie de l'agenda politique. Dans tous les pays, chaque nouveau gouvernement promet de prendre des mesures pour résoudre le problème du chômage mais... En Corée, les personnes âgées sont capables de travailler encore mais leur bol de riz est dépouillé par les jeunes. » Jiwoong (jeune homme)

Dans le continuum de cette question, il y a également celle de l'équité entre générations à l'égard de la protection sociale. Il s'agit du « fardeau », comme quatrième facteur des conflits, qui pèse sur les jeunes face à l'augmentation des cotisations sociales. Dans les sociétés occidentales comme la France, les dispositifs (pensions de retraites, allocations supplémentaires) qui garantissent les revenus des personnes âgées sont matures, ce qui fait que leur niveau de ressources est devenu assez élevé⁵⁷⁸. Par contre en Corée, du fait du retard de l'intervention publique (la mise en place de la pension de retraite universelle en 1999 et de l'Allocation du minimum de vieillesse en 2008), la mauvaise condition financière de la vieillesse ne voit pas encore d'amélioration et le pays occupe toujours le premier rang du taux de pauvreté des personnes âgées dans les pays de l'OCDE. Les Coréens prennent conscience de la nécessité d'intervenir davantage pour cette population. Selon l'enquête nationale sur les perceptions des coréens envers la protection sociale menée auprès de 1 000 personnes de plus de 19 ans, 33,5 % ont pensé que la population des personnes âgées doit être la plus prioritaire quant à l'extension de la protection sociale, (21 % pour la jeune population). De plus, 33,9 % ont pensé que les personnes âgées sont la population la plus vulnérable, (30,1 % pour la classe pauvre, 21,2 % pour les familles monoparentales, 13,9 % pour les personnes handicapées). Il est intéressant de noter que 80 % ont manifesté leur souhait d'étendre la protection sociale, tandis que 68 % ont déclaré de ne pas vouloir cotiser plus. Pour les raisons de refuser la cotisation, 35,9 % ont déclaré « ceux qui ont les hauts revenus doivent cotiser plus », 15,9 % « individuellement incapable de cotiser plus » et 10,1 % « le niveau de la protection sociale est suffisant ». ⁵⁷⁹. Plus précisément pour savoir l'opinion de la jeune génération, le rapport des Droits de l'Homme des

⁵⁷⁷ A. M. Guillemard. 2014. « l'emploi des seniors. Vers une théorie comparée de l'activité en seconde partie de carrière », In C. Hummel, I. Mallon, V. Caradec (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*, Presse Universitaires de Rennes, p.73-91. ; H. R. Kim-Lescarret. 2006. *Être salarié âgé dans une société en mutation : le cas de la Corée dans une perspective comparée*, Thèse en Sociologie, Université Paris Descartes.

Dans tel contexte, les Coréens prennent leur retraite plus tôt qu'à l'âge législatif, car les entreprises ne veulent pas garder plus longtemps les salariés âgés d'une part, ceux-ci aussi eux-mêmes en prenant conscience décident l'anticipation du départ à la retraite pour bénéficier de l'indemnisation de pré-retraite de la part de l'entreprise, et pour démarrer plus tôt leurs secondes carrières professionnelles (ouvrir un magasin...)

⁵⁷⁸ C. Attias-Donfut. 1988. *op.cit.* p.199-203.

⁵⁷⁹ M.-G. Kim et al. 2018 *Social Security Public Perception Study*, Ministry of health and welfare, p.149.

personnes âgées, montre que 77,8 % des jeunes ont exprimé le sentiment du poids des cotisations sociales. De ce fait, si la difficulté socio-économique des jeunes générations peut provoquer le déséquilibre de la relation avec les générations âgées⁵⁸⁰, les jeunes qui se trouvent d'ailleurs dans une situation financière défavorable sont de plus en plus sensibles à la hausse des cotisations sociales.

« Si l'Etat décide d'augmenter la cotisation, il faut augmenter le montant du salaire. On est obligé de cotiser dès que l'Etat décide de le faire. On n'arrive pas à résister mais on le fera à contrecœur si le montant de l'impôt à payer est élevé alors que le salaire ne bouge pas. » Hyungjin (jeune homme)

« La population est en baisse, tandis que la dépense pour les personnes âgées est en augmentation. Il faut également réduire le budget pour la politique de la personne âgée parce que si la situation continue comme ça, le poids sur les jeunes sera énorme. D'autant plus que les jeunes vivent difficilement pour le moment. » Jaeyong (jeune homme)

Dans ce contexte-là, l'incertitude de l'avenir liée à la possibilité de la pénurie du fond de caisse de retraite et la baisse du taux de fécondité les rendent davantage méfiants sur le système de la retraite.

« Je ne sais pas combien je toucherai mais jusqu'à maintenant j'ai cotisé 36 mois apparemment. Je pense que c'est gâché. Si je suis sûr de vivre jusqu'à l'âge de 100 ans, ce sera mon intérêt si je cotise. Pourtant, si je décédais à 63 ou 64 ans, c'est vraiment une perte parce que je n'aurai pas pu recevoir autant que je cotise. Dans ce cas-là, il vaut mieux investir dans les spéculations immobilières. » Yujeong (jeune femme)

Selon l'étude de J. H. Yoo et R. M. Cho, plus le niveau de confiance institutionnelle et individuelle est élevé, moins on préfère la protection sociale résiduelle⁵⁸¹. En fait, la méfiance des Coréens envers l'État est marquée. Dans l'enquête nationale des perceptions des Coréens envers la protection sociale déjà mentionnée, parmi ceux qui ont répondu qu'ils ne souhaitent pas cotiser davantage, 21 % pensent que l'État est corrompu et, pour 17,1 %, l'État gère mal le système. Or, selon C. Attias-Donfut, le rôle de l'État est essentiel pour maintenir des échanges intergénérationnels, car la confiance d'être bénéficiaire plus tard conduit à ne pas hésiter à la participation publique⁵⁸².

« Même si je cotise maintenant, j'ai peur de ne pas pouvoir toucher plus tard. Ce système a beaucoup de lacunes. Les personnes âgées reçoivent maintenant beaucoup par rapport à ce

⁵⁸⁰ L. Chauvel. 2007. «La solidarité générationnelle. Bonheur familialiste, passivité publique », *In* Paugam, S. (dir.), *op.cit.* p.269.

⁵⁸¹ J. H. Yoo, R. M. Cho. 2016. «A Study on Trust, Conflict and Types of Welfare Consciousness among Korean 20s and 30s: Using Latent Class Analysis and Logistic Regression », *Korean Society and Public Administration*, vol.27, no.1, p.171-207.

⁵⁸² C. Attias-Donfut. 2005. « Solidarités familiales, solidarités publiques. L'indispensable complémentarité », *Economie et Humanisme*, no.374, p.68-71.

qu'elles ont cotisé. Elles reçoivent ce qu'on cotise maintenant... Les jeunes cotisent pour les gens qu'ils ne connaissent pas. L'objectif du système c'est ça, mais j'en doute. Je cotiserais volontiers si cela était directement versé dans la pension de mes parents. J'espère que l'État aide seulement les gens démunis sans enfant. J'ai l'impression que nos impôts servent aux gens riches. » Hyerin (jeune femme)

« Parce que mes revenus sont faibles, le montant de la cotisation sociale est bas. Mais j'ai entendu dire que les gens qui gagnent beaucoup ressentent un gaspillage. Mes amis qui ne sont pas du tout dans la même situation parce qu'ils gagnent beaucoup me disent « qu'est-ce que l'Etat a fait pour moi ». » Jaeyong (jeune homme)

1.5. *Peur de la maladie d'Alzheimer*

Du fait qu'autrefois l'espérance de vie n'était pas aussi longue qu'aujourd'hui, les maladies neurodégénératives n'étaient pas très bien connues. Les Coréens n'ont donc pas facilement considéré les symptômes de la maladie d'Alzheimer comme une maladie, mais comme une sorte d'amnésie ou de sénilité naturelle due au vieillissement. C'est la raison pour laquelle encore aujourd'hui, quand un symptôme du premier stade se manifeste, la personne elle-même ainsi que sa famille risque de le négliger et de ne pas penser nécessaire de consulter un médecin pour le traiter médicalement⁵⁸³. Toutefois, comme nous avons évoqué que la prévalence de la maladie d'Alzheimer est de plus en plus élevée, la société coréenne se préoccupe de plus en plus de cette pathologie, et parallèlement les Coréens sont devenus de plus en plus sensibilisés à ce trouble.

Selon l'OMS, la maladie d'Alzheimer est définie comme « un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive »⁵⁸⁴. De ce fait, le problème que pose cette maladie est qu'elle rend (presque) impossible la relation interactive avec le malade, ce qui fait que ses comportements sont souvent considérés comme anormaux, absurdes, fous, insensés, extravagants même inhumains. On en vient à désigner les malades comme des « fantômes » ou des « naufragés de l'esprit »⁵⁸⁵.

Les Coréens utilisent le mot « démence » pour nommer la maladie d'Alzheimer et les maladies

⁵⁸³ K.-S. Kim. 2012. *A Study on the Jeju Citizens' Awareness and Attitude on Dementia*, Dissertation M.A. in Science, Jeju National University.

⁵⁸⁴ OMS: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

⁵⁸⁵ L. Ngatcha-Ribert. 2010. « La maladie d'Alzheimer au prisme des représentations sociales », *In* Carbonnelle, S. (coordonné), *op.cit.*, p.75.

apparentées tant au niveau politique qu'au niveau social, tandis qu'en France, ce mot de « démence » est considéré comme une appellation péjorative et choquante, ce qui fait que l'expression « maladie d'Alzheimer » (maladies neurodégénératives depuis récemment) a été choisie en la considérant comme ce qui recouvre toutes les maladies apparentées⁵⁸⁶. Le mot « démence » est dérivé du latin *demens* : *de* signifie « ôter, enlever, retirer, supprimer (une partie) d'un tout » et *mens* « mentalité »⁵⁸⁷. On peut l'interpréter comme « l'état où la mentalité est retirée ». C'est le docteur P. Pinel qui a défini la démence pour la première fois comme « une débilité particulière des opérations de l'entendement et des actes de la volonté qui prend tous les caractères d'une rêvasserie sénile »⁵⁸⁸. À l'instar du mot japonais 癡呆 (*zhi-ho*) qui porte sur cette définition, la Corée du Sud a adopté le mot 치매 (*zhi-mai*) ayant le sens 癡 « stupide et fou » et 呆 « stupide ». Pourtant, pour le Japon, cette appellation ne se prononce plus à cause de sa connotation négative : celui de « troubles cognitifs » la remplace depuis 2004. Par contre dans la société coréenne, la nécessité du changement de l'appellation « démence » s'est posée en 2017⁵⁸⁹, mais les décideurs politiques l'utilisent toujours⁵⁹⁰. En septembre 2017, le gouvernement de Moon Jae-In a mis en œuvre un dispositif de « Responsabilité de l'État pour soigner la démence ».

Si en général la maladie d'Alzheimer est envisagée négativement, il apparait qu'elle l'est davantage dans la société coréenne. En effet, la France, ayant connu le vieillissement démographique depuis plus longtemps que la Corée, avec un taux élevé de prévalence de maladie d'Alzheimer, essaie de faire en sorte que la société puisse s'adapter au vieillissement et améliore donc l'image de la maladie d'Alzheimer. D'où la mise en place du Plan Alzheimer 2008-2012 et du Plan des Maladies neurodégénératives 2014-2019 ainsi que la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement en 2015. D'autre part, au Japon dans le Plan national

⁵⁸⁶ *Ibid.* p.74. À l'instar de la tendance française, notre étude utilisera en principe le terme de « maladie d'Alzheimer » en le considérant comme ce qui recouvre toutes les maladies apparentées, alors que nous prenons conscience du fait que la maladie d'Alzheimer n'est pas tout à fait similaire aux maladies apparentées. Toutefois, nous n'hésiterons pas éventuellement à emprunter le terme de « démence » s'il est nécessaire, par exemple pour décrire le contexte coréen qui souligne l'appellation de « démence ».

⁵⁸⁷ Dictionnaire latin français <http://www.dicolatin.com/FR/LAK/0/DEMENS/index.htm>

⁵⁸⁸ P. Pinel. 1809. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition, Paris, J. ANT. Brosson, p.139.

⁵⁸⁹ Journal quotidien « Chosun », le 29 juin 2017 :

https://news.chosun.com/site/data/html_dir/2017/06/29/2017062900086.html ; J. E. Jang. 2017. *The substance of the dementia through the movie and Seeking universal humanity of human affirmation*, Dissertation Ph. D. in Social Welfare, Kyonggi University.

⁵⁹⁰ Selon l'étude de Y.-J Jang (2014) qui étudie la comparaison entre les attitudes envers la démence chez 320 Coréens et chez 350 Japonais montre que les Japonais considèrent la démence plus positivement que les Coréens. Y.-J. Jang. 2014. « A Comparative Study on the Factors that Determine the Attitude Toward Dementia in Korea and Japan: Focusing on the Care Workers Who Work in Nursing Homes », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.34, no.2, p.333-348.

d'Alzheimer « New Orange Plan », la « compréhension sur les troubles cognitifs et son développement » a été fixée comme premier objectif de ce dispositif. Cela vise à faire en sorte que les Japonais puissent accepter positivement cette maladie et donc construire une société familière qui s'adapte aux malades souffrant des troubles cognitifs⁵⁹¹. Par contre, ayant vécu seulement depuis peu la hausse rapide du nombre des malades, la société coréenne considère la maladie d'Alzheimer comme un phénomène inattendu qui amène une catastrophe pour la société. La plupart des médias parlent seulement des conséquences négatives de l'augmentation du nombre des malades ou des méthodes de prévention pour lutter contre cette pathologie. Selon le rapport de l'Institut national coréen sur la démence⁵⁹² en 2014 mentionné ci-dessus, 40,7 % des Coréens pensent que les médias parlent de la maladie d'Alzheimer de façon négative (positive pour 25,3 % et neutre pour 34 %), alors que 94,1 % ne connaissent cette maladie qu'à travers la télévision.

Ainsi, la maladie d'Alzheimer se manifeste comme la maladie la plus inquiétante en Corée. Elle occupe le premier rang chez les personnes à partir de 50 ans alors qu'elle est toujours au deuxième rang chez les plus jeunes⁵⁹³ (Annexe 4. G-19). La mauvaise image de la maladie d'Alzheimer vient d'abord de la peur de ce qui entraîne involontairement un grand bouleversement dans la vie d'un individu : la disparition de l'existence du « moi ». Par la perte des diverses mémoires ainsi que des facultés cognitives, on perd le « moi » qui était défini par sa mémoire et son identité sociale. On erre dans le monde « inconnu » et irraisonnable, mais avec une durée indéterminée. D'où la peur d'être pitoyable⁵⁹⁴.

« Ça me fait vraiment peur. Comme ça serait difficile si on avait cette maladie. Pour moi, la mémoire est très importante, mais ça ne fonctionnera plus. Quelle horreur... Cette maladie n'est pas rare aujourd'hui, une des maladies les plus fréquentes... Ça s'accroît de plus en plus. Comme ma grand-mère était démente, je suis très sensibilisé. » Minsu (jeune homme)

Plusieurs études montrent que l'attitude envers la maladie d'Alzheimer varie selon plusieurs facteurs : le sexe, l'âge, la formation, les connaissances sur la maladie, l'intérêt sur le sujet de la démence, l'intention de prendre en charge les parents, l'existence d'un malade dans la famille, etc. Les femmes plus que les hommes trouvent la maladie d'Alzheimer positive⁵⁹⁵. Quand les

⁵⁹¹ J.-E. Lee et Y.-J. Jang. 2016. « A Comparative Study of Factors Affecting Adolescents' Attitudes towards Dementia », *Health and Social Welfare Review*, vol.36, no.1, p.234.

⁵⁹² L'enquête a été menée en 2014 par l'Institut national sur la démence auprès de 814 personnes âgées entre 19 et 70 ans. National Institute of Dementia. 2014. *Annual Report 2014*

⁵⁹³ Korean National Institute of Dementia. 2014. *Annual Report 2014*.

⁵⁹⁴ J. E. Jang. 2017. *op.cit.* p.25-26.

⁵⁹⁵ N. J. Je, M. Park et H. J. Yang. 2019. « Factors influencing the attitudes of dementia for University Students », *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, vol.9, no.3, p.561-569.; K.-S. Kim. 2012. *op.cit.* ; J.Y. Choi. 2015. « Factors Associated with the Attitudes toward Dementia in

gens ont l'intention de prendre quelqu'un en charge, quand ils s'intéressent au sujet de la maladie ou bien encore quand ils ont un malade atteint d'Alzheimer dans leurs familles, ils tendent à garder une attitude positive envers cette maladie⁵⁹⁶. Notamment, plusieurs études soulignent qu'avoir des connaissances sur la maladie entraîne une attitude positive⁵⁹⁷. C'est la raison pour laquelle les plus jeunes gardent davantage une image négative⁵⁹⁸. Mais une autre étude montre que même ceux qui possèdent des connaissances sur la maladie manifestent une attitude négative, et plus l'âge avance, plus l'attitude se manifeste négativement⁵⁹⁹.

Par ailleurs, les médias jouent un rôle important pour sensibiliser et éduquer sur la maladie⁶⁰⁰. D'après le rapport du contexte de démence en 2018, les Coréens découvrent les connaissances sur la maladie à travers les émissions (58 %), les journaux quotidiens (3,2%), internet (0,4 %), des séminaires (0,6 %), le centre de santé publique (0,6 %) et d'autres moyens (1,1 %) ⁶⁰¹. En fait, on voit de plus en plus de personnages atteints de la maladie d'Alzheimer dans des feuilletons à la télévision et des films⁶⁰². Entre autres, « une gomme dans ma tête », premier film coréen qui traite du sujet de la maladie d'Alzheimer sorti en 2004, raconte le désir des femmes (l'amour, la trahison, le mariage...) à travers l'héroïne de 27 ans atteinte de la maladie d'Alzheimer. Sa présence a permis aux spectateurs d'être sensibilisés au fait que cette maladie ne concerne pas seulement les personnes d'un âge avancé⁶⁰³. Pourtant, il semble que les films ou les feuilletons ne montrent pas la vraie vie des malades. Certaines des personnes que nous avons interrogées trouvent que les médias doivent davantage montrer divers aspects sur la vie des malades d'Alzheimer pour que les Coréens puissent mieux comprendre cette maladie et le vieillissement en général.

Community Caregivers: Results from the Nationwide Survey on Dementia Care in Korea », *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*, vol.19, no.1, p.24-31.

⁵⁹⁶ J. E. Lee et Y. J. Jang. 2016. *op.cit.* ; N. J. Je, M. Park et H. J. Yang. 2019. *op.cit.* ; Y. Jang. 2019. *Correlation between the acceptance of medicalized dementia knowledge and attitudes toward dementia*, Dissertation M.A. in science of public health, Seoul National University.

⁵⁹⁷ S.-J. Park, S.-S. Park et Y.-J. Kim. 2015. « The Effects of Geriatric Nursing Education for Nursing Students' Attitude, Perception toward Dementia and Dementia Policy », *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol.16, no.7, p.4467-4477.; K.-A. Kim, K.-A. Kim et M.-R. Sung. 2011. « A Study on the Level of Dementia-related Knowledge and Attitude among Care Workers – Focusing on the Care Workers who got education on dementia in Seoul Dementia Center », *Korean Journal of Care Management*, vol.6, p.23-51.

⁵⁹⁸ J. E. Lee et Y. J. Jang. 2016. *op.cit.* ; N. J. Je, M. Park et H. J. Yang. 2019. *op.cit.*

⁵⁹⁹ J.Y. Choi et al. 2015. *op.cit.*

⁶⁰⁰ J. Lee. 2019. « The effects of movie-based dementia education – Focusing on knowledge and attitude of nursing students toward dementia », *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, vol.9, no.11, p.723-732.

⁶⁰¹ National Institute of Dementia. 2018. *op.cit.*

⁶⁰² J. E. Jang. 2017. *op.cit.*; P. Visalboth. 2017. *The reproduced society emagination of dementia in drama – Drama « A Thousand Days' Promise » and « Memory » focuses -*, Dissertation of Master, Department of Korean Studies, Yonsei University, Corée du Sud.

⁶⁰³ *Ibid.*

« On voit que la société est de plus en plus vieille. Est-ce que vous regardez le feuilleton « Dear my friends » ? C'est une histoire sur le vieillissement et cela dit que la démence est désormais problématique chez nous. Je vois que les œuvres à la télé traitent beaucoup de ce sujet, mais je regrette qu'ils ne montrent pas la vérité toute nue. Il faudrait mettre en scène les pires situations... ça pourrait aider à sensibiliser et à comprendre la vieillesse et ce qu'est la démence. »⁶⁰⁴ Mme Oh Jin-hee (directrice d'une association d'aide à domicile)

Si les Coréens ont de plus en plus de notions sur cette maladie, leur niveau de connaissance n'est pas très élevé. Selon le rapport sur le contexte coréen de la démence de 2018, à propos des questionnaires portant sur les connaissances sur la maladie d'Alzheimer, ils ont reçu comme score total 61,9 sur 100 en 2008, 64,7 en 2012, 65,9 en 2016. Parmi les questions posées, c'est surtout à celle « avec l'âge, tout le monde est atteint de la maladie d'Alzheimer », que de nombreuses personnes ont donné une mauvaise réponse en cochant « oui » et ont obtenu un des scores les plus bas, soit 56,8⁶⁰⁴.

Si cette pathologie effraie du fait de ses symptômes qui troublent la vie individuelle, elle fait peur également parce qu'elle peut représenter un fardeau pour les familles⁶⁰⁵. Dans une enquête de 2019 sur la perception de la maladie d'Alzheimer auprès de 1 000 personnes coréennes entre 19 et 59 ans, 73,8 % ont répondu que la maladie d'Alzheimer peut mettre en péril la famille du malade. Cette réponse est davantage émise par les femmes (78,4 %) que par les hommes (69,2 %), et davantage chez les plus âgés (81,2 % pour les quinquagénaires). 75 % ont révélé leur peur que la maladie touche l'un des membres de leur famille. À ce propos, plus de la moitié des personnes (64,3 %) pensent que l'entourage ne pourra rien faire sans leur aide⁶⁰⁶. Cela signifie que de nombreux Coréens ont peur d'être contraints de devenir des aidants. Les femmes, étant plus sensibilisées que les hommes et plus concernées, selon la culture patriarcale, par le rôle d'aidants pensent davantage que la maladie d'Alzheimer peut mettre en danger la famille du malade. Les personnes qui s'intéressent davantage à la maladie d'Alzheimer pensent qu'il vaut mieux aller en établissement quand on est atteint de cette maladie⁶⁰⁷. Selon le rapport national sur le contexte des personnes âgées coréennes 2017, la quasi-totalité (91,8 %) des personnes âgées s'opposent à l'allongement de la vie par les traitements médicaux⁶⁰⁸. Le rapport n'en évoque pas la raison, mais nous pouvons la supposer en la liant à l'idée du fardeau pour la

⁶⁰⁴ National Institute of Dementia. 2018. *op.cit.*

⁶⁰⁵ En France aussi « l'impact dévastateur de la maladie sur l'entourage du malade » est la raison unanime pour laquelle les Français ont peur de la maladie d'Alzheimer selon Inpes (2010). Inpes. 2010. « Regards portés sur la maladie d'Alzheimer par les malades et leurs aidants proches », *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*, Dossier de presse.

⁶⁰⁶ Journal quotidien *Segye*, le 03 août 2019 : <http://www.segye.com/newsView/20190803502787?OutUrl=naver>

⁶⁰⁷ J. H. Moon. 2014. *A Study on Knowledge of and Attitudes toward Dementia among Middle-aged and Older People*, Dissertation M.A. in Social welfare, Wonkwang University, Corée du Sud.

⁶⁰⁸ K.-H. Jeong *et al.* 2017. *op.cit.*

famille.

« La démence... C'est une maladie qui est difficile à soigner et pour laquelle il vaut mieux aller en établissement, parce que sinon un des membres de la famille doit forcément la prendre en charge... Ce n'est pas une maladie rare aujourd'hui. J'ai cherché sérieusement de l'information sur la démence pour la comparer avec l'amnésie. » Seongha (jeune femme)

2. Changement d'attitude à l'égard de la prise en charge d'un parent âgé

2.1. Évolution du concept du « *hyo* » et intention de prendre en charge les parents

Le sens traditionnel du *hyo* est la prise en charge physique, financière et émotionnelle des parents tout en habitant sous le même toit. Toutefois, plusieurs études ont remarqué que la norme sociale ne correspond pas aujourd'hui à l'attitude des enfants adultes⁶⁰⁹. Notamment chez les jeunes adultes, le fait qu'ils soient dépendants de leurs parents en raison de difficulté financière a entraîné l'évolution de leur perception du concept du *hyo*.

« Le *hyo* c'est vivre en bonne santé et sans donner de souci. Apporter de l'argent est une deuxième chose. La bonne santé est primordiale. Les enfants peuvent être dans une situation difficile, par exemple avoir un métier non qualifié, donc pas assez d'argent... Dans cette situation, prendre en charge les parents sera très lourd. Un devoir ? je ne pense pas forcément... C'est la manière de le mettre en pratique qui change. » Hyeyong (jeune femme)

Selon la même enquête de « *Déhak-néil* (Université pour demain) », 63,2 % ont répondu « le *hyo*, c'est que je mène ma vie sagement en ne donnant pas de souci à mes parents », puis 53,8 % choisissent « pour mettre en pratique le *hyo*, il est suffisant de faire ce que je peux ». C'est un changement dans le sens où les enfants ne sont pas dépendants de leurs parents. Il n'est pas question de dévouement sans condition, mais que chacun fasse selon sa situation. Taesan pense à la nécessité de changer le concept du *hyo*.

« Je pense que le concept du *hyo* est en train de changer. Ce n'est plus désormais le sacrifice inconditionnel comme auparavant. Bien sûr que les générations ascendantes ont vécu comme cela, le sacrifice en tant qu'enfant... Mais pour notre génération, ce n'est pas forcément le sacrifice inconditionnel... Enfin, je pense qu'il faudrait redéfinir le concept du *hyo*. Ce n'est pas de fermer les yeux quand ses parents ou ses enfants ont commis une erreur, mais de les conduire dans une bonne direction pour que l'un et l'autre deviennent des hommes de bien. Par la conversation attentive... La communication est un processus qui permet de réaliser l'objectif commun par interaction. Ce n'est pas une transmission en sens unique. » Taesan (jeune homme)

⁶⁰⁹ D. Kim, S. Park, S. Kim. 2010. « The influence of using of long-term care service on depression and life satisfaction among family care-givers: A comparison of leisure activity ». *Journal of Korea Association of Family Relations*, vol.15, no.3, p.117-135.; K. Suh, et K. Chun. 2009. « The moderate effect of social support on family caregivers' burdens and health and quality of life with demented patients ». *Korean Journal of Psychological and Social Issues*, vol.15, no.3, p.339-357.

Même si les jeunes adultes semblent devenir passifs à l'égard de la pratique du *hyo*, ils ne font que l'ajuster selon le contexte où ils se trouvent. En fait, le sens intrinsèque du *hyo* comme prise en charge demeure toujours. Selon l'enquête, 83,2 % pensent que le *hyo* est obligatoire en tant qu'enfant. 61,7 % trouvent qu'il faudrait rendre leur soutien aux parents. Concernant le sens du terme « *hyo* », 58,9 % le considèrent comme « avoir des échanges en continu et maintenir la relation avec les parents », tandis que 18,7 % répondent « prendre en charge les parents âgés ». Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne s'intéressent pas au sujet. En effet, 52,3 % s'inquiètent de la prise en charge de leurs parents dans la vieillesse, et 72,6 % disent l'« intention de faire de mon mieux pour la prise en charge des parents »⁶¹⁰.

En ce sens, nous avons posé la question « avez-vous l'intention de prendre en charge vos parents lorsqu'ils auront besoin de soins de longue durée ? ». La quasi-totalité des jeunes interrogés ont compris que la prise en charge des parents signifie la « cohabitation ». On peut classer leurs réponses en trois types, « volontiers », « être contraint(e) de le faire par obligation si la situation l'impose » et « oui, mais en établissement selon le souhait des parents ». Premièrement, la majorité des jeunes ont pensé que la prise en charge des parents est naturelle et obligatoire en tant qu'enfant, afin de rendre ce qu'ils ont reçu.

« N'est-il pas naturel de les prendre en charge ? Ils ont aussi changé mes couches salies, c'est évident ! A mon avis, il serait facile de les prendre en charge financièrement mais rester ensemble, cohabiter est ce qui est le plus difficile. En fait, je voudrais devenir diplomate ce qui me force à quitter mes parents... Je suis très triste (en pleurant) enfin... je ne le suis pas encore devenu... ça m'interpelle beaucoup surtout sur ce point. Ma mère m'a souvent demandé en pleurant pourquoi j'aimais autant partir et comment faire alors dans ce cas puisque j'insiste comme ça... En l'écoutant, ça m'a fait du mal... Je trouve que la meilleure façon de prendre en charge est de rester à côté. Il y a beaucoup de gens qui ne peuvent pas faire ça... Je parle souvent de ça à mon frère, Jimin. Il est vraiment gentil et pur mais je me sens vraiment désolé parce que je le lui ai déjà dit plus tôt. Lorsque j'étais aux Etats-Unis pour le programme d'échange d'un lycée américain, j'ai entendu dire que ma mère a pleuré en disant qu'elle ne me laisserait pas partir désormais. » Jiwoong (jeune homme)

Ceux qui répondent « volontiers » pensent à une possibilité ouverte à l'aide publique. Au cas où leur situation rendrait difficile à la fois de prodiguer les soins et de mener une activité professionnelle, ils n'hésiteront pas à avoir recours à l'intervention de professionnels. Il est à noter que certains trouvent que l'intervention professionnelle n'est possible que lorsqu'on dispose d'une certaine capacité financière. Cela signifie implicitement que le niveau de protection sociale n'est pas considéré comme généreux.

⁶¹⁰ Magazine « Daehak Naeil » ; le 25.05.2017 : <https://www.20slab.org/archives/21715>

« Bien sûr que je vais cohabiter même lorsque je serai dans une situation financièrement difficile. Mais même si la situation empire, je ne pourrai pas quitter mon travail. Si j'avais de l'argent, j'embaucherais une aide-soignante. » Byul (jeune femme)

Constatant que les femmes ont l'intention de prendre en charge les parents âgés avec l'accord de leurs maris, alors que les hommes indiquent directement leur intention. Cela souligne que la tradition patriarcale joue toujours un rôle aujourd'hui. Le discours d'Heyrin reflète sa situation financièrement difficile.

« Carrément ! Si mon mari est d'accord aussi. Mais j'ai envie de cohabiter avec ma mère si c'est possible. Bien sûr que ce sera bien aussi avec mes beaux-parents. Comme ça, je peux économiser une partie du loyer. Pourquoi on habite séparément ? Ce serait bien si on cohabitait. » Heyrin (jeune femme)

Examinons les enfants du deuxième type. Aussitôt la question posée, certains jeunes ont hésité à donner aveuglement une réponse positive. Si le contexte les met dans l'obligation d'assumer cette tâche, ils ont l'intention de s'en occuper, mais ils n'hésiteront pas à avoir recours à une aide extérieure. Plutôt l'intervention professionnelle que l'établissement. Ils ne cachent pas que « franchement si c'est possible » ils ne veulent pas le faire. Simultanément, ils ne souhaitent pas pourtant que leurs parents entrent en établissement.

« Je devrais discuter avec mon frère. Je ne peux pas dire « volontiers » parce que c'est difficile à faire. Ce sera en fonction de la situation. Ce n'est pas que je ne les prendrai pas en charge... mais si c'est possible franchement, je ne veux pas le faire. Si j'avais de l'argent, j'aurais envie de résoudre ce problème par l'argent. Embaucher des soignants professionnels... mais je ne souhaite pas les placer en établissement. Je n'aime pas ça. Ce sera bien qu'ils aillent ensemble à Silver Town (maison de retraite de luxe) mais si c'est une seule personne, soit maman soit papa, je ne le proposerai pas. » Jaeyong (jeune homme)

« Si une telle situation m'arrive, on pourrait considérer que je suis méchante mais je vais choisir d'abord une structure ou embaucher un professionnel. En dernier recours, j'envisage de quitter mon travail. Je discuterai avec ma sœur et mon frère. Si cela tombe sur mes parents, je choisirai la deuxième mesure. Mais je doute qu'il y ait beaucoup de monde sans morale... C'est parce que ce sont mes parents. Ils n'ont que nous. Moi aussi, j'ai vécu sous la « protection des ailes de ma mère ». C'est normal et naturel. Il est évident que la fille doit s'occuper de sa mère quand elle est malade comme ma mère était responsable de moi quand j'étais malade. Il n'y a personne d'autre. » Hyeji (jeune femme)

Troisièmement, certains ont bien l'intention de prendre en charge leurs parents, mais simultanément ils pensent avoir éventuellement recours à l'institution. Yeonju garde d'abord un point de vue un peu « traditionnel ». Elle pense que son frère aîné devrait s'occuper de la prise en charge des parents selon le principe traditionnel, si bien qu'elle serait mécontente au cas où il lui demanderait de le faire à sa place. Mais d'autre part elle émet un point de vue « moderne ». Si elle doit s'en occuper, elle a l'intention de placer ses parents en établissement pour pouvoir

gagner de l'argent.

« Il semble que oui... même si je n'aime pas le faire, ce sont mes parents. Mais si mon frère me demande de me charger de la prise en charge, je serai contrariée parce qu'en Corée, selon la coutume, c'est le fils aîné qui tend à s'occuper des parents. Etant contrariée, je demanderai plutôt de l'argent parce que c'est une sorte de responsabilité. Contrariée... mais ce n'est pas impossible en fonction de la situation. Pour l'instant, je trouve que je le ferai. Mais j'ai l'intention de les placer en établissement. Il me semble que mes parents comprennent parce que je dois gagner de l'argent pour subvenir aux besoins. Puisque l'établissement a été bien construit récemment, les résidents peuvent normalement bénéficier de services de qualité... Mais il faudrait quand même leur rendre visite souvent pour qu'ils ne se sentent pas abandonnés. Il paraît que l'établissement est plutôt mieux que la maison. On aurait des conflits avec les parents si on les prenait en charge à la maison. Je suis inquiète pour ça. »
Yeonji (jeune femme)

D'ailleurs, à l'instar de la tendance où les parents d'aujourd'hui ne souhaitent pas vivre avec leurs enfants, certains jeunes manifestent qu'ils feront comme leurs parents le souhaitent.

« Ça dépend de la situation. S'il est mieux que je m'occupe de mes parents, ce sera moi qui m'en occuperai, mais s'il est mieux qu'ils entrent en établissement, ils vivront en établissement. À un moment donné, mes parents m'ont dit qu'ils pourront être bien en établissement si celui-ci est bien fait. Les établissements de notre pays ressemblent à un mouvoir. Qui va s'occuper d'eux n'est pas important, mais quel choix peut leur permettre de vivre dans de bonnes conditions. » Taesan (jeune homme)

« Bien sûr. Comme ma mère le veut. Si elle veut, ce sera chez moi. Mais elle a sa maison à la campagne. Sinon, puisque mon père est là, il y a une autre possibilité, c'est que je leur rende visite régulièrement. S'il faut cohabiter, j'aurai besoin de son avis. Je ne peux pas l'amener à la maison sans son accord. Ce sont mes parents, c'est évident que je le ferai. Ce n'est pas moi qui choisis l'établissement mais c'est ma mère. En fait, mes parents voulaient retourner à la campagne où ils étaient petits, ils ont donc construit une maison là-bas. On doit habiter là où on a l'habitude parce que comme ça, on a des amis à voir souvent... Mes beaux-parents sont vraiment gentils. J'ai vraiment l'intention de les prendre en charge volontiers en cohabitant quand ils seront malades... parce que j'ai reçu beaucoup d'affection de leur part... » Milimi (jeune femme)

Pourtant, même si les jeunes tendent à envisager de recourir à l'institution, cela ne veut pas nécessairement dire que tous en aient une bonne image. Minsuk exprime que l'institution porte toujours une image d'abandon par la famille.

« Dans notre pays, l'ambiance sociale reste toujours la même. Si une personne envoie ses parents dans un établissement, elle est culpabilisée. Si elle les prend en charge à la maison, c'est très difficile. Même si on dit que la tendance récente n'est plus celle-là et que l'institution est un choix raisonnable pour les parents, pour la famille, et pour soi-même, j'ai l'impression que l'idée traditionnelle ne peut pas être négligée. Si mes parents étaient malades et avaient besoin de soins, je me dirais qu'il me faudrait leur rendre ce que j'ai reçu d'eux. J'ai le sentiment du devoir... » Minsu (jeune homme)

Nous avons constaté que personne n'a exprimé « aucune intention de prendre en charge les parents ». Cela implique que l'éthique du *hyo* reste toujours dans les esprits, même si le jugement de valeur évolue vers plus d'individualisme. S.-I. Lee remarque que les étudiants coréens portent le familialisme émotionnel imprégné de la relation verticale envers leurs parents⁶¹¹. Cela signifie que le familialisme moderne est toujours influencé par le familialisme traditionnel.

2.2. Responsabilité de la prise en charge des parents âgés entre la famille et l'État

La question de la responsabilité de la prise en charge de leurs parents âgés parmi les membres de la famille connaît également un changement. Auparavant le fils aîné jouait le rôle de délégué de sa fratrie, assumant la responsabilité de la prise en charge, tandis qu'est désormais nécessaire la solidarité familiale. Selon l'enquête sociale menée par KOSIS, la majorité des Coréens pense qu'un seul membre ne doit pas être désigné par la tradition, mais qu'il faut répartir la tâche entre la fratrie⁶¹². Les réponses « fils aîné » et « enfant disposant des ressources » ont radicalement chuté, de 22,4 % en 1998 à 1,7 % en 2016 pour la première et de 45,5 % à 5,4 % respectivement pour la deuxième. Par contre, la réponse « tous les enfants » est en tête depuis 2008. Les jeunes interrogés dans notre étude s'expriment de façon similaire. Il leur paraît important que toute la fratrie participe à la prise en charge des parents, car « le fait qu'un seul membre s'occupe de cette tâche est injuste ». La réponse « tous les fils », devenue bénigne, signifie que la tradition patriarcale est devenue nettement plus faible. Autrement dit, le rôle de la fille est désormais à part entière avec celui du fils.

« Si on en est capable, ce serait bien de s'en occuper. Par contre, si une personne prend en charge son parent âgé au niveau physique, l'autre devrait le faire au niveau financier. Puisque nous sommes nés dans le même ventre, il faut être responsable. » Byul (jeune femme)

« Il faut discuter entre la fratrie. Si une seule personne prenait en charge, je serais fâchée car ce n'est pas raisonnable. Même s'il y a l'ordre de la naissance dans une fratrie, l'amour des parents sera le même et les enfants seront bien élevés de la même façon jusqu'à l'âge adulte. Quand les parents sont malades, s'il y a trois enfants, un enfant pourrait être beaucoup plus chargé que les deux autres... mais ce ne sera pas tout. Il faut répartir le rôle. » Hyeji (jeune femme)

« Ce n'est pas possible si une seule personne s'occupe de son parent âgé. Bien sûr qu'il doit être le rôle partagé. Cohabiter, c'est la tâche la plus difficile, je trouve. Si un enfant fait ça, les autres doivent cotiser davantage. Donc, il est possible de répartir le rôle mais ce sera trop si une personne fait tout. » Jiwoong (jeune homme)

⁶¹¹ S.-I. Lee. 2011. « Influences of emotional familism and cultural values on generalized trust and particularized trust », *Economy and society*, December, p.169-204.

⁶¹² KOSIS. 2017. *op.cit.* ; Y.-K. Kim. 2017. *op.cit.*

Dans notre enquête, certains pensent qu'il se peut qu'un seul membre prenne en charge des parents âgés en fonction de la situation familiale ou de ressources disponibles. Il est intéressant de noter aussi que le fait qu'un seul membre prenne en charge les parents peut être compensé par l'héritage.

« Je trouve que c'est varié en fonction de la situation des familles. Comme l'individu est différent, la famille est aussi différente. Si un seul enfant prend en charge... ça se peut. Ça peut arriver. Qui que ce soit l'aîné, cadet ou benjamin... Dans cette situation, un problème de l'irrationalité pourrait se poser. C'est une affaire familiale et extrêmement privée. La famille doit la résoudre. Ce n'est pas raisonnable qu'une tierce personne évalue la manière dont une famille pratique la prise en charge d'une personne âgée dépendante. » Hyungjin (jeune homme)

« Dans ce cas-là, cet enfant va hériter plus que les autres. Comme ça, ce n'est pas injuste. Si l'autre qui n'a pas pris en charge, demande d'hériter la moitié avec équité, ce n'est pas possible. Il faut compter sur ça. De la manière générale, un membre de famille qui n'est pas occupé pourrait prendre en charge mais la compensation doit être suivie. » Jaeyong (jeune homme)

Parallèlement, compte tenu de la limite de la capacité de la famille au cours des changements sociaux (la crise économique, la hausse du taux de participation des femmes sur le marché du travail...), on voit monter la conscience de la nécessité de l'intervention de l'État. On attribue désormais la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées à l'État ainsi qu'à la société plutôt qu'à la famille⁶¹³. Selon KOSIS, en 2002, 70,7 % des enfants adultes coréens considèrent que la famille est responsable de la prise en charge des parents âgés. 9,6 % pensent à la personne elle-même, 18,2 % à l'ensemble de la famille, l'État et la société, 1,3 % à l'État et la société. Pourtant la nécessité d'intervention de l'État et de la société (y compris avec la famille) s'est multiplié de 19,5 % à 47,4 % en 2008 et jusqu'à 54,0 % en 2018 (Annexe 4. G-20). On peut remarquer que le système de soins de longue durée en Corée a été mis en œuvre en 2008⁶¹⁴.

« Il faut désormais abandonner l'idée de « la prise en charge équivalente à la famille ». Récemment on entend souvent parler du recours contentieux, car les parents ont cédé leur bien à leur enfant, tandis que celui-ci ne prend pas en charge. C'est la relation de condition, n'est-ce pas ? Aujourd'hui la prise en charge est une obligation du bon cœur, pas plus. Ce n'est pas inscrit dans la loi. Paradoxalement, si je prends en charge un parent handicapé, c'est moi qui deviendra plus handicapé que lui si je dois consacrer ma vie à cette tâche. De plus, si je dois gagner de l'argent, la situation empirera. La conscience des gens a changé par rapport au passé. Le rôle de l'État est devenu crucial aujourd'hui. » Professeur Cho

Par contre, le taux de la réponse « famille » a radicalement chuté de 70,7 % à 40,7 % entre 2002 et 2008, puis jusqu'à 26,7 % en 2018. Les Coréens prennent conscience de la nécessité de la

⁶¹³ Y.-K. Kim. 2017. *op.cit.* p.10.

⁶¹⁴ KOSIS, 2018. *op.cit.*

coopération entre la famille, la société et l'État. Mais avant tout la famille est considérée comme responsable principal. La majorité des jeunes interrogés trouvent que la « famille » doit jouer le rôle principal pour la prise en charge des parents âgés. Dans ce cas, l'État joue le rôle d'assistant pour la famille.

« Les enfants... puis l'Etat. Les enfants ne peuvent pas s'occuper de tout. Cela ne veut pas non plus dire de confier aux voisins ou amis... Il n'y a personne autre que la famille qui est en confiance. Si vous avez un conflit avec votre amie, il suffit de ne jamais la voir désormais, c'est tout. Mais la famille ne se fait pas comme ça. Malgré beaucoup de conflits, on est obligé de se voir continuellement. La relation est en continue... La famille est différente d'autres relations. La famille est la famille. On a en plus la volonté forte et même illimitée de donner un organe. [...] Mais j'ai l'intention à 100% de faire intervenir les professionnels pour s'occuper de mes parents à la maison. » Heyji (jeune femme)

« Premièrement c'est la famille parce que c'est la famille, qu'on est consanguin et que mes parents m'ont élevé autant... A mon avis, il faut prendre en charge au moins 20 ans. Les gens occidentaux sont indépendants. Obligatoirement il faut le faire au moins 20 ans quand même... Après la retraite, à l'âge à peu près de 65 ans, on devrait le faire jusqu'à l'âge de 85 ans... Sinon c'est ingrat. Mais bon, premièrement la famille, après, l'Etat. Je pense que le rôle de l'Etat va grandir... C'est mon souhait. » Seoyang (jeune femme)

Par ailleurs, la réponse « la personne elle-même » est progressivement en hausse, de 9,6 en 2002 à 19,4 % en 2018⁶¹⁵. Cela implique que l'obligation morale des enfants vis à vis de leurs parents et/ou l'attente des parents envers leurs enfants pour la prise en charge reculent, et l'individualisme pénètre de plus en plus la vie familiale.

« Soi-même. Normalement, il faut épargner les ressources financière lorsqu'on est jeune pour sa vieillesse. Je vois des gens qui jouent excessivement à la Bourse et se ruinent. Après ça, ils sont devenus dépendants de leurs enfants... » Yujeong (jeune femme)

⁶¹⁵ *Ibid.* ; Y.-K. Kim. 2017. *op.cit.*

CHAPITRE 4. BELLES-FILLES ET FILLES COMME AIDANTES PRINCIPALES DANS LA SOCIÉTÉ ENTRE TRADITION ET MODERNITÉ

Comme caractéristique de modernité, dans la famille coréenne l'obligation morale des valeurs traditionnelles est de plus en plus remplacée par l'affection familiale. Parce que la finalité de la famille n'est plus désormais la pérennité de *ga* mais son bonheur, la nécessité absolue de l'existence de fils dans la famille a perdu sa légitimité. À l'instar de G. P. Murdock qui a indiqué que la relation mère-fils est plutôt normative et moins affectueuse que la relation mère-fille, S.-M. Lee remarque en ce sens que désormais la famille coréenne se centre sur la fille⁶¹⁶. En particulier, l'auteur montre comment l'individualisme a influencé la relation intergénérationnelle : la relation parents-fils ne montre de façon radicale que deux types, soit la famille orientée, soit la famille individualiste, en désignant les catégories telles que cohabitation et lien attaché ; cohabitation obligatoire ; séparation mais échange obligatoire ; faible échange, séparation et lien faiblement attaché ; non échange et contact faible ; lien détaché. Par contre, la relation parents-fille montre des types variés entre la famille orientée et la famille individualiste tels que cohabitation et lien attaché ; séparation mais lien attaché ; sans échange et séparation mais lien attaché ; sans échange mais contact ; lien détaché. Ces résultats suggèrent que les relations intergénérationnelles coréennes se caractérisent par leur caractère à la fois traditionnel et moderne, c'est-à-dire confucéen et individualiste.

Si la responsabilité de la prise en charge d'un parent âgé que le fils assumait auparavant par obligation morale est désormais ouverte à tous les enfants, si le caractère de la famille moderne est centré sur l'affection, et encore si le nombre des femmes âgées ayant besoin de soins de longue durée est plus nombreux que celui des hommes par effet démographique, il est fortement probable que ce soit à la fille que cette tâche va être confiée dans la société moderne. De ce point de vue, nous avons catégorisé comme « injonction sociale moderne » les raisons pour lesquelles les filles sont devenues aidantes principales. Selon le même principe de division du rôle sexué et de la tradition, il est incontestable que ce sont les belles-filles qui effectuent réellement en pratique cette tâche quand leurs maris décident de prendre en charge. Nous catégorisons leur cas comme l'« injonction sociale traditionnelle ».

⁶¹⁶ S.-M. Lee. 2014. *op.cit.*

A. Belles-filles : injonction sociale traditionnelle

La belle-fille comme le gendre est un nouveau membre qui intervient sur la mémoire collective existante de sa belle-famille. Elle doit faire l'effort de s'y intégrer alors que sa belle-famille doit l'accueillir. Pourtant, cela ne semble pas très simple, surtout dans la relation entre belle-fille et beaux-parents, mais plus encore belle-mère.

1. Relation fixée par la norme sociale entre belle-mère et belle-fille

1.1. Relations belle-fille/belle-mère

En Corée, dans un forum internet destiné aux femmes mariées⁶¹⁷, de nombreuses belles-filles ont laissé des commentaires sur l'image qu'elles se font de leurs belles-mères. Sur 146 réponses, 60 % émettent des réponses négatives telles que « elle est avide, égoïste et rusée comme un renard » ; « elle n'est pas une femme » ; « elle est sur une ligne parallèle, qui ne peut donc jamais me rejoindre » ; « elle est l'ennemi de sa bru » « elle est comme une sauce. Quand on en met trop, ce n'est pas bien. » ; « c'est un coussin d'épines » ; « elle est la femme privée de son fils » ; « elle se mêle de tout ». La réponse « c'est la mère de mon mari, donc elle ne pourra jamais être ma mère » a été la plus mentionnée. Mais 23 % des belles-filles n'ont pas hésité à répondre positivement : « elle est mon amie, dont je fais plus ample connaissance en passant à l'âge de la maturité » ; « elle est comme ma mère ». Les 17 % ont exprimé une réponse ni positive ni négative : « même si je me sens gênée en sa présence, je fais l'effort d'être proche d'elle » ; « je deviendrai aussi belle-mère ».

Dans la plupart des cas, les représentations belle-mère / belle-fille sont décrites en opposition de caractères. Les belles-mères sont montrées de façon très négative et caricaturée, comme interférentes, dominatrices et manipulatrices. Elles sont la source de tous les problèmes, rendant difficile la vie de leurs belles-filles. Sans beaucoup de compassion pour elles. Et parce qu'elles sont incapables de lâcher leurs fils, elles considèrent leurs belles-filles comme un obstacle ou une gêne⁶¹⁸, surtout les belles-mères veuves. Celles-ci manifestent une personnalité forte quand elles déploient une grande énergie pour subvenir aux besoins de leurs familles, ou quand elles se soucient que leurs fils mangent correctement avant d'aller au travail⁶¹⁹. Il est intéressant de remarquer que selon Y. Ripa, la laideur morale des belles-mères en Occident répond à la laideur

⁶¹⁷ Forum « Azoomma.com » : <http://today.azoomma.com/survey/view/136>

⁶¹⁸ D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.19. ; E. Lozerand. 2015. « Celle-là », enquête au Japon », In Y. Ripa (dir.). *L'étonnante histoire des belles-mères*, Paris, Belin, p.80.

⁶¹⁹ *Ibid.* p.83 et 85. ; M. Ôgai. 1994. « Hannichi ». Trad. Darcy Murray, in Mori, Ôgai, *Youth and other stories*, Honolulu, University of Hawaii Press, p.85.

physique, du fait du lien laideur féminine et âme mauvaise dans la mentalité depuis l'Antiquité⁶²⁰. Dans notre étude, Mme Jong, que sa belle-mère a fait souffrir pendant leur cohabitation, illustre cet aspect par ses comportements méchants.

« Elle m'a traitée comme sa servante, comme lorsque le chef des mendiants prive ses subordonnés de ce qu'ils ont gagné. J'ai lavé à la main même des culottes tachées des règles de sa fille. L'attitude de ma belle-mère ressemble exactement à ça. » Mme Jong

Dans le forum internet, les brus sont décrites comme raisonnables, gentilles, fidèles à la famille du mari, mais soumises toujours à leurs belles-mères dont elles s'efforcent d'obtenir l'accord. S'il existe de multiples sites internet dans lesquels les belles-filles exposent leurs vécus avec leurs belles-mères, il n'y a aucun équivalent chez les belles-mères pour partager leurs ressentis sur leurs belles-filles⁶²¹. Selon D. M. Merrill, c'est parce que les belles-mères ne se prennent pas pour des victimes⁶²². Par contre Mori Ôgai, dans sa courte fiction japonaise *Hannichi* décrit la belle-fille comme celle qui provoque le conflit par ses particularités psychologiques comme des caprices et de la jalousie perverse⁶²³. Mais en cas de conflits, il semble certain que les belles-filles ressentent une tension face à leurs belles-mères⁶²⁴. Selon C. Lemarchant, les belles-filles perçoivent leurs belles-mères comme une « charge mentale », des « fantômes » ou bien « une confrontation ou une lutte imaginaire ». Cela est source d'angoisse, même en leur absence⁶²⁵.

1.2. Relations au sujet de la prise en charge de la belle-mère par sa belle-fille

En 2018, dans l'Enquête sociale coréenne sur la satisfaction à l'égard des membres de la famille selon le sexe, on peut remarquer que les femmes et les hommes coréens sont moins satisfaits de leurs relations avec leurs beaux-parents (49,2 % et 62,9 %) qu'avec leurs propres parents (66,6 % et 67,3 %) (Annexe 4. G-21). Et les femmes sont davantage mécontentes de leurs beaux-parents que les hommes. Même si l'enquête ne le précise pas, nous pouvons sans difficulté supposer que les belles-mères sont plus concernées aux yeux des belles-filles compte tenu des représentations sociales.

Les conflits belle-mère / belle-fille se traduisent par une attitude subjective / négative résultant d'un désaccord psychologique et de déceptions par rapport aux attentes de l'une et l'autre⁶²⁶.

⁶²⁰ Y. Ripa. 2015. « Quand le XIXe siècle inventa la « belle-doche » », In Y. Ripa (dir.). *op.cit.* p.21.

⁶²¹ D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.15.

⁶²² *Ibid.* p.19.

⁶²³ E. Lozerand. 2015. *op.cit.* p.83 et 85. / M. Ôgai. 1994. *op.cit.* p.85.

⁶²⁴ D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.143.

⁶²⁵ C. Lemarchant. 1999. *op.cit.* Ch.VI. surtout p.117-119

⁶²⁶ K.-K. Lee. 1975. « Conflict between Mother-in-law and Daughter-in-law in Paternal Families », Korean

Plusieurs études s'interrogent sur les raisons pour lesquelles la relation entre les deux femmes est souvent mauvaise. On peut retenir trois points. En premier lieu, la relation belle-fille-belle-mère ne repose pas sur un lien du sang comme entre mère et fille. Le statut de belle-fille la rend à la fois membre de la parenté et personne étrangère. Bien que le mariage leur permette de devenir membre de leurs belles-familles, les belles-filles tendent à ne pas partager avec elles les histoires dont elles parlent pourtant sans difficulté avec leurs propres mères. Elles doivent être prudentes dans leurs paroles et comportements et n'osent pas dire directement ce qu'elles attendent de leurs belles-familles⁶²⁷. Les filles interrogées dans notre étude évoquent les inconvénients de la position des belles-filles.

« Les filles peuvent s'exprimer et parler n'importe comment à leurs mères. Mais pour les belles-filles, c'est mortel parce qu'elles ne peuvent pas répliquer... Moi je suis la fille et elle est ma mère... Comme j'ai fait les deux expériences, je me suis rendu compte que la mère doit être prise en soin par sa fille. Si on n'a pas de fille, tant pis, mais s'il y en a, la fille doit prendre soin de sa mère. Mon mari est d'accord avec moi. »^{Mme Jong (fille)}

« À mes yeux, les filles doivent prendre soin de leurs mères. Si leurs mères ne mangent pas, les filles sont en colère et elles peuvent le leur reprocher directement. Par contre, les belles-filles doivent subir cela sans défense, comment pourraient-elles le supporter ? Elles vont mourir de cette souffrance. Les filles comme moi, on se dispute avec notre mère... parce qu'on est sa fille, tandis que la belle-fille n'osera pas... quel niveau de stress auront les belles-filles... »^{Mme Moun (fille)}

D'ailleurs, le fait que la relation belle-fille-belle-mère ne porte pas sur le lien biologique fait supposer aux filles que les belles-filles ne sont pas sincères dans la prise en soin de leurs belles-mères. Il leur semble qu'aucune intimité ne peut intervenir dans la relation entre belle-mère et belle-fille.

« Les belles-filles ne peuvent pas prendre soin aussi bien que les filles parce qu'elles ne sont pas leurs filles. Les cœurs de filles et de belles-filles sont différents. On prend soin du corps, mais on prend soin du cœur aussi. Il est très important d'avoir un bon cœur. »^{Mme Moun (fille)}

Deuxième raison explicative : les belles-filles ont des histoires de famille différentes de celles de leurs belles-mères⁶²⁸. Elles ont grandi avec une éducation différente de celle que les belles-mères ont donnée à leurs fils. Plus le niveau d'éducation s'écarte entre les deux femmes, moins elles s'entendent⁶²⁹. Dans cette situation, le manque d'histoire partagée et les valeurs différentes

Cultural Anthropological Society, vol.1.

⁶²⁷ D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.15.

⁶²⁸ *Ibid.* p.133.

⁶²⁹ H.-J. Lee. 2003. « The Factorial Structure of the Conflict Source between Mother-in-Law and Daughter-in-Law and Related Variables », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, no.19, p.50-52.

leur donnent une difficulté à se comprendre⁶³⁰. Mme Kim a grandi dans une famille relativement plus aisée que la famille de son mari.

« À un moment donné, j'ai annulé un contrat d'épargne pour acheter un logement, contrat qui durait depuis trois ans, parce qu'elle m'a reproché de faire ça dans notre situation difficile. En fait je suis compétente dans le monde immobilier... Il y a toujours une raison pour que quelqu'un soit pauvre. Je voyais tout, mais elle ne le savait pas. Elle n'en fait qu'à sa tête. A ses yeux, elle est la plus intelligente. Moi je voulais lui témoigner le *hyo* en lui faisant gagner de l'argent mais j'ai été broyée... » Mme Kim (belle-fille)

Non seulement les situations familiales, mais aussi le caractère différent de l'une et l'autre peuvent faciliter la mésentente⁶³¹.

« Au début, ma belle-mère a habité chez son fils aîné, mais son caractère est complètement différent que celui de sa belle-fille aînée. C'est important d'avoir une bonne compatibilité astrale entre les deux femmes. » Mme Hyeon (belle-fille)

Troisième raison : les belles-filles ont tendance à avoir une relation de mauvaise qualité avec leurs belles-mères si elles les trouvent trop « territoriales » ou trop possessives vis-à-vis de leurs fils, ou encore si elles ne se sentent pas bien accueillies dans leurs belles-familles au début de la relation⁶³². Pourtant, même s'il paraît que les tensions concernent la relation interpersonnelle entre belle-fille et belle-mère, elles résultent intrinsèquement de la structure culturelle⁶³³. Cela concerne une société à domination masculine⁶³⁴. D'une part, la division sexuée du travail dans la culture patriarcale implique que la belle-fille et la belle-mère sont toutes deux assignées aux tâches dites « féminines » comme les soins aux enfants et les tâches domestiques (repas, ménage, etc.). Dans ce processus, il se peut qu'un « empiètement des territoires » se produise et entraîne donc souvent une mésentente. L'éducation de l'enfant en fait partie⁶³⁵.

« La relation avec ma belle-mère n'est ni bonne ni mauvaise. Elle est gentille quand même, mais je suis stressée parce qu'elle est ma belle-mère. Quand elle gardait mes enfants, elle les a couvés aveuglement. Quand un professeur de cours particulier venait, il fallait que la mère s'en occupe avant et après. Mais elle voulait s'occuper de tout comme s'ils étaient ses enfants. Elle avait trop d'intérêt à l'égard de ses petits-enfants. » Mme Kwak (belle-fille)

On peut aussi considérer la cuisine comme un territoire « sacré », car occupé à part entière par les femmes. Pour ne pas perdre l'initiative de la cuisine, il y a parfois une guerre farouche entre les deux femmes. Dans le cas de la société traditionnelle coréenne, les belles-filles préparent les

⁶³⁰ D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.129.

⁶³¹ *Ibid.* p.15.

⁶³² *Ibid.* p.145-146.

⁶³³ *Ibid.* p.145-146.

⁶³⁴ Y. Ripa. 2015. *op.cit.* p.24.

⁶³⁵ C. Lemarchant. 1999. *op.cit.* p.83-86.

repas sous la direction des belles-mères. Sachant que le rituel de la cohabitation était banal autrefois, il n'est pas difficile d'imaginer que la cuisine était un véritable lieu de disputes pour les deux femmes. La parole des belles-mères est reçue comme un ordre arbitraire par les belles-filles⁶³⁶. Les plats que les belles-filles ont confectionnés sont contrôlés par leurs belles-mères pour savoir si le goût est convenable ou pas. Comme nous avons évoqué plus haut, c'est la vie de « *sizipsal-i* » – la vie des belles-filles sous le regard des belles-familles, surtout des belles-mères.

Si un seul des conjoints se rapproche de ses beaux-parents, le déséquilibre de la relation conjugale apparaît⁶³⁷. Les études occidentales montrent autant de relations conflictuelles entre gendre et belle-mère qu'entre bru et belle-mère⁶³⁸. L'étude de M. Young et P. Willmott décrit la jalousie du mari du fait de l'intimité de la mère et de sa fille dans le cadre « matrilocal » au quartier Bethnal Green. Celle de Y. Ripa expose la haine et la noirceur de l'âme, la surveillance de la belle-mère à l'égard du gendre qui a volé sa fille. Et celle d'O. Schwartz illustre les rivalités entre belle-fille et belle-mère dues à l'emprise des mères sur leurs fils et à la « fidélité des fils à leur mère »⁶³⁹. Selon C. Lemarchant, une présence « exagérée » de leurs belles-mères donne aux belles-filles le sentiment que leurs territoires conjugaux sont empiétés, et que leur identité d'épouse est niée : « elles veulent réaffirmer la place de chacun, la hiérarchisation des relations de famille et notamment des relations conjugales et filiales. Le mari, estimé trop permissif, est alors critiqué, bousculé, et ne manque pas de réagir et défendre son point de vue »⁶⁴⁰. Dans la société coréenne, du fait de la culture patriarcale, la relation conflictuelle entre belle-fille et belle-mère relève souvent de la pratique du *hyo* du mari.

« Ma belle-mère est gentille... mais c'est le fait qu'elle soit ma belle-mère qui me stresse comme ça. Notamment, puisque mon mari est *hyoza*⁶⁴¹... Après le décès de mon beau-père, elle s'est retrouvée seule. Mon mari est resté dans sa chambre (celle de sa belle-mère) jusqu'à 10 h du soir puis il est venu se coucher dans notre chambre. A ce moment-là, je n'étais pas trop stressée parce que j'avais travaillé. Si je n'avais pas travaillé, j'aurais été stressée... Depuis qu'elle est seule, et jusqu'à maintenant, mon mari se consacre à elle parce qu'il est *hyoza*. La Bible nous demande de respecter les parents, mais vis à vis de sa femme, il faudrait ajuster quand même. Mon mari est très connu comme *hyoza*, même à l'église que je fréquente.

⁶³⁶ S. Seo. 2015. « A Study on Rhetoric difference in discourse between mother-in-law and daughter-in-law By the analysis of speech-acts found in TV program », *Korean Journal of Rhetoric*, no.23, p.178.

⁶³⁷ F. De Singly et C. Lemarchant. 2003. « Belle-mère et belle-fille : la bonne distance » in Segalen M., *Jeux de Famille*, Presses de CNRS, p.125

⁶³⁸ *Ibid.* p.123-125.; M. Young et P. Willmott. 1985 [1957]. *Le Village dans la ville*, Paris, Centre de creationindustrielle, p.60-61. ; Y. Ripa. 2015. *op.cit.* p.21-23.

⁶³⁹ O. Schwartz. 1990. *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF. p.194.

⁶⁴⁰ C. Lemarchant. 1999. *op.cit.* Ch.VIII.

⁶⁴¹ Voir « A-3. *Hyo* en tant que don, réciprocité et dette » dans le Chapitre 1.

» ^{Mme} Kwak (belle-fille)

La belle-mère de ^{Mme} Kim semble très possessive à l'égard de son fils. Six ans après la cohabitation à trois personnes dans une seule chambre, le couple de Kim et sa belle-mère ont commencé à vivre « séparément ». Mais les comportements de sa belle-mère ont tourné à l'obsession. Cependant, le mari de ^{Mme} Kim étant *hyoza* ne se met pas à ses côtés.

« Elle m'a toujours fait mal depuis mon mariage. Je ne voulais franchement pas rester avec elle. Elle m'a détestée. Elle m'a considérée comme la garce qui a volé son fils. [...] Quelques années plus tard, nous avons trouvé une location sur caution dans une maison composée de deux chambres. Donc, nous avons pu vivre « séparément » mais elle écoutait nos histoires à travers les murs. D'ailleurs, il fallait laisser les sous-vêtements de mon mari dans sa chambre... J'étais stupide alors qu'elle était très forte vu qu'elle avait élevé mon mari dans un environnement difficile... c'était une relation triangulaire... un homme entre deux femmes. [...] Elle me l'a souvent reproché... Quand mon mari était absent, comme il travaille il ne pouvait pas savoir comment elle m'avait traitée dans la journée, il ne savait rien du tout. Chaque fois que je racontais précisément ce qui s'était passé avec elle, il ne le croyait pas du tout parce que son dévouement à sa mère était horriblement profond. Il n'y avait personne à mes côtés. »
^{Mme} Kim (belle-mère décédée)

Si la relation entre belle-mère et belle-fille est concurrentielle et conflictuelle pour obtenir l'amour du fils et mari, c'est parce que les femmes jouent le rôle à la fois de mère et d'épouse dans la famille⁶⁴². Mais plus intrinsèquement cela peut se traduire « pour obtenir la place de la femme à la maison », ou plus encore « pour posséder une parcelle du pouvoir masculin »⁶⁴³. Au contraire, le beau-père n'a pas besoin de justifier son identité car avant d'être beau-père, il est homme. S'il est un père et un mari, il n'a pas besoin forcément de l'identité de beau-père, car la situation de père ou de mari, lui garantit une identité prédominante et irréversible au sein de la société⁶⁴⁴. Pour E. Goffman, les femmes sont attachées à des hommes particuliers par des liens sociaux fondamentaux. En effet, si le père, le mari et les fils qu'une femme aura au cours de sa vie lui donnent un pouvoir qu'ils possèdent eux-mêmes, belle-mère et belle-fille peuvent être séparées l'une de l'autre par les intérêts qu'elles acquièrent⁶⁴⁵. En ce sens, selon J. T. Godbout, les femmes tendent à « se vouer à une situation d'infériorité parce que ce rôle n'est pas reconnu à sa juste valeur dans des sociétés contrôlées par les hommes »⁶⁴⁶. Mais, dans la société coréenne, du fait de la tradition du *hyo*, cette relation concurrentielle entre deux femmes ne peut être égalitaire, car, par rapport à la belle-fille, la belle-mère est prédominante. Les belles-mères

⁶⁴² P. Cotterill. 1994. *op.cit.* ; D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.128.

⁶⁴³ Y. Ripa. 2015. *op.cit.* p.24.

⁶⁴⁴ « Le Point », le 29. 10. 2015 : https://www.lepoint.fr/societe/au-xxie-siecle-la-belle-mere-est-toujours-caricaturee-29-10-2015-1977763_23.php

⁶⁴⁵ E. Goffman, 2002 [1977]. *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute, p.59.

⁶⁴⁶ J. T. Godbout. 1992. *op.cit.* p.58.

font vivre le « *sizipsal-i* »⁶⁴⁷ à leurs belles-filles, en sorte de pouvoir maintenir leur pouvoir. Mme Yeon, au fur et à mesure de la cohabitation avec sa belle-mère, ne cache pas son mécontentement même si elle est censée le dépasser.

« Elle est dépendante de son fils (son mari) et son fils l'est aussi. Il insiste tout le temps pour dire qu'elle a raison tandis qu'à mes yeux ce n'est pas vrai. Parce qu'il s'est obstiné (à cohabiter avec sa mère) lors du mariage en me disant qu'elle avait de l'hypertension et du diabète, donc qu'elle ne pourrait pas vivre plus de cinq ans, il me demandait d'être patiente. Pourtant ça fait déjà trente et un ans. » Mme Yeon (belle-fille)

Si Y. Ripa oublie les belles-filles dans sa phrase « toutes les belles-mères du monde sont les victimes de cette forme de domination masculine qui s'exercent sans bruit dans l'intimité familiale, mais avec une violence extrême »⁶⁴⁸, ne serait-ce pas parce que celles-ci deviendront également belles-mères (à condition qu'elles aient un fils au moins) tant que la structure se maintient ?

2. Déléguée du *hyo* pour la prise en charge de sa belle-mère

Un ensemble de recherches et statistiques montrent que la proportion des fils (aînés ou non) qui prennent en charge leurs parents âgés est plus élevée que celle des filles. Majoritairement pourtant, les fils soutiennent leurs parents plutôt financièrement alors que ce sont leurs épouses qui sont directement concernées par les tâches de soins et de ménage. Le discours de Byeon indique à quel point ces tâches sont réservées aux belles-filles : « La réunion familiale pour s'occuper de ma belle-mère... nous en avons discuté entre les belles-filles. » Byeon (belle-fille)

2.1. *Mari fils aîné ou fils unique*

Il nous faut rappeler que le fils aîné avait l'ordre prioritaire pour la succession au chef de famille, puis un autre fils en cas de l'absence de fils aîné, et que ce chef de famille a le devoir de prendre en charge sa famille. Le concept de l'ordre hiérarchique au sein de la fratrie semble pénétrer profondément dans la vie quotidienne des Coréens, surtout dans la génération du baby-boom et celle de ses parents.

« Elle n'a compté que sur mon mari. Vous savez que dans notre coutume traditionnelle, nous pensons que le fils aîné doit prendre en charge ses parents âgés... Même si nous donnons au fils cadet beaucoup d'argent, celui-ci peut se demander « pourquoi moi ? » Cela est dû à sa place de cadet. Ce fonctionnement est ancré en Corée et les cadets ou troisièmes ont tendance à penser de cette manière. » Mme Jeong (belle-mère décédée)

⁶⁴⁷ Voir « B-3. Statut et rôles des femmes » dans le Chapitre 1.

⁶⁴⁸ Y. Ripa. 2015. *op.cit.* p.11.

Si la cohabitation entre les parents âgés et leur fils marié (aîné ou pas) est une tradition dans la société coréenne, elle se continuera même lorsque leurs parents auront un état de santé dépendant. Plus de la moitié des belles-filles interrogées avaient des époux aînés ou fils unique dans leurs familles.

« Puisque mon mari est l'aîné, nous avons vécu avec ma belle-mère dès notre mariage sous le même toit. Tout naturellement, lorsqu'elle était atteinte de la maladie, il n'y avait pas de changement. » ^{Mme} Kim (belle-mère décédée)

On peut également constater le cas de fils unique. Le mari de ^{Mme} Ha a une sœur aînée, mais celle-ci prend en charge sa propre belle-mère. ^{Mme} Ha a vécu avec sa belle-mère sous le même toit dès le mariage. Cela nous permet de remarquer que le nombre et les sexes des enfants déterminent la personne à qui s'impose la prise en charge des parents. Pour les femmes mariées, la priorité les renvoie aux parents de l'époux. Il en va de même pour ^{Mme} Seo dont le mari n'est pas l'aîné, mais le seul fils avec trois filles. Elle a cohabité avec sa belle-mère pendant 15 ans depuis le mariage, puis vécu séparément d'elle, à cause de l'éducation de ses enfants. 15 ans plus tard, le couple de Seo a cohabité de nouveau à partir du moment où sa belle-mère a eu besoin de soins de longue durée. Elle souligne le mot « naturellement ».

« Naturellement... Il a trois sœurs mais comme il est le fils unique... Naturellement depuis le mariage... [...] Dès la dégradation de la santé de ma belle-mère, nous avons recommencé à cohabiter. Pendant les quinze ans de vie séparée, elle était venue une fois par an chaque fois qu'elle était malade, mais cette fois-ci sa santé s'était beaucoup dégradée et elle nous a dit qu'elle n'était plus capable de vivre seule. Tout naturellement. » ^{Mme} Seo (belle-fille)

Les belles-filles dont les maris sont les aînés jouent le rôle de belle-fille aînée. Cela signifie que tant que le fils aîné occupe la place supérieure à celle des autres frères et sœurs, son épouse doit jouer également un rôle « supérieur » par rapport aux rangs des autres belles-filles. C'est-à-dire, elle doit assumer un rôle supplémentaire par son intervention dans les tâches domestiques pour la famille de son époux. Il en va de même pour la prise en charge de ses beaux-parents dépendants. Il sera intéressant d'évoquer plus précisément le cas de ^{Mme} Seong, qui a davantage exprimé son sentiment de responsabilité envers ses beaux-parents. En fait, sa conviction a joué le rôle déterminant pour la cohabitation. Lors de notre premier entretien en 2013, elle s'occupait depuis 21 ans de sa belle-mère atteinte d'un AVC, et cinq mois étaient passés depuis le décès de cette dernière lors du troisième entretien qui s'est déroulé en 2016. Elle a donc pris en charge sa belle-mère pendant 24 ans au total. Son mari est l'aîné de sa fratrie composée de trois fils. ^{Mme} Seong n'a pas cohabité avec ses beaux-parents depuis le début de son mariage, mais le couple habitait près d'eux. Quelques mois seulement après le mariage, sa belle-mère a perdu

connaissance suite à un AVC, mais faute de chambre, ils ne pouvaient vivre ensemble. Avant la cohabitation, c'était son beau-père qui a principalement pris en charge sa femme, mais ^{Mme} Seong, par sentiment de responsabilité en tant que belle-fille aînée, l'a aidé tous les jours, malgré sa grossesse. Lorsque son beau-père est tombé malade d'un cancer du pancréas quelques années plus tard, ils se sont procurés un logement convenable pour cohabiter. ^{Mme} Seong était dès lors devenue aidante principale et s'est occupée de presque toutes les tâches dont sa belle-mère, mais aussi son beau-père, avaient besoin pour mener leur vie quotidienne. Lors de l'hospitalisation de son beau-père, son portage de repas a continué malgré sa deuxième grossesse. Les deux frères de son mari habitaient dans la même ville, mais puisque son mari était l'aîné et que les autres n'étaient pas tous mariés, ^{Mme} Seong s'est occupée des soins aux deux parents âgés, sans aucune réunion familiale. Mais cela n'a pas changé même après le mariage d'un de ses beaux-frères.

« La réunion familiale ? Pas du tout. Naturellement moi... moi aussi l'idée que je dois m'occuper... Les beaux-frères eux aussi ont pensé qu'il n'y aurait personne qui pourrait le faire autre que moi. Même moi, je n'avais pas envie de la faire aller ailleurs que ce soit en institution ou chez les autres fils... Avant le mariage d'un de mes beaux-frères, il m'a promis de l'emmener chez lui, mais il ne me dit rien de ça après son mariage. On ne se contacte même pas aussi souvent qu'avant. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

Il faut souligner que son mari ne voulait pas cohabiter avec ses parents à cause de la violence de son père et de son ressentiment envers lui. Mais c'est curieusement Seong qui a insisté pour cohabiter, car elle se sentait responsable en tant que belle-fille aînée. Ayant déjà vécu indirectement à travers sa propre mère qui était belle-fille aînée, l'idée de sa responsabilité en tant que belle-fille aînée semble avoir été « pré-programmée » dans son esprit.

« Mon mari et mes beaux-parents ne s'entendent pas bien surtout avec mon beau-père parce qu'il a souvent frappé sa femme chaque fois qu'il a bu de l'alcool. À cause de ça mon mari lui a tenu tête et ils se sont battus. Même le jour où ma belle-mère s'est évanouie et était donc en salle d'urgence devant laquelle ils se sont battus parce que mon mari lui a dit « à cause de toi, tu l'a frappée à la tête tout le temps ». Mais moi, par le sentiment d'obligation... L'idée que je dois la prendre en charge parce que mon mari est l'aîné est imprimée au fond de moi. Je n'avais jamais pensé à prendre en charge les beaux-parents. J'ai dit à ma mère que je me marierai avec un orphelin. Je détestais même le mot 'belle' de belle-famille parce que ma mère avait moult douleurs chez sa belle-famille. Elle s'est occupée de tout ce que ses beaux-parents chiaient et pissaient pendant cinq ans. On dirait que le destin est transmis... » Seong (belle-fille)

2.2. Mari fils électif et cohabitation

À côté du fils aîné et du fils unique, il y a aussi le fils électif, avec lequel les parents partagent la

vie quotidienne et donc sont à l'aise, car ils cohabitent sans interruption depuis sa naissance. Le cas de ^{Mme} Byeon nous montre à quel point la cohabitation a un effet très significatif pour désigner l'aidante principale d'un parent âgé.

^{Mme} Byeon, 60 ans, s'occupe depuis quatre ans de sa belle-mère (80 ans) dont la partie gauche du corps est paralysée suite à l'atteinte d'un AVC. Sa famille cohabite « de façon naturelle », selon son expression, avec ses beaux-parents depuis son mariage car son mari, cadet de sa fratrie, a aidé ses parents qui vendaient des légumes et des fruits dans leur magasin. À la trentaine, ses beaux-parents ont proposé à son couple de vivre séparément, mais son mari ayant cohabité avec eux depuis sa naissance ne voulut pas suivre ce conseil. Voyant sa détermination, ^{Mme} Byeon fut contrainte de se résigner : « je me suis dit qu'il était comme le sapin qui s'implante dans un seul lieu et que ça ne servait à rien de lui parler de changer de lieu ». Et, même si ses beaux-parents avaient proposé de vivre séparément, eux non plus ne voulaient pas le faire. En effet, à un moment donné, ils ont vécu chez leur fils aîné quelques jours pour décider de la cohabitation, mais ils sont revenus car ils ne s'entendaient pas bien. Le beau-père de ^{Mme} Byeon leur a dit « pour moi c'est bien d'habiter avec vous ». Elle suppose qu'« ils se sentent bien avec nous ».

Chaque fête traditionnelle, toute la famille du côté de son mari se rassemble chez elle. Le beau-père de Byeon très conservateur lui a interdit de manger dans la rue et même de porter des vêtements à manches courtes tous les étés pendant dix ans : « Ah c'était dur. Mon beau-père n'aimait pas ça parce qu'il ressemble à un *seonbi*⁶⁴⁹ ». Selon le principe de division du travail sexué et de hiérarchie familiale, c'est ^{Mme} Byeon qui s'occupe de toutes les tâches domestiques en tant que belle-fille, tandis que les autres travaillent. De ce fait, elle a déjà eu l'expérience de prendre soin de sa belle-grand-mère atteinte d'un cancer lorsque quatre générations cohabitaient dans la période du début de son mariage. Par ailleurs, un samedi matin il y a 20 ans, sa belle-mère était tombée, puis évanouie. C'était un infarctus cérébral, avec la partie gauche du corps paralysée. À l'hôpital, trois belles-filles ont veillé à son chevet à tour de rôle. À notre question sur la réunion familiale, ^{Mme} Byeon a répondu qu'il n'y avait eu qu'une seule réunion entre les belles-filles. Cela est révélateur de ce que la division du travail sexué est bien établie dans la famille. Pour les autres membres de la famille qui ne cohabitent pas, le fait qu'un membre de leur parenté cohabite déjà avec leur proche âgé est rassurant et peut servir de moyen pour échapper à la prise en charge de ce proche âgé. Lorsque sa belle-mère a été hospitalisée, ^{Mme} Byeon a trouvé bizarre que les autres belles-filles discutent sérieusement de la question de la

⁶⁴⁹ On appelle *seonbi* en coréen la personne qui est lettrée mais mène la vie ascétique.

prise en charge sur le long terme, car elle ne s'était pas rendu compte que la maladie de sa belle-mère était si grave au point qu'il fallait discuter de sa prise en soin.

« Pour ma part, j'avais seulement pensé à la manière dont elle pourrait retrouver sa vie normale après l'hospitalisation. Je n'avais aucune idée au sujet de sa prise en charge. En fait, j'ai deux belle-sœurs mais elles m'ont proposé d'en parler sérieusement en me disant que cette maladie (AVC) durerait longtemps. Pour ma part, c'était étrange de parler de ça à cette époque-là, parce que ça faisait seulement quelques jours que ma belle-mère était hospitalisée. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

Être l'aidante principale peut arriver comme ^{Mme} Byeon sans que cela soit prévu pour la personne concernée, tandis que les autres membres de la famille l'ont déjà prévu.

« Ma belle-sœur aînée a refusé de s'occuper d'elle à cause de sa santé, car elle ne se sent pas capable. C'est vrai qu'elle n'était pas en bonne santé à ce moment-là. Une opération l'attendait. Ma dernière belle-soeur a également refusé définitivement parce qu'elle a mal au dos. Je leur ai dit que je n'avais jamais pensé à ça, et qui va s'occuper d'elle si tout le monde refuse ? Je leur ai dit que je réfléchirais. Pourtant je n'ai pas dit que je la prendrais en charge. Mais comment pouvais-je faire autrement si une telle situation se présente ? »^{Mme} Byeon (belle-fille)

Puisque ^{Mme} Byeon cohabitait déjà avec ses beaux-parents depuis son mariage, elle n'avait pas d'autre choix que d'assumer la responsabilité de la prise en charge de sa belle-mère. Et son jugement fut sans doute influencé par ses beaux-parents, traditionnels et conservateurs. Sa dernière parole « je n'ai pas dit que je la prendrais en charge. Mais comment pouvais-je faire autrement si une telle situation se présentait » implique un sentiment de responsabilité à s'engager dans la prise en charge de sa belle-mère. Les cohabitants peuvent tendre à ne pas saisir la nécessité d'une réunion familiale pour insister sur le partage des tâches. En fait, sauf ^{Mme} Byeon, les autres belles-filles interrogées qui ont cohabité avec leurs proches âgés depuis le mariage ont déclaré qu'il n'y avait pas particulièrement de réunion familiale. La plupart des cas étaient due à la raison de fils aîné ou de fils unique.

2.3. *Mari hyoza*

Les couples de fils cohabitent et donc prennent en charge leurs mères, du fait qu'ils sont l'aîné ou fils unique. On peut ajouter qu'il en va de même pour le fils de confiance, c'est-à-dire « *hyoza* ». Le terme « *hyoza* » est constitué de *hyo* (piété filiale) et de *za* (fils) qui signifie, comme nous en avons parlé, le fils qui se dévoue à ses parents à tel point que l'entourage le reconnaît. Un mari *hyoza* entraîne sa femme à s'occuper davantage de ses beaux-parents. Le mari de ^{Mme} Kwak est le cadet de sa fratrie constituée de deux fils et une fille, mais il s'occupe de ses parents parce qu'il est aussi « *hyoza* ». ^{Mme} Kwak nous révèle qu'elle ne voulait pas

épouser un homme aîné car sa propre mère est belle-fille aînée. En la voyant vivre depuis l'enfance, cela lui a inculqué la certitude que le statut de la belle-fille aînée est « trop dur ». Pourtant, aujourd'hui elle se retrouve à jouer le rôle de belle-fille aînée.

« En fait il est cadet mais il est très *hyoza*. Donc ma belle-mère comptait sur lui depuis le début. Je ne le savais pas. [...] Moi j'ai vécu dans une grande famille. Mon père était le fils aîné. Je n'avais pas de mauvaise image de ma grand-mère. Pourtant parce que ma mère est la femme d'un fils aîné... il lui faut s'occuper des événements familiaux. Je me disais « ah, ça doit être trop dur quand on est la belle-fille aînée ». J'ai rencontré mon mari en sachant qu'il n'était pas l'aîné et j'en étais très rassurée. Mais avant le mariage, le couple de son frère avait cohabité avec ses parents pendant six ans. Ce couple a quitté la maison pour vivre séparément, puis mon mari et ses parents ont vécu ensemble un an et demi. Lors du mariage il m'a dit qu'on cohabiterait aussi six ans comme son frère. À ce moment-là je travaillais donc je me disais que six ans passeraient vite. Mais comme ils sont vieux, ils n'ont plus la capacité de vivre seuls. Mon beau-père est décédé 3 ans après notre mariage. D'ailleurs mon mari est *hyoza*... En fait, je ne savais pas qu'il était *hyoza*. Si je l'avais su, je ne me serais pas mariée avec lui. Mais je croyais qu'elle irait chez son fils aîné six ans plus tard. Ça fait déjà vingt-sept, ah non, vingt-huit ans qu'on vit ensemble ! Il ne faut pas se marier avec un *hyoza*. » Kwak (belle-fille)

Le mari de ^{Mme} Jeon est benjamin dans sa famille, mais il est « très *hyoza* ». Le fils fidèle de sa mère, censé être responsable de la vie de la famille. C'est un facteur qui pousse les parents à se reposer sur lui lors de la nécessité de soins. Avant son décès, le père a demandé à sa femme de vivre chez le fils benjamin parce qu'il est *hyoza*. D'ailleurs, être *hyoza* lui garantit de garder l'héritage.

« Depuis que mon beau-père est décédé il y a 31 ans, elle était restée toute seule à la campagne. Mon mari est le benjamin mais il est *hyoza*, très *hyoza*... Alors quand elle était là-bas, il lui téléphonait tout le temps. C'est seulement nous qui pouvons la prendre en charge parce que son frère aîné se déplace souvent aux États-Unis, le frère cadet est décédé et sa sœur habite loin... et puis... mon mari traite bien sa mère. Mais en fait, avant son décès, mon beau-père a demandé à sa femme de vivre avec mon mari. A la campagne, il était le directeur de l'école primaire et ma belle-mère a cultivé la terre. Ils ont vendu beaucoup de terrains. Le reste du terrain et leur maison nous sont transmis. En fait avec mon mari, nous n'en avons pas forcément besoin mais ma belle-mère a fait comme ça quand même parce que si elle les transmet aux autres, il se peut qu'ils les vendent. Il ne faut pas vendre la maison à la campagne... Elle a pensé que nous ne la vendrions pas... Les autres pourraient le faire... » ^{Mme} Jeon (belle-fille)

Le cas de ^{Mme} Jeon montre que le *hyoza* n'est pas lié à la garantie de transmission de l'héritage, car même sans héritage ce couple devrait prendre en charge la mère. Le mari *hyoza* peut faire peser sur sa femme une pression psychologique.

« Ça me gêne beaucoup parce qu'il m'a toujours répété « il faut bien la traiter avec soin ». Je le sais bien, moi aussi... » ^{Mme} Jeon (belle-fille)

Hyoza ou pas, les hommes coréens demandent implicitement ou explicitement à leurs femmes de témoigner le *hyo* à leurs mères lors de la prise en charge des soins. Ce phénomène transforme la femme en « déléguée du *hyo* » de son mari. Il est par ailleurs intéressant de connaître une tradition du Japon dont la société impose aux belles-filles un devoir de dévouement à l'égard de leurs beaux-parents. R. Benedict dans son ouvrage *Le chrysanthème et le sable* explique qu'il y a deux concepts, *giri* et *gimu* qui désignent des impératifs moraux courants⁶⁵⁰. *Gimu* est « une obligation dont on doit s'acquitter envers des gens auxquels on est étroitement lié dès la naissance ». Par contre, *giri* est une obligation d'« honorer des relations contractuelles » comme une relation d'alliance pour « rembourser » envers des ancêtres communs. Le *gimu* ne se définit jamais comme quelque chose que l'on fait « contre son gré » même si on le ressent discrètement.

« Si, à l'âge adulte, un fils fait des choses pour sa propre mère, c'est parce qu'il l'aime et cela ne pourrait donc relever du *giri*. Vous n'accomplissez pas le *giri* quand vous vous laissez guider par votre cœur. »

Mais alors que le *gimu* représente les devoirs que l'on a envers sa propre famille, le *giri* porte ceux que l'on a envers sa belle-famille⁶⁵¹. Quand les femmes japonaises aident leurs belles-familles, elles pensent « je suis empêtrée dans un *giri* » ; « c'est seulement à cause du *giri* que j'ai été obligée de fournir ce travail » ; « Il m'a coincée avec le *giri* »⁶⁵². Ce type d'obligation doit se faire scrupuleusement. Si on ne respecte pas le *giri*, on risque d'être condamné par les autres comme « quelqu'un qui ignore le *giri* »⁶⁵³. Certes, un concept identique au *giri* n'existe pas dans la culture coréenne, mais il semble similaire à ce que la culture patriarcale demande aux femmes pour témoigner le *hyo* à leurs beaux-parents⁶⁵⁴. Néanmoins, on peut trouver une grande différence entre le *giri* et le *hyo*. Les règles du *giri* ne consistent pas en un ensemble de règles morales, mais apparaissent comme des « remboursements » exigés. Elles ne demandent pas d'agir « avec générosité sous l'effet d'un élan spontané de son cœur », mais pour ne pas avoir honte : c'est *giri*-envers-le-monde⁶⁵⁵. Le *hyo* porte lui aussi ce caractère de « *hyo*-envers-le-monde », car il existe le terme « *boulhyo* » qui désigne la personne ingrate envers ses parents. Le *hyo* est le critère qui sert à savoir si la personne est « bien ou pas ». Un *hyoza* ou une *hyonyeo* est désigné ainsi par autrui parce que l'on ne se nomme pas soi-même ainsi. La différence claire entre le *giri* et le *hyo* est que le *hyo* demandé aux femmes mariées envers leurs beaux-parents

⁶⁵⁰ R. Benedict. 1987 [1946]. *Le chrysanthème et le sable*, Vendée, Editions picquier, p.125.

⁶⁵¹ *Ibid.* p.126-127.

⁶⁵² *Ibid.* p.128 et 131.

⁶⁵³ *Ibid.* p.127.

⁶⁵⁴ R. Benedict souligne que ces obligations ne sont pas relatives au confucianisme ni à aucune forme de bouddhisme oriental, mais à une spécificité japonaise.

⁶⁵⁵ *Ibid.* p.132.

correspond au principe de *gimu*, c'est-à-dire le cœur, la sincérité : agir comme si ces derniers étaient leurs propres parents. En Corée, un prix national du *hyo* a lieu annuellement, destiné aux enfants adultes, mais aussi aux belles-filles qui sont reconnues comme *hyonyeo* pour leurs beaux-parents. Pour qu'elle remplisse les conditions pour devenir lauréate, les comportements d'une belle-fille doivent être excellents pour être cités en exemple et son histoire envers ses beaux-parents doit être émouvante et susceptible de motiver les autres belles-filles. Cela souligne l'obligation pour une belle-fille d'agir de « tout son cœur », et non pas « à contrecœur » ni par obligation. Cela ne veut pas dire que toutes les belles-filles témoignent le *hyo* de cette façon. Nous constatons que certaines belles-filles prennent soin de leurs belles-mères de façon *giri*. Les discours des belles-filles impliquent que leur moteur pour prendre soin de leurs belles-mères est plus « à contrecœur », que « de tout son cœur ».

« Parce que le contexte est celui-là, je vis en m'adaptant à cet environnement. D'ailleurs, mon mari est *hyoza* (fils filial). Je n'ai pas d'autre choix que de la prendre en charge, parce qu'elle est ma belle-mère, que notre relation soit proche ou pas. Elle va où, sinon ? »^{Mme Kwak (belle-fille)}

« Ma belle-mère n'a pas de fille. Ses belles-filles ne font que ce qu'il faut en tant que belles-filles. Elles ne lui téléphonent pas comme les filles qui téléphonent à leurs mères sans raison. Nous sommes avec elle lors des fêtes traditionnelles seulement. »^{Mme Hyeon (belle-fille)}

« Plutôt que de commencer à prendre soin de ma belle-mère par conviction, je l'ai fait seulement parce que cette tâche m'a été confiée. Ce n'est pas moi qui voulait la prendre en charge... »^{Mme Seong (belle-fille)}

« C'est le sentiment d'obligation qui me fait prendre soin de ma belle-mère. Le *hyo* occupe 50 %... »^{Mme Seo (belle-fille)}

Depuis peu, le terme de « déléguée du *hyo* » est devenu un enjeu social dans la société coréenne. En fait, ce concept spécifie que l'homme impose à sa femme de témoigner le *hyo* à ses parents. Mais les jeunes adultes coréens ironisent en employant le terme pour ceux qui ne pensaient pas à leurs parents avant le mariage, mais qui demandent à leurs femmes, une fois mariés, de leur témoigner le *hyo*. Contre ce phénomène, la nouvelle expression « le *hyo* doit se faire par soi-même » est apparue pour défendre la situation des belles-filles.

« C'est vraiment fou. C'est pour cela qu'on dit depuis peu « le *hyo* doit se faire par soi-même. ». Les hommes qui ne respectaient pas le *hyo* avant d'être mariés demandent à leurs femmes de le faire pour leurs mères. C'est quoi ça... C'est trop si on impose aux femmes de prendre soin de leurs parents et de leurs beaux-parents... N'est-il pas vrai que la vie des femmes sera broyée ? Si mon futur mari me demande de vivre avec sa mère, je le quitterai. Effectivement, ma mère a souffert de la part de sa belle-mère, ce qui fait que je m'inquiète à propos de ma future belle-mère que je n'ai pas encore maintenant. Mais si j'en ai une un jour, je serai gentille de toute façon... »^{Seoyeon (jeune femme)}

La tradition patriarcale se manifeste toujours malgré la modernité, mais elle est défiée par une rébellion des toutes jeunes femmes. On peut constater un changement dans la relation belle-mère-belle-fille.

3. Disposition du choix des belles-filles à l'égard de la prise en soin

3.1. Besoin d'accord de l'épouse pour la prise en charge de la mère de son époux

Même si le cas de fils aîné, de fils unique et de fils *hyoza* est la raison prédominante de la prise en charge de leurs mères, on peut également constater un autre cas, qui ne fait pas partie de la tradition : le relais d'autre membre de la fratrie prenant en charge un parent âgé comme dernier recours. Le couple de ^{Mme} Yeo a été exclu de la réunion familiale pour discuter de la prise en charge de la mère, car il habitait loin par rapport aux autres membres de la famille de son mari. Cela pourrait être interprété comme un manque de « qualification » pour être l'aidante principale, d'autant plus que son mari est le benjamin.

« À cette époque-là, nous habitions à Séoul et les autres membres de la famille de mon mari vivaient dans la même ville que mes beaux-parents. [...] C'était très loin et cela aurait été difficile de venir et de vivre ici pour elle. En fait, avant ça, mes beaux-parents étaient pris en charge par son 4^{ème} fils. » ^{Mme} Yeo (dont la belle-mère décédée)

Le 4^{ème} frère de son mari a proposé à leurs parents de les prendre en charge. Leur mère a commencé à être malade à ce moment-là. Au cours de leur cohabitation, le père, à sa mort, lui a laissé son patrimoine car il lui faisait confiance, et souhaitait qu'il continue à prendre en charge son épouse. Mais deux ans après, il a refusé de la prendre en charge. Une réunion familiale a été organisée. Pourtant, il n'a pas rendu l'héritage reçu en disant qu'il avait tout dépensé pour la prise en charge de leur mère. Les autres membres avaient soupçons : « je ne sais pas si c'est vrai mais comme il n'y a aucune preuve... mais bon. Je n'en sais rien ». Dans ce contexte tendu, où tous les membres de la famille refusaient de se charger de leur mère, le mari de ^{Mme} Yeo, exclu jusque-là, a ressenti que c'était son tour et a demandé le consentement de sa femme.

« Alors... il n'y avait personne qui voulait prendre le relais. Le beau-frère aîné aurait pu le faire mais la relation entre son épouse et ma belle-mère n'était pas bonne. Mon mari m'a demandé si nous pourrions nous en occuper... Après avoir réfléchi, j'ai dit OK. » ^{Mme} Yeo (dont la belle-mère décédée)

3.2. Cohabitation pour laisser son enfant à sa belle-mère

Le portrait autoritaire des beaux-parents, surtout des belles-mères, n'est pas irrévocable, il évolue. D'ailleurs, toutes les belles-mères ne sont pas les rivales de leurs belles-filles. Comme nous l'avons déjà souligné, 23 % des belles-filles n'ont pas hésité à donner une réponse positive

en parlant de leurs belles-mères comme « mon amie » ou « ma propre mère ». Suite au changement de valeurs qui pousse vers plus d'individualisme, il semble que les belles-mères plus ou moins jeunes, aujourd'hui cinquantenaires ou sexagénaires, tendent à être moins sévères qu'auparavant, surtout quand elles ont elles-mêmes vécu le *sizipsal-i* sous la ferme autorité de leurs propres belles-mères. ^{Mme} Jong est très gentille avec sa belle-fille. D'après son explication, elle ne la fera pas souffrir, et jusqu'à maintenant elle ne l'a jamais fait travailler. Elle raconte un épisode, dans lequel à un moment donné ses belles-sœurs l'ont fait travailler « à l'ancienne ».

« La jeune génération est intelligente. Parce que les jeunes voyagent beaucoup, ça leur ouvre l'esprit. Ça fait 5 ans que ma belle-fille est mariée. Jusqu'à maintenant je ne lui ai jamais fait faire la vaisselle chez moi, parce qu'elle est mon invitée. En fait, comme je vous l'ai dit, ma belle-mère m'a beaucoup fait souffrir. Lors des jours de fête traditionnelle cette année, les autres belles-sœurs (les femmes des frères de son mari) et ma belle-fille étaient ensemble. En sortant de ma chambre, j'ai vu ma belle-fille faire la vaisselle. Je lui ai dit « qu'est-ce que tu fais maintenant ? » « la vaisselle... » Je me suis retournée vers les belles-sœurs et leur ai demandé en criant pourquoi elles font faire la vaisselle à ma belle-fille pendant qu'elles se contentent de garder son enfant. Aussitôt, elles font semblant de faire quelques tâches domestiques. En fait, je ne fais même pas faire le ménage à mes belles-sœurs quand elles viennent à la maison. Mais elles osent le faire faire à ma belle-fille ?! » Jong (fille)

^{Mme} Kwak dont le mari est *hyoza* indique de façon déterminée qu'elle n'habitera pas avec son fils (d'une vingtaine d'années) quand celui-ci sera marié.

« J'ai dit à mon fils qu'il vivra loin de moi. Parce que j'ai eu beaucoup de peine à cause de mon mari *hyoza*, jamais, jamais je ne vivrai avec lui. » Kwak (belle-fille)

Il s'amorce un changement dans les représentations de la relation entre belle-mère et belle-fille. D'ailleurs, la belle-mère n'est pas forcément celle qui reçoit les services de sa belle-fille, elle donne de son temps pour garder ses petits-enfants afin de rendre service à « sa belle-fille »⁶⁵⁶ qui travaille. Le fait que les belles-mères gardent leurs petits-enfants apparaît comme une raison de cohabiter. C'est le cas de ^{Mme} Hyeon.

« Quand ma belle-mère a dû quitter la maison de son fils aîné, les deux autres belles-filles ont également refusé de cohabiter avec elle en disant que si même la belle-fille aînée ne le faisait pas, pourquoi le feraient-elles ? Moi non plus, comme elles qui ont toutes refusé, je n'en avais pas envie. Mais je n'avais pas d'autre choix que de l'accueillir parce que j'ai accouché d'un bébé avec lequel je ne pouvais pas travailler. » ^{Mme} Hyeon (belle-fille)

⁶⁵⁶ La garde d'enfant est normalement une responsabilité des deux époux, mais la société tend à considérer cela comme une tâche des femmes.

B. Fille : injonction sociale moderne

L. Kennedy parlant du « piège d'être fille » (*the daughter trap*) souligne que les soins aux personnes âgées sont perçus comme une obligation des filles, simplement car ce sont des femmes. Si hésiter entre le travail et l'enfant est un dilemme de mère, hésiter entre le travail et les parents est celui que rencontrent les filles. Puisqu'elles n'ont pas le choix, cette piste peut être considérée comme un piège⁶⁵⁷. Même si dans la société coréenne les filles sont mises en lumière aujourd'hui comme aidantes principales pour la prise en charge de leurs parents âgés, ce n'est que pour effectuer le type de tâches qu'elles ont fait tout au long de leur vie en tant que femme.

1. Relation affective entre mère et fille

L'amour entre parents et enfants se présente comme un amour naturel et particulier. C'est la femme qui nourrit son bébé in utero pendant 40 semaines, qui accouche douloureusement. Si l'amour de la mère pour son enfant peut commencer même avant la naissance par effet biologique, l'attachement de l'enfant à sa mère se constate nettement dans le processus du développement et de la socialisation primaire⁶⁵⁸. Plusieurs études psychanalytiques soulignent la relation particulière et intense entre mère et fille. S. Freud mentionne la phase préœdipienne chez la femme qui témoigne d'un lien à la mère bien plus important que chez l'homme. Par rapport au fils, le complexe œdipien arrive tardivement chez la fille. L'attachement de la fille à sa mère est très intense, si bien que la fille a besoin de plus de temps pour changer l'objet de son amour, et l'orienter vers son père⁶⁵⁹. L'intimité entre mère et fille commence dès la naissance sous forme d'une symbiose qui se définit comme « une relation étroite entre deux êtres, où chacun des deux ne peut vivre sans l'autre et apporte à l'autre ce dont il a besoin »⁶⁶⁰.

Dès la fin de sa première année, l'enfant a la capacité de distinguer un être de sexe féminin de celui de sexe masculin. À partir de l'âge de 18 mois environ, il peut se reconnaître comme un individu semblable aux autres. En fait, dans un processus d'identification indispensable pour se développer et construire son identité ainsi que sa personnalité, l'enfant cherche à assimiler un aspect, une caractéristique, un comportement qui lui plaisent dans son entourage⁶⁶¹. La fille et le garçon s'identifient à leur entourage et l'imitent comme leur « analogie potentielle » qui correspond à leur propre sexe : d'abord garçon et fille s'identifient à leur mère, mais par la suite,

⁶⁵⁷ L. Kennedy. 2010. *The daughter trap*, NY. Thomas dunne books, p. 5-10.

⁶⁵⁸ J. Bernard. 2017. *La concurrence des sentiments. Une sociologie des émotions*, Paris, Métailié p.81-83.

⁶⁵⁹ S. Freud. 1931. « Sur la sexualité féminine », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, p.144-147.

⁶⁶⁰ M. Lion-Julin. 2008. *Mères : libérez vos filles. Trouver la bonne distance*, Odile Jacob, p.33.

⁶⁶¹ *Ibid.* p.26-27.

le garçon s'identifiera à son père tandis que la fille continue à s'identifier à sa mère⁶⁶². Au cours des premières années de la vie, l'enfant a besoin d'être vu, reconnu, compris et valorisé par ses parents pour former une image positive de lui-même. Dans ce processus du développement du narcissisme, la fille investit sa mère afin d'obtenir sa reconnaissance. Du fait que la fille considère sa mère comme une partie d'elle-même, elle forge la construction de sa conscience de soi en prenant modèle sur les comportements et les attitudes de sa mère.⁶⁶³ La reconnaissance de sa mère rassure la fille sur ses comportements et ses orientations⁶⁶⁴.

D'ailleurs, l'identification porte sur « le lien émotif de l'enfant, qui l'attache à l'autre, à vouloir être comme lui ». Cela ne va pas de soi, tout dépend de l'attitude de l'autre. Le rôle de la mère est donc indispensable pour construire la relation affective avec sa fille, et l'affection, déjà profondément établie, conduit la fille à choisir sa mère comme modèle et à devenir sa fidèle reproduction : « Le comportement de la mère, ses réactions, le rapport entre elles deux et le rapport de la mère avec chaque membre de la famille sont les indices des valeurs auxquelles la mère elle-même se soumet. À travers le processus inconscient d'identification, c'est tout ce qu'est profondément la mère qui se transmet et qui est intériorisé par la petite fille »⁶⁶⁵. La déclaration d'une jeune fille que nous avons interrogée affirme ce lien exclusif entre mère et fille.

« L'être humain donne naissance à l'être humain. Donc le moi donne naissance au moi. La culture familiale continue à se répéter. Ma mère n'est pas une autre personne. Elle est moi et mon avenir. Je suis le passé de ma mère. C'est moi. » Byula (Jeune femme)

La relation entre mère et fille continue à s'entretenir même après le mariage de la fille. Dans une étude sur le quartier ouvrier londonien de Bethnal Green, M. Young et P. Willmott ont trouvé une tendance « *matrilocale* » car la fille mariée et sa mère continuent de maintenir leur relation intense⁶⁶⁶. En résidant à proximité de la mère, en cas de besoin, la fille a recours à sa mère pour un soutien moral, affectif et matériel. Les études coréennes montrent que les femmes tendent à assumer les tâches instrumentales pour leurs beaux-parents, mais ce sont leurs propres parents qui leur apportent les ressources émotionnelles⁶⁶⁷. La fille en devenant mère, son « analogie » désormais réalisée à sa mère, renforce leur relation : « Lorsqu'une fille se marie, et plus encore quand elle quitte son travail pour avoir des enfants, elle retourne au monde des femmes et de sa

⁶⁶² E. Belotti. 1974. *Du côté des petites filles*, Paris, Éditions des femmes, p.83

⁶⁶³ M. Lion-Julin. 2008. *op.cit.* p.37.

⁶⁶⁴ E. Belotti. 1974. *op.cit.* p.81.

⁶⁶⁵ *Ibid.* p.83-85.

⁶⁶⁶ M. Young et P. Willmott. 1985 [1957]. *op.cit.* p.60-61.

⁶⁶⁷ J.-K. Lee. 1999. *op.cit.* ; G.-H. Han et S.-E. Yoon. 2002. *op.cit.*

mère. Le mariage inscrit les sexes dans leurs rôles respectifs et renforce ainsi le lien entre fille et mère. Comme le dit le vieux proverbe : Mon fils est un fils jusqu'à ce qu'il se marie, ma fille est ma fille toute la vie. »⁶⁶⁸

L'affection entre mère et fille est un des facteurs principaux qui conduisent la fille à devenir l'aidante principale. Pour ^{Mme} Jong, ses frères et sœurs lui avait téléphoné pour annoncer leur projet de placement de leur mère en établissement de soins de longue durée. ^{Mme} Jong, très proche de sa mère depuis l'enfance, a décidé d'installer sa mère chez elle après en avoir discuté avec son mari. Elle avait déjà cohabité avec sa belle-mère, qui les avait quittés quelques mois auparavant pour vivre séparément en raison de conflits. Son mari a accepté de prendre en charge temporairement sa mère à la maison.

« J'ai l'impression que c'était mon destin de vivre avec maman. Depuis mon enfance, j'ai toujours pensé à elle. J'étais gentille avec elle depuis l'enfance. Je ne sais pas... j'ai beaucoup d'affection pour elle... Chaque fois que j'ai reçu un pain à l'école, je le lui ai offert même si elle l'a donné tout de suite à ma petite sœur. Même après mon mariage, on m'a appelée *hyonyeo*. Comme je suis sensible, je ne peux pas la laisser tomber en voyant ça. D'ailleurs, mon mari qui me connaît bien m'a proposé de prendre en charge temporairement ma mère, car on avait envisagé qu'elle ne pourrait pas vivre longtemps. » ^{Mme} Jong (fille)

De même, ^{Mme} Kang, divorcée et célibataire avec deux fils adultes, a pris en charge sa mère dès qu'elle a eu besoin d'aide. À ce moment-là, ^{Mme} Kang dirigeait une boutique de massage, mais elle a décidé de la fermer pour se consacrer à sa mère. D'ailleurs, les maisons où chacune des deux femmes vivaient ne convenaient pas pour vivre ensemble, et sa mère ne voulant pas quitter son quartier, elle a dû trouver une autre maison plus près.

« Sans réflexion... Je devais fermer ma boutique puisque je suis avec elle, je dois prendre maman en charge... En effet, j'avais dit à mes sœurs et frère que je m'occuperais d'elle. Je le voulais depuis longtemps et je l'avais dit plusieurs fois à ma mère. Pourtant je n'ai pas eu de projet concret sur ce que je ferai quand elle viendrait. C'est seulement que j'aime maman. » ^{Mme} Kang (fille)

2. Habitude de l'assistance à la mère dans les tâches domestiques

La division sexuée du travail énonce que les hommes occupent biologiquement et socialement le travail de production tandis que les femmes assument la reproduction. Si la transmission du métier, du statut ou d'une technique était facilitée auparavant entre père et fils, l'industrialisation a parfois créé une rupture entre deux générations d'hommes. Par contre, la mère, jouant un rôle affectif et central de gardienne du ménage, n'a pas connu cette rupture, et a donc pu (peut

⁶⁶⁸ M. Young et P. Willmott. 1985 [1957]. *op.cit.* p.60-61.

toujours) transmettre ses techniques et ses valeurs à sa fille⁶⁶⁹. Même si les rôles traditionnels des femmes ont été transformés par l'augmentation de leur taux d'insertion dans le marché du travail, de nombreuses femmes, tout en travaillant, demeurent dans le schéma traditionnel. Même si certains pères participent aux tâches domestiques, il est rare de constater la transmission de cette attitude des pères à leurs fils.

Si, pour S. Freud, l'identification est presque l'unique principe d'apprentissage dans le développement de la personnalité, G. H. Mead souligne l'adoption du rôle des autres. L'interprétation d'un rôle nouveau, à travers laquelle l'enfant entre dans le processus d'expériences sociales, est un élément fondamental qui influence le développement de sa personnalité. La réalisation du processus d'expérience d'un nouveau rôle donne lieu à l'intériorisation en soi-même des attitudes d'autrui, de ses valeurs, de ses croyances et de ses attentes. En fait, si l'individu peut constituer le « Soi » par l'imitation, celui-ci est constitué de deux composantes, un « Je » et un « Moi ». La première est une composante psychologique du Soi qui permet de créer, tandis que la deuxième est une composante sociologique du Soi, qui est intériorisée par des rôles, des attitudes, des valeurs, des croyances et des attentes d'autrui : Le Moi discipline le Je⁶⁷⁰. La petite fille prend le rôle de la mère lors du jeu de rôle et imite les comportements, les attitudes et les paroles qu'elle a observés quotidiennement chez sa mère. Les pressions de l'éducation la poussent également à imiter son entourage, c'est-à-dire avant tout sa mère : « L'éducation des filles par les mères est en partie responsable du fait que la fille puis la femme, a comme comportement principal celui de tout faire, apparemment, pour être acceptée par les autres... L'habitude a été contractée dans la prime enfance avec la mère »⁶⁷¹. Les mères laissent leurs petites filles jouer à la poupée, tandis qu'elles ne laissent pas leurs petits garçons s'amuser avec ce jouet et leur offrent plutôt un animal comme un lion ou une voiture⁶⁷². À travers l'attachement de la fille à sa mère par l'identification, l'imitation ainsi que par l'éducation, « c'est tout ce qu'est profondément la mère qui se transmet et qui est intériorisé par la petite fille »⁶⁷³.

« C'est au prix et au terme d'un formidable travail collectif de socialisation diffuse et continue que les identités distinctives qu'institue l'arbitraire culturel s'incarnent dans des habitus clairement différenciés selon le principe de division dominant et capables de

⁶⁶⁹ M. Segalen. 2010 [1981]. *op.cit.* p.99

⁶⁷⁰ G. H. Mead. 2006 [1934]. *op.cit.* Chapitre 8.

⁶⁷¹ C. Olivier. 1990. *Filles d'Ève. Psychologie et sexualité féminines*, Paris, Denoël, p.19-20.

⁶⁷² E. Belotti. 1974. *op.cit.* p.81

⁶⁷³ *Ibid.* p.85.

percevoir le monde selon ce principe. »⁶⁷⁴

Parce que la socialisation différentielle des femmes et des hommes donne lieu à la division sexuée du travail, les tâches ménagères ainsi que les tâches consacrées aux enfants sont assignées aux femmes⁶⁷⁵. Sous l'influence de la société patriarcale, de tout temps les fils furent des princes alors que les filles (surtout les aînées de leur fratrie), en tant qu'« adjointes » de leurs mères ont pris l'habitude, par volonté ou contrainte, d'assumer le rôle de responsable des affaires familiales, mais aussi de subvenir aux besoins de la famille. Les rôles des mères ne se sont pas limités aux tâches ménagères, mais aussi aux activités hors de la maison pour la survie de leurs familles. Le contexte social, économique, politique, défavorable au niveau national, a mené les mères coréennes à prendre en charge leurs enfants. Elles ont joué un rôle pilier pour subvenir aux besoins de la famille.

Mais dans ce contexte, le travail domestique restait dévolu aux mères et aux filles. Dans plusieurs feuilletons télévisés coréens des années 1990, les personnages mères manifestaient leur préférence pour leurs fils, et elles consacraient leurs vies à l'amélioration de la vie de leurs fils. Les filles étaient nécessairement mobilisées comme leurs assistantes. Le feuilleton « fils et fille » diffusé en 1992 racontait la vie d'une fille appelée « Hounam », signifiant « après le garçon », particulièrement maltraitée par sa mère. Son frère jumeau s'appelait « Guinam », signifiant « garçon précieux ». Hounam devait aider sa mère en s'occupant des tâches ménagères tout en travaillant, pour que son frère puisse se concentrer sur ses études, alors qu'elle souhaitait en faire elle aussi. Trouvant Hounam qui lisait un livre en cachette, sa mère lui crie « les études, ça sert à quoi pour les femmes ! ».

« Dans la pensée de ma mère, il suffit qu'on marie la fille après l'avoir nourrie et lui avoir donné quelques connaissances sommaires. La mère n'est pas triste même si sa fille est malheureuse tandis qu'elle ne supporte pas que son fils se trouve dans la même situation. »

M^{me} Geum (fille)

M^{me} Jong, n'étant ni l'aînée de sa fratrie (composée de neuf enfants) ni la bien aimée de sa mère. Elle a joué le rôle de son assistante depuis l'enfance, gardait ses petits frères et sœurs quand sa maman n'était pas à la maison pendant la journée, remplaçant sa mère à son travail pendant ses vacances scolaires quand celle-ci était malade. Cela lui inculqué le sentiment de responsabilité envers sa famille.

« À cette époque-là, il était important de survivre. Maman sortait le matin et rentrait le soir pour gagner de l'argent. J'ai fait la cuisine pour ma famille, je me suis occupée de ma fratrie.

⁶⁷⁴ P. Bourdieu. 1998. *La domination masculine*, Éditions du Seuil p.40-41.

⁶⁷⁵ F. de Singly. 1992. *la famille l'état des savoirs*, Paris, éditions la découverte, p.188-189.

De plus je suis allée couper du bois en journée en mettant une sœur sur mon dos et en prenant la main de l'autre. Quand j'étais écolière, j'ai fait des travaux dans un champ en m'habillant comme une adulte et en portant des soutien-gorges. Ma mère avait mal au dos donc j'étais à sa place pendant les vacances. Mes frères et sœurs aînés ne rentraient pas tôt à la maison parce qu'ils voulaient faire ce qui leur plaisait. »^{Mme Jong (fille)}

En s'occupant des tâches domestiques, elle a également aidé sa mère à soigner son père qui était paralysé, suite à un AVC. À ce moment-là elle n'avait que douze ans. Elle a grandi en voyant sa mère prendre soin résolument de son mari, et il semble qu'elle se soit habituée à être aidante, adoptant inconsciemment l'attitude scrupuleuse de sa mère pour donner les soins.

« Lorsque mon père était atteint de paralysie suite à une hémorragie cérébrale, c'était moi qui vidais son pot de chambre, préparais de l'eau chaude pour sa toilette pendant l'absence de maman à cause du travail. Notre situation financière était très difficile. À cette époque-là, la sécurité sociale n'a pas couvert les traitements médicaux que papa a reçus, alors qu'on a dépensé tout notre patrimoine pour l'hospitalisation de deux mois. Complètement ! C'est elle qui s'arrangeait quand mon père a déféqué et pissé. Il a même mis de la crotte sur le mur. Cette maladie s'accompagne de démence. Malgré ce symptôme de sa maladie, elle l'a toujours habillé en pantalon blanc... Un jour d'hiver, il voulait manger de la racine de fougère aigle, parce que c'est bon pour la santé. Alors avec maman, nous sommes allées en arracher même si la terre était tout-à-fait congelée. Elle a respecté papa à ce point et l'a pris en charge. »^{Mme Jong (fille)}

Les tâches de soins de longue durée sont pour elle un continuum des tâches domestiques, comme la garde des enfants. Sauf pour les traitements médicaux, il n'est pas forcément nécessaire de recourir à une intervention professionnelle pour soigner, car on s'occupe de la personne dépendante, comme la mère s'occupe de son enfant. L'habitude de s'occuper des tâches domestiques au détriment de sa vie personnelle l'a menée devenir aidante principale. De même ^{Mme Sun}, aînée de sa fratrie, a dû renoncer à son éducation dès 14 ans pour gagner de l'argent avec sa mère.

« Mon père ne pouvait pas se servir de ses jambes, donc il n'a jamais travaillé jusqu'à son décès. Il ne pouvait que dépenser. Pour un tel mari et pour ses enfants, il n'y avait aucun travail que maman n'a pas exercé. Elle m'a demandé de ne pas la suivre parce qu'on se moquerait de moi. Tout en aidant à maman, j'ai commencé à travailler dans une usine en mentant sur mon âge. J'ai dit que j'avais 21 ans alors que j'avais 14 ans. En fait j'ai montré la pièce d'identité de ma voisine. Mon salaire était très utile pour ma mère. Je n'ai même pas osé retirer une agrafe de l'enveloppe du salaire, sinon j'aurais reçu un coup de fouet. L'année suivante, je lui ai dit que j'avais envie d'aller à l'école. Tout d'un coup, elle m'a pris la main en me montrant ses larmes et dit « toi et moi, on va gagner de l'argent pour éduquer les enfants ». J'étais très fâchée... »^{Mme Sun (fille)}

Les histoires de ^{Mme Jong} et ^{Mme Sun} révèlent parfaitement à quel point les filles ont contribué au bien-être de leurs familles au détriment de leurs propres aspirations, du fait de leur situation

d'aînées, attachées à leurs mères.

3. Expérience de soins

Même si les aidantes principales n'ont pas souligné de relation entre l'expérience de soin et la décision d'être aidante principale, il n'est pas futile de la considérer comme un facteur important. Selon F. Dubet, l'expérience se définit comme « une activité cognitive, c'est une manière de construire le réel et surtout de le « vérifier », de l'*expérimenter* »⁶⁷⁶. Avoir une expérience de soin signifie avoir acquis une bonne connaissance dans le domaine, et une compétence plus ou moins développée, qui peut faciliter la possibilité de reproduire une expérience similaire. Maîtriser une compétence permet aux acteurs d'agir en exerçant et confortant cette compétence, en leur assurant la possibilité d'être efficaces⁶⁷⁷. D'ailleurs, la disposition ou l'*habitus* est considérée comme le facteur qui détermine le rôle de l'individu sous l'influence culturelle, cela peut prendre une forme de présuppositions⁶⁷⁸. Les tâches domestiques sont semblables aux activités des soins. Nous pouvons étudier deux types d'expériences de soins : expérience personnelle et expérience professionnelle.

Mme Sun a eu l'expérience de soins auprès de deux proches âgés dépendants avant la prise en charge de sa mère : son ex beau-père et son propre père. Au cours de son premier mariage, la relation avec son ex belle-mère n'était pas bonne. Comme ils cohabitaient, celle-ci lui demandait de s'occuper des soins de son mari, en dernier stade de cancer, surtout des tâches hygiéniques, celle qui provoquent normalement une aversion. Puis, après son divorce et moins d'un an après le début de la cohabitation avec ses parents, son père a perdu connaissance suite à une septicémie, aggravant une pneumonie, et Mme Sun a pris soin de son père pendant six ans jusqu'à son décès. Elle a assuré tous les soins, car, au fur et à mesure, les symptômes de la maladie d'Alzheimer de sa mère sont apparus, si bien que celle-ci ne pouvait plus s'occuper de son mari. Elle a commencé à prendre soin de ses deux parents en même temps.

« Pendant mon premier mariage, j'ai pris soin de son père alors que sa mère était bien là. En fait j'ai vu que pour le changement de couche, elle soulevait les jambes de son mari comme on le fait pour un bébé... Pour l'adulte, il fallait le coucher sur le côté pour le changement de couche. Vous savez ce qu'elle m'a dit ? « Ah, il semble que cette tâche n'est pas pour n'importe qui. C'est pour toi » Alors... pendant deux ans et demi, j'ai même enlevé sa crotte de son anus avec une cuillère. J'ai fait des injections en ajoutant des produits sur les fesses pour apaiser ses douleurs. » Mme Sun (fille)

⁶⁷⁶ F. Dubet. 1994. *Sociologie de l'expérience*, Paris, Éditions du Seuil, p.93.

⁶⁷⁷ L. Boltanski. 1990. *L'Amour et la Justice comme compétences*, Paris, Editions Métailié. p.67.

⁶⁷⁸ A. Ogien. 2002. *op.cit.* p.115.

Il y a aussi l'expérience de soin en tant que professionnel. ^{Mme} Geum a travaillé en tant qu'auxiliaire de vie à l'hôpital, puis comme aide-soignante, avant que sa mère soit malade. La cohabitation avec sa mère suite au refus de ses frères était la raison principale pour laquelle elle est devenue aidante principale. Mais cette compétence professionnelle lui a fait envisager les soins comme une tâche familière. D'ailleurs, elle est satisfaite de son métier.

« J'ai obtenu le diplôme d'aide-soignante quand ce métier est apparu pour la première fois en Corée du Sud en 2008. Avant ça, j'étais auxiliaire de vie dans une unité de soins intensifs à l'hôpital. On m'a dit que l'auxiliaire de vie serait remplacé par l'aide-soignante. Quand j'étais hospitalisée, à côté de mon lit, il y avait une femme qui s'est méticuleusement occupée de son patient. J'ai demandé si elle était sa fille mais elle était auxiliaire de vie. Elle m'a expliqué qu'on peut gagner de l'argent en faisant ça. Je me disais que ce serait bien de le faire, et j'ai commencé à travailler il y a quinze ans. Ce métier me convient. Parce que je connais bien les soins, ça m'aide à prendre soin de maman. » Geum (fille)

Depuis 2004, ^{Mme} Rye s'occupait de son mari qui a été opéré deux fois pour une hémorragie cérébrale et trois fois pour la gorge. Comme son frère travaille avec sa femme dans un commerce, Rye a commencé naturellement à prendre en charge deux malades. D'ailleurs, elle a exprimé sa culpabilité d'avoir négligé sa responsabilité envers sa mère en tant que fille.

« Je faisais tous les jours un aller-retour entre l'hôpital et la maison, mais de plus ma mère vit à la maison depuis 2008. Je n'ai pas obtenu le diplôme en envisageant qu'il pourrait être utile pour maman plus tard. Je n'ai même pas imaginé qu'elle pouvait être atteinte de la maladie d'Alzheimer parce qu'elle était intelligente et en bonne santé à tel point qu'elle n'avait même pas attrapé de rhume. Depuis que je devais m'occuper de mon mari, je n'avais pas beaucoup de temps à lui consacrer. Je me sentais coupable de l'avoir négligée pendant ce temps-là. » Rye (fille)

4. Célibataire, faibles ressources et héritage

C. Gucher montre que la position d'héritier est l'un des facteurs qui incitent la désignation d'aidant familial qui cohabite avec les parents dépendants en milieu rural⁶⁷⁹. Il est nécessaire de réfléchir sur la notion de « fille héritière ». Parmi les personnes interrogées dans notre étude, plus de la moitié des filles aidantes principales sont célibataires. Selon C. Elisabeth et N. Heinich, la cohabitation entre une femme célibataire et sa mère n'est pas un cas exceptionnel. En fait, dans l'ordre traditionnel des « états de la femme », la position féminine renvoyait seulement à trois situations : *primo*, épouse et mère « dont la subsistance économique dépend de sa disponibilité sexuelle à l'égard du mari » ; *secundo*, concubine et prostituée « dont la subsistance dépend de sa disponibilité sexuelle à l'égard d'un nombre indéterminé d'hommes,

⁶⁷⁹ C. Gucher. 2013. *op.cit.*

ou d'une liaison non sanctionnée par le droit » ; *tertio* célibataire et veuve « qui paie son indépendance économique par l'absence de vie sexuelle »⁶⁸⁰. Dans ce dernier cas, la femme demeurait dans la maison de ses parents, et après le décès du père, se retrouvait en tête-à-tête avec sa mère. C'est le cas de ^{Mme} Sun. Après son divorce du premier mariage, endettée et faute de maison où vivre, elle a été accueillie chez ses parents. Moins d'un an après, son père est tombé malade puis, quelques symptômes d'Alzheimer sont apparus chez sa mère. Un jour, son père l'a appelée à l'insu des autres enfants, pour discuter de la prise en charge de son épouse après son décès. Lui même avait perdu une partie de ses jambes à cause de l'explosion d'une grenade lors de la guerre de Corée en 1950, et il était titulaire de la pension militaire d'invalidité. Il lui a donc demandé de prendre en charge son épouse après son décès, en échange de sa pension et de quelque somme d'argent qu'il possédait. Il souhaitait qu'elle vive en célibataire avec sa mère jusqu'au bout. Pourtant, ^{Mme} Sun était capable de gagner de l'argent par elle-même du fait de son travail, et elle envisageait de vivre avec son amant.

« Quand elle prenait soin de papa, maman ne se rendait pas compte que son mari faisait caca. En fait, elle avait mal à la tête alors qu'elle prenait jusqu'à 20 à 30 comprimés par jour. Le médecin l'a examinée et diagnostiqué finalement la maladie d'Alzheimer. Mon père est décédé en sachant que sa femme avait cette maladie. En fait, un jour, mon père devait se rendre compte de la proximité de son décès. Lorsque les autres enfants n'étaient pas présents, il m'a dit « je suis désolé, mais tu me rends un service. Si je meurs, la pension versée mensuellement s'élèvera environ à plus de 1 500 000 wons (=1 100 euros). Ne veux-tu pas vivre avec ta mère ? De toute façon, tu as été mariée une fois, tu n'es plus capable d'avoir un enfant, donc tu ne te remarieras pas, et tu vivras avec ta mère. Jusqu'à sa mort, tu prendras ta mère en charge ». À ce moment-là, je lui ai dit « oui » pour qu'il puisse mourir en paix. En fait, à ce moment-là, je gagnais suffisamment d'argent pour vivre toute seule. D'ailleurs, j'avais un amant, qui est mon mari maintenant, avec qui je voulais vivre. » ^{Mme} Sun (fille)

Dans la société d'aujourd'hui, la femme n'est pas forcément dépendante financièrement, même si elle est célibataire. Du fait de sa capacité financière issue de son activité professionnelle, elle peut mener une vie indépendante, en habitant seule. Dans les travaux en France, J.-C. Kauffman souligne qu'à l'exception des cas particuliers, tels que période de crise ou difficultés matérielles, les filles célibataires n'ont pas plus de contacts avec leurs familles que les filles mariées. De même elles ont moins de contacts avec leurs parents si ces derniers vivent à proximité⁶⁸¹. Mais l'auteur considère qu'« avec l'avancée en âge des parents, le risque s'alourdit encore : entre frères et sœurs c'est généralement la femme seule (vue comme plus disponible que les mariées

⁶⁸⁰ C. Eliacheff et N. Heinich. 2002. *Mères-filles une relation à trois*, Paris, Editions Albin Michel.

⁶⁸¹ J.-C. Kauffman. 1999. *La femme seule et le Prince charmant – enquête sur la vie en solo*, Paris, Nathan, p.102.

avec enfant) qui est implicitement désignée pour s'occuper d'eux »⁶⁸².

La moitié des célibataires interrogées pour la recherche ne cohabitaient pas jusqu'à ce que leurs mères aient besoin de soins. Certaines habitaient même dans une autre ville loin de leurs parents, et menaient une activité professionnelle. Pourtant, le statut de célibataire apparaît comme un facteur crucial qui entraîne les filles à prendre soin de leurs mères. Si pour certaines, la décision de la prise en charge de leurs mères n'était pas de leur volonté, comme dans le cas de ^{Mme} Sun, pour d'autres, le statut de célibataire leur fait prendre conscience qu'elles doivent elles-mêmes prendre soin de leurs mères. Et les membres de leurs familles ont tendance à les considérer naturellement comme la personne qui s'occupera de leur part des soins de leur mère.

^{Mme} Moun est l'enfant aîné et célibataire. Avant la nécessité d'aider sa mère, elle habitait dans une autre ville à 250 km et était commerçante en vêtements⁶⁸³. Elle a fermé provisoirement son magasin pour venir chez sa mère lui faire la cuisine pendant un mois, celle-ci ne pouvant plus bouger du fait d'une opération aux genoux. La durée de son service s'est prolongée. Selon la tradition, c'était son frère qui devait prendre leur mère en charge, mais faute de situation individuelle opportune, lui et leur autre sœur se sont renseignés sur un établissement. Au fil de la cohabitation, comme la mère n'avait aucune énergie, ^{Mme} Moun avait l'impression qu'elle avait besoin d'elle, si bien qu'elle a décidé de fermer définitivement son magasin. Ainsi, malgré la proposition de sa fratrie (placer la mère en établissement) et son activité professionnelle, son sentiment de responsabilité a opéré principalement, même si plusieurs facteurs devaient influencer son choix.

« Comme je ne suis pas mariée, plus disponible par rapport aux autres (mariés), même si j'avais un magasin. En fait, parce que même mon frère n'a pas pu la prendre en charge, on ne pouvait même pas oser me la confier. » ^{Mme} Moun (fille aînée)

La famille de ^{Mme} Souk n'a tenu aucune réunion pour désigner l'aidante principale, car ^{Mme} Souk estimait qu'elle était la seule qui s'en occupait principalement, et sa famille le considérait aussi. En fait, elle avait déjà une expérience d'aide à sa famille, du fait de son statut de célibataire. Lorsque sa petite sœur est morte de maladie, elle a accueilli chez elle sa nièce de 14 ans, et l'a élevée jusqu'à l'âge adulte, en lui procurant aide matérielle et psychique, comme une mère. Après le décès de son père, ^{Mme} Souk avait déjà proposé à sa mère de cohabiter, sa santé se dégradant, mais cette dernière a refusé de quitter sa maison. ^{Mme} Souk a joué plusieurs fois le rôle d'aidante principale quand sa mère avait des problèmes de santé avant leur cohabitation.

⁶⁸² *Ibid.* p.103.

⁶⁸³ Comme nous voyons, plusieurs facteurs se sont superposés dans chacune des situations. Par exemple ici, le facteur de célibataire est déjà acquis pour Moun.

Malgré ses activités professionnelles très chargées, elle a pensé, du fait qu'elle était célibataire qu'elle devait arrêter de travailler.

Souk : Comme je ne suis pas mariée, j'habitais seule sur mon lieu de travail. Il y a quatre ans, ma mère avait une crampe au mollet très grave, ce qui fait qu'elle a dû passer plusieurs jours à l'hôpital. C'est moi qui lui ai donné les soins à son chevet parce que je suis la principale personne qui le fait, même s'il y a mes sœurs et frères. Elle a été hospitalisée de nouveau suite à une chute devant chez ma petite sœur. Ça a duré plus d'une semaine. Depuis cet épisode, j'ai arrêté tout ce que j'étais en train de faire. Après sa sortie de l'hôpital, moi et ma mère nous avons commencé à cohabiter.

Yoonji : « C'est vous qui avez dit à votre famille que vous vous occuperiez de votre mère ?

Souk : « Ce n'était pas la peine, ma famille compte évidemment sur moi parce que je suis célibataire alors que les deux belles-filles et ma sœur travaillent. C'est évident. On n'a organisé aucune réunion à ce propos, mais tout le monde pense à moi... Pour moi aussi c'est évidemment à moi de le faire... Je n'ai pas éprouvé de mécontentement. Je l'ai fait naturellement... Je remercie plutôt mes parents. Même si je cherche à rendre à ma mère tout ce que j'ai reçu d'elle, je n'arriverai jamais à tout rendre. En grandissant on m'a souvent appelé « *hyonyeo* », quelque chose comme ça. »

Si les filles célibataires n'ont pas de ressources suffisantes, il leur sera très difficile de prendre en charge leurs mères malades, car la situation de prise en charge des soins entrave l'activité professionnelle. De même que le père de ^{Mme} Sun lui donnait son héritage en échange de la prise en charge de son épouse de même, les membres de la fratrie de ^{Mme} Souk ont renoncé chacun à leur part de l'héritage paternel, pour la donner à leur sœur célibataire. ^{Mme} Souk a donc reçu une moitié de l'héritage. L'autre moitié venant de leur mère a été dépensée pour l'achat de la maison que ^{Mme} Souk et sa mère habitent, et pour le montant des soins, ainsi que pour le coût de la vie.

« J'ai reçu une moitié de l'héritage à condition que je me concentre sur les soins de maman. Alors, j'ai dû arrêter ce que je faisais. Par contre, j'ai de la chance. Moi je n'ai pas d'argent mais je vis dans une maison confortable, et même spacieuse... Même si je n'avais pas reçu de l'argent (la moitié de l'héritage), je devais prendre soin de maman. J'ai de la reconnaissance pour mes frères et sœurs. » ^{Mme} Souk (fille)

^{Mme} Souk nous a raconté le recueil de l'héritage de façon secrète, seulement après que nous ayons bien avancé dans l'entretien. Elle semblait avoir peur que nous comprenions à tort qu'elle prenait en charge sa mère pour l'argent : elle a souligné « quand bien même je n'aurais pas reçu de l'argent, je devais prendre soin de maman ». Les filles célibataires ne deviennent pas aidantes pour recevoir l'héritage. Nous avons déjà vu que ^{Mme} Geum a pris en charge sa mère suite au refus de ses frères, qui ne lui ont donné aucun financement. Son frère aîné l'a même menacée de prendre l'héritage qui restait à leur mère, alors que la situation financière de ^{Mme} Geum était très mauvaise. ^{Mme} Tae fait l'éloge des filles célibataires qui jouent un grand rôle dans la prise en

charge des parents.

« La fille célibataire qui gagne de l'argent elle est *hyonyeo*. Les filles qui sont mariées ne pensent pas à leurs parents. C'est pour ça que seules les filles célibataires prennent en charge leurs parents. [...] Une de mes sœurs habite loin d'ici et elle doit enseigner, elle est très occupée, puis comme elle a son mari elle ne peut pas venir comme elle veut. Franchement pour les vieux... les filles célibataires comme moi sont *hyonyeo*... » Tae (fille)

5. Dernier recours pour la garde de la mère

La relation entre mère et fille ne peut pas s'expliquer seulement par le rôle de l'affection dans les processus du développement et de la socialisation. Les conflits entre mère et fille commencent après la première année, au fur et à mesure que l'enfant obtient l'autonomie en marchant⁶⁸⁴. La rivalité entre mère et fille commence au stade oral : la fille commence à se rebeller en refusant le biberon quand elle ressent que sa mère se crispe face à ses demandes : « en s'opposant à la nourriture, la fille s'oppose en même temps à son « rêve identificateur »⁶⁸⁵. Ce comportement se manifeste davantage chez la fille que chez le fils⁶⁸⁶. En général, la mère élève son enfant différemment selon son sexe⁶⁸⁷. Elle souhaite que sa fille grandisse en répondant aux stéréotypes féminins tels qu'une personnalité tranquille, douce, prudente, affectueuse, coquette et soumise⁶⁸⁸. Par contre, la mère tend à laisser agir librement son fils⁶⁸⁹. Elle ne lui présente intérieurement aucun schéma masculin puisqu'elle n'est pas un homme⁶⁹⁰ : « grâce à l'amour œdipien qu'elle a pour lui, elle l'aime sans condition, tel qu'il est, sa différence sexuelle lui suffit comme récompense de l'avoir fait »⁶⁹¹. Il faut noter également l'attitude inégale de la mère vis-à-vis de ses enfants, surtout entre l'aîné(e) et le(a) cadet(te) et entre le garçon et la fille, ce qui provoque le ressentiment de la fille envers sa mère. Dans la culture patriarcale, l'homme a les mérites et le rôle prédominant, ce qui explique que la prédilection de la mère pour son fils semble être un phénomène « naturel ». Selon C. Eliacheff et N. Heinich, « la fille est particulièrement exposée à l'humiliation de se voir traitée par sa mère comme un être de moindre valeur que son frère, tant perdure dans bien des familles l'inégalité face au sexe ; et l'humiliation est plus dure encore si la fille est l'aînée, voyant ainsi comptée

⁶⁸⁴ E. Belotti. 1974. *op. cit.* p.78.

⁶⁸⁵ M. Lion-Julin. 2008. *op.cit.* p.35.

⁶⁸⁶ C. Olivier. 1990. *op.cit.* p.19-20.

⁶⁸⁷ *Ibid.* p.30

⁶⁸⁸ E. Belotti. 1974. *op.cit.* p.31.

⁶⁸⁹ C. Olivier. 1990. *op.cit.* p.23.

⁶⁹⁰ *Ibid.* p.30

⁶⁹¹ *Ibid.* p.23.

pour rien sa supériorité en âge »⁶⁹².

Or, malgré la sévérité de son éducation et la préférence de sa mère pour son frère, qui provoquent le ressentiment de la fille, celle-ci reste soumise et convenable aux yeux de sa mère, pour se conformer à son désir au détriment de ce qu'elle-même pouvait espérer. Cela implique « un comportement typiquement féminin : se réjouir du plaisir de l'autre et sacrifier le sien »⁶⁹³. Pour L. Boltanski, la justice ne règne pas dans toutes les interactions entre acteurs, car les conduites humaines ne sont pas toujours basées sur une relation égalitaire⁶⁹⁴. Le rôle peut être asymétrique selon les situations et les sociétés, parce qu'une violence (au sens de force ou de domination) intervient dans les relations entre individus et des routines s'installent, qui s'approprient le corps, et sont donc intériorisées par les enfants. Certaines compétences des individus permettent d'établir de la légitimité dans certaines situations et donc de mettre fin à la dispute entre eux pour trouver la paix⁶⁹⁵. La personnalité détermine principalement la manière de se comporter, de penser, de parler, de choisir, de réagir. Elle est au cœur du personnage social : « L'individu a fait siennes les attentes d'autrui au cours d'une socialisation primaire, infantine et profonde, transformant même cette identité en une sorte de seconde nature quand elle concerne la langue et la nation, le sexe, la religion, la classe sociale... »⁶⁹⁶. Mme Sun nous a dit comment sa personnalité la pousse à considérer la place des autres davantage que la sienne.

« Depuis l'enfance, si je vois une personne âgée qui porte un lourd fardeau, je la décharge, je porte la marchandise sur mon dos et je l'accompagne jusqu'à sa maison, puis je m'en vais. Ma mère m'a dit que je risquerais de donner jusqu'à mon foie à une personne inconnue si cela pouvait se détacher (rire). J'ai même inscrit mon nom dans la liste d'un don d'organe. »^{Mme Sun (fille)}

Selon J. T. Godbout, les femmes sont au cœur du don dans la sphère familiale⁶⁹⁷. On attend d'elles qu'elles soient des objets, et se considèrent pour ce qu'elles donnent. E. Belotti distingue les destins différents entre garçonnet et petite fille. Le premier obtiendra le bien-être en mobilisant pleinement les ressources personnelles, celles du milieu et celles d'autrui à tout prix, un peu égoïstement. Par contre, le destin de la fillette ne lui permet pas de se réaliser, mais entraîne le renoncement à ses aspirations personnelles et l'intériorisation de ses propres énergies pour laisser aux autres (d'abord à sa mère, puis à d'autres) toutes les possibilités de

⁶⁹² C. Eliacheff et N. Heinich. 2002. *op.cit.* p.204.

⁶⁹³ C. Olivier. 1990. *op.cit.* p.34.

⁶⁹⁴ L. Boltanski. 1990. *op.cit.* p.65.

⁶⁹⁵ *Ibid.* p.72.

⁶⁹⁶ F. Dubet. 1994. *op.cit.* p.113.

⁶⁹⁷ J. T. Godbout. 1992. *op.cit.* p.55.

s'épanouir⁶⁹⁸. C. Olivier pense que tout ce qui est considéré comme « féminin » tel que plaire aux autres, se dévouer ou se sacrifier est un réflexe acquis par la fille auprès de sa mère⁶⁹⁹.

De ce point de vue, certaines filles sont devenues aidantes principales en dernier recours pour protéger leurs mères de l'égoïsme de leurs fratries, même si elles éprouvaient de la rancune envers leurs mères, et que leurs situations financières et professionnelles ne favorisaient pas la prise en charge. Geum a révélé qu'elle avait ressenti de la haine envers sa mère au début de sa prise en charge, parce que celle-ci avait une préférence pour ses fils depuis l'enfance. Pourtant ses fils ont tous refusé de la prendre en charge. Le frère aîné de Geum avait reçu une moitié de l'héritage de leur père en échange de la prise en charge de leur mère, mais il a tout dilapidé et il a finalement annulé sa promesse. De plus, il convoitait l'autre moitié, qui appartenait à sa mère, sans même accepter de la prendre en charge. Geum a ressenti que sa mère devait être choquée et éprouver un sentiment de vide suite à ces trahisons. En effet, la mère avait pu supporter les souffrances infligées par son mari en considérant ses fils comme un rayon de lumière et son salut, en croyant qu'ils lui apporteraient du bonheur dans sa vieillesse. ^{Mme} Geum exprime sa compassion envers sa mère car elle sait les douleurs que sa mère a éprouvées du fait de la violence de son mari et de la trahison de ses fils.

« Pour elle, le fils est une assurance pour sa vieillesse. Ma mère a souffert et supporté avec patience la violence de son mari en croyant qu'elle serait récompensée par ses deux fils pendant sa vieillesse. Pourtant lorsque son rêve s'est effondré... c'était épouvantable. Le sentiment de trahison était très sérieux. Pourtant malgré leur ingratitude, je n'ai jamais vu qu'elle se plaignait et exprimait ses sentiments. Même si j'insulte mes frères, ma mère ne l'a jamais fait... » ^{Mme} Geum (dont la mère décédée)

Après le décès de son père, sa mère est venue cohabiter chez elle. Elle aurait normalement dû aller chez son fils qu'elle aimait tant. ^{Mme} Geum suppose que c'est faute de meilleur choix que sa mère a été contrainte de venir chez elle. Elle éprouve une sorte de rancœur contre sa mère, qui ne l'a pas aimée autant que ses frères, et qui est arrivée chez elle comme un « fardeau », du fait qu'elle avait du mal à mener sa propre vie. En même temps elle éprouve un sentiment de culpabilité de n'avoir pas pu satisfaire sa mère en tant que fille, même si elle l'a accueillie chez elle malgré son dénuement.

« Après la mort de mon père, elle avait peur de vivre seule dans sa maison. Elle a même entendu mon frère lui dire des mots grossiers. Elle s'est cachée derrière le frigo quand elle a appris qu'il venait. (un soupir) Elle devait vivre dans l'anxiété parce que je n'avais pas d'argent. Il fallait lui laisser la moindre part de l'héritage... Je lui en voulais mortellement...

⁶⁹⁸ E. Belotti. *op.cit.* 1974. p.29 et p.20.

⁶⁹⁹ C. Olivier. 1990. *op.cit.* p.21.

Pourquoi a-t-elle élevé mes frères aussi ingrats... pourquoi est-elle venue chez moi comme un fardeau... Elle aurait dû vivre chez son fils qu'elle a soigneusement élevé et même envoyé jusqu'à l'université... Elle vivait avec sa fille qui ne lui plaisait pas parce qu'il n'y avait nulle part où elle puisse aller. Elle était très pauvre. »^{Mme}Geum (dont la mère décédée)

Il en va de même pour ^{Mme} Sun. Celle-ci a regretté que son père n'ait déclaré ses dernières volontés qu'oralement. Il lui avait fortement demandé de ne pas envoyer sa femme chez son premier fils⁷⁰⁰, même s'il y avait une possibilité pour que ^{Mme} Sun elle-même la place en institution au cas où elle aurait une difficulté au cours de sa prise en charge. Après le décès du père, la mère de ^{Mme} Sun gardait plus ou moins son discernement, si bien qu'elle pouvait rester seule pendant que ^{Mme} Sun travaillait dans la journée. Pourtant, lorsqu'elle a vu sa mère accueillir une personne inconnue, qui était en réalité un escroc, la question de la prise en charge s'est sérieusement posée. En fait, depuis le décès de leur père, la relation entre ^{Mme} Sun et son premier petit frère était déjà mauvaise, a causé de la question de l'héritage. Elle a proposé à son frère aîné de laisser à leur mère le droit de choisir l'enfant avec qui elle vivra. L'enfant sélectionné devait disposer du compte bancaire sur lequel la pension était versée et qui disposait de 20 000 000 wons (=14 000 euros) et des 55 000 000 (=35 000 euros) qui était la caution du logement. Leur mère a finalement choisi sa fille : « moi je suis seule, et ma mère aussi est seule et elle voulait vivre à l'aise sans les regards de son fils et sa belle-fille ». Pourtant, son frère a insisté pour récupérer 20 000 000 wons en disant qu'il est le fils aîné et que cette somme d'argent est à lui. Suite à cette réaction violente, ^{Mme} Sun avait l'intention d'envoyer sa mère chez lui, ne voulant pas provoquer de conflit familial. Et elle ne voulait plus vivre péniblement comme pendant sa jeunesse où elle se sacrifiait pour sa famille.

« Qui en voudrait encore plus après avoir vécu comme ça de longues années ? Même après 50 ans ? C'est assez, ça suffit. Comme j'ai souffert dans ma jeunesse à cause de mes parents, je ne voulais même pas la prendre en charge. Même si j'ai éprouvé de la pitié pour elle, je n'avais pas l'intention de la prendre en charge jusqu'au bout. En fait j'éprouvais à mon insu une rancœur envers elle, du fait que je n'ai pas pu aller à l'école... Ça suffit... Je désirais vivre seule comme je le veux et confortablement. Ce n'est pas que je ne suis pas capable de vivre seule. Moi je peux gagner beaucoup si je travaille. Je dois aussi profiter de mon activité de loisir. Je dois sortir prendre l'air en faisant du vélo quand je veux. Je peux vivre comme je veux, pourquoi je me bats avec une malade d'Alzheimer ? »^{Mme} Sun (fille)

Quelques jours après la décision de la mère, le frère benjamin de ^{Mme} Sun est venu révéler la stratégie de leur frère qui avait prévu de placer leur mère en institution si elle le dérangeait, même seulement un peu.

« Le benjamin m'a dit « C'est-à-dire il ne voulait que l'argent. Ce n'est pas qu'il a l'intention

⁷⁰⁰ « Son premier fils » est le premier petit frère de ^{Mme} Sun.

de la prendre en charge. À mon avis, c'est parce qu'il ne peut toucher de l'argent que si elle vient chez lui. Si tu lui confies maman, il va aussitôt la placer en une semaine. Connaissant son intention, tu vas l'envoyer chez lui ? » Evidemment, j'ai refusé de l'envoyer. »^{Mme} Sun (fille)

Pour elle, l'institution était hors de question, bien qu'elle ait pris en charge sa mère à contrecœur. Elle ne supportait pas que sa mère soit blessée par son fils qui l'« abandonne ». Rappelons qu'elle avait demandé à ^{Mme} Sun de travailler en abandonnant ses études au profit de l'éducation de ses fils.

« Elle a supporté la difficulté de sa vie pour ses cinq enfants mais elle serait vraiment accablée si ses cinq enfants la refusaient et la plaçaient en établissement. Malheureuse... Comment je pourrais... »^{Mme} Sun (fille)

Depuis cette histoire, le frère ne contacte plus ^{Mme} Sun, ni même sa mère depuis sept ans, puisque celle-ci est avec ^{Mme} Sun. Pourtant il respecte chaque année le culte de l'anniversaire de la mort de son père. Si on tient compte qu'en Corée du Sud le responsable du culte de l'anniversaire de la mort des parents est traditionnellement le fils aîné de la fratrie, cela nous révèle que la structure familiale est toujours favorable aux hommes. La conduite du frère de ^{Mme} Sun est l'incarnation d'une forme typique : les hommes s'occupent des rites tandis que les femmes se préoccupent des tâches domestiques.

6. « Proche généralisé » : le cas de Hyosun et Boksun

Lors des interactions, « tout interagissant dont les attributs personnels sont connus ou visibles peut trouver normal et moralement justifié qu'on l'aide à garder une certaine face »⁷⁰¹. Ainsi, certains attributs personnels d'un individu le font paraître aux yeux des autres comme légitime ou convenable pour tel ou tel rôle, ce qui peut l'entraîner à assumer plus de responsabilité que les autres⁷⁰². Étant un ensemble des données d'un individu, elle devient une référence qui permet aux interagissants d'envisager leur action dans la séquentialité des échanges⁷⁰³. Cela signifie que, sans généralisation abusive et à travers une communication interactive, elle peut servir de facteur permettant de prédéterminer un certain rôle à celui qui semble disposer des attributs convenables à ses yeux, mais aussi aux yeux du proche généralisé.

Lorsque nous avons conduit l'entretien avec ^{Mme} Hyosun et sa petite sœur ^{Mme} Boksun, nous avons pu recueillir une conversation personnelle entre les deux femmes. Étonnamment, elles n'avaient jamais jusqu'à ce moment-là discuté de ce sujet familial, à savoir que ^{Mme} Hyosun

⁷⁰¹ E. Goffman. 2015 [1967]. *op.cit.* p.10.

⁷⁰² *Ibid.* p.10-11.

⁷⁰³ *Ibid.* p.114.

remplit le rôle d'aidante principale. Leur frère, bien qu'il soit fils unique, a deux arguments qui l'exemptent de son « devoir » : d'une part son épouse est atteinte de leucémie, et d'autre part il n'a pas de revenus suffisants pour subvenir à la fois aux besoins de sa famille (trois filles) et de sa mère. Parmi sa fratrie, lui seul a bénéficié de l'éducation supérieure parce qu'il est le fils. Pendant ses études, c'est Hyosun, la fille la plus âgée, qui a joué le rôle de support en venant régulièrement faire des tâches ménagères au domicile où il habitait seul (laver le linge, ranger et nettoyer sa chambre, apporter des plats). Justement, lors de notre visite chez ^{Mme} Hyosun, son frère a rendu visite à sa mère avec ses filles. Il est vite sorti de la maison en disant qu'il « allait un peu prendre l'air » puis il est rentré et aussitôt il est reparti avec sa famille. Nous n'avons pas pu discuter avec lui. À nos yeux, l'entretien sur la prise en charge de leur mère lui aurait fait ressentir de la culpabilité, du fait qu'il ne la prend pas en charge en tant que fils gâté. D'après ^{Mme} Boksun, il vient quand même régulièrement voir sa mère avec sa famille. ^{Mme} Hyosun s'occupe des affaires familiales depuis sa jeunesse. Jamais mariée, elle a cohabité avec ses parents depuis sa naissance, puis avec sa mère seule, après le décès de son père de la maladie d'Alzheimer il y a 15 ans. C'était sa mère qui lui donnait les soins principaux, et ^{Mme} Hyosun l'a aidée. La mère a commencé à avoir besoin de soins aussitôt que ^{Mme} Hyosun a pris sa retraite : « c'est marrant comme ça tombe bien » selon son expression. La prise en charge de sa mère par ^{Mme} Hyosun est un continuum naturel de la cohabitation aux yeux de ^{Mme} Boksun, alors que ^{Mme} Hyosun ne voit pas les choses ainsi.

Boksun (B) : Normalement le fils doit prendre en charge sa mère mais il ne peut pas. [...] Même si ma mère est à l'aise avec sa fille, je vois qu'elle a plutôt envie d'être avec son fils. Quand bien même sa mort serait proche, elle préférerait aller chez son fils... Ce serait bien mais dans ce cas-là sa belle-fille se sentirait oppressée. Les personnes âgées disent mon fils, mon fils...

Yoonji : S'agit-il de la préférence pour le fils ?

B : C'est comme ça pour la génération de nos parents. Donc nous pensons que c'était normal. Je n'ai jamais posé la question à ce propos. Je ne l'ai pas considéré comme discrimination parce que j'ai bien compris. Elle a beaucoup de filles. Il faut bien élever le fils. C'est pour ça que ma sœur a aussi accepté le point de vue de maman. Elle s'est occupée discrètement de choses innombrables. Depuis longtemps elle est comme le pilier de notre famille.

Hyosun (H) : Tu racontes n'importe quoi. Tu es la plus bavarde d'entre nous.

B : Mais non, ma sœur s'occupe de tout ce qui concerne notre famille. Si personne n'est une victime comme elle dans la famille et si personne ne s'occupe des choses importantes, la famille aura beaucoup de difficultés, et ça ira de pire en pire. Comme vous le savez dans notre culture quelqu'un devait faire des renoncements pour sa famille. Ça se voit de moins en moins aujourd'hui.

H : Mais non, ce n'est pas ça. Les autres filles ont décampé, c'est pour ça que j'ai fait tout ça bien malgré moi.

B : Mais non, nous avons filé parce qu'il y avait quelqu'un qui s'en occupait.

H : Vous êtes tous partis quand maman avait besoin de soins. Heureusement j'étais là, avec une personnalité me permettant de le faire même à contrecœur. C'est toujours comme ça.

B : Parce qu'il y avait toi et notre frère, il semblait que ce n'était pas la peine de se faire du souci pour maman. Franchement, je ne suis pas obligée de faire ça. J'ai même deux sœurs plus âgées que moi et notre frère.

H : Notre petite sœur ne pensera pas comme toi. (Se tournant vers Yoonji) Elle fait toujours comme ça.

Y : Avez-vous discuté au début de qui allait prendre en charge votre mère ?

B : Non, parce qu'elle a cohabité toute sa vie avec elle, c'était évident.

H : Ha ha ha qu'est-ce qui était évident ?! Vous avez cru ça. Quelle parole... Ils n'avaient organisé aucune réunion, même pas évoqué ce sujet.

B : Mais non, c'est évident. Tu a habité avec elle depuis le début ! (Se tournant vers Yoonji) Parce qu'elle n'est pas mariée... en fait, elle a toujours aidé maman pour s'occuper de tout pour notre famille, ce qui fait que nous pensions comme ça.

H : Malgré tout ! (Se tournant vers Yoonji) Même après ma retraite, je n'ai jamais vu qu'ils se sont réunis pour discuter de ce qu'ils peuvent faire à ce propos. Ce sont des malotrus...

B : Tu aurais pu nous réunir et parler de ça en nous disant « je n'avais jamais envisagé ça ». Tu ne l'as pas fait. Si tu l'avais fait, nous t'aurions écoutée parce que tu es notre aînée.

H : C'est vrai que même si j'avais agi comme ça, personne n'aurait pu la prendre en charge... Pourtant, je souhaitais que vous réagissiez par vous-mêmes. Si je prends en charge maman jusqu'à maintenant, c'est parce que je suis seule avec elle.

La conversation entre ces deux sœurs révèle que la responsabilité de l'aîné(e) d'une fratrie dans les affaires familiales est prévue implicitement et explicitement par les membres de sa famille.

Mme Boksun, qui occupe le quatrième rang dans la fratrie, affirme qu'elle n'a pas de responsabilité pour les soins à sa mère. De plus elle admet que ses sœurs et frère se sont défilés, parce qu'ils ont compté comme d'habitude sur Mme Hyosun, qui était toujours leur recours et cohabitait avec leur mère. Il est intéressant de remarquer qu'elle considère sa sœur comme une victime, et qu'elle prononce directement ce mot devant sa sœur. À nos yeux, Mme Boksun témoigne de la reconnaissance pour tous les sacrifices que sa sœur a faits pour leur famille. Mais cela implique également qu'à ses yeux il est évident que sa sœur devait et doit vivre ainsi, en raison de son statut d'aînée, donc de pilier de la famille, de son état de célibataire, et de la cohabitation qu'elle vit depuis le début. Cette situation rassure Mme Boksun (et les autres) et leur permet de s'exempter de cette tâche.

Par ailleurs, si l'intention d'autrui (proche) généralisé est validée, c'est parce que la personne concernée l'a elle aussi acceptée. Quand tous les membres de sa fratrie se sont « défilés » en faisant confiance à ^{Mme} Hyosun, celle-ci aurait pu choisir de ne pas prendre soin de sa mère, mais elle a assumé son rôle « habituel » de pilier de sa famille. Elle considère que ses sœurs et frère ne sont pas disponibles, alors que ^{Mme} Boksun ne travaille pas non plus et vient donc voir sa mère tous les jours chez sa sœur. En fait, ^{Mme} Boksun nous a raconté qu'elle n'était pas autant aimée que les autres membres. De ce fait, du point de vue de l'échange d'affection, ^{Mme} Hyosun devait forcément comprendre la situation de sa sœur et ne même pas oser lui proposer d'assurer les soins. D'ailleurs, elle semble avoir l'esprit large, comme le cœur d'une mère, à l'égard de la propension d'individualisme de ^{Mme} Boksun.

B : On ne s'intéresse pas à l'enfant qui se situe au milieu de la fratrie. [...] moi je devais vivre en me débrouillant par moi-même. Mes parents aimaient mon frère parce qu'il est le fils, ils aimaient ma petite sœur parce qu'elle est la plus jeune d'entre nous, alors que moi non. Naturellement je ne m'intéresse pas non plus à la famille. Moi je dois faire ce que je veux, je m'en suis aperçue très tôt, n'est-ce pas ? (en regardant Hyosun) Par contre j'ai l'impression que le caractère de ma sœur convient à la prise en charge...

H : (En regardant Yoonji) Elle a peur que je lui demande de prendre soin de maman. (rire) En fait, comme j'ai gardé les enfants (sa fratrie) depuis l'enfance, j'ai un cœur de parents.

Le cas de ^{Mme} Hyosun illustre la plupart des facteurs que nous avons abordés comme motivations des filles pour devenir aidantes principales. Surtout si leur statut de célibataire leur permet de prendre en charge leur mère sans aide financière. C'est parce que Hyosun était fonctionnaire avant sa retraite qu'elle a pu aider financièrement sa famille et prendre sa mère en charge.

PARTIE II. PRISE EN SOIN D'UN PROCHE AGE DEPENDANT ENTRE EQUILIBRE ET DESEQUILIBRE

« Face à autrui qui me possède en me voyant comme je ne me verrai jamais, je suis projet de récupération de mon être »

- J.-P. Sartre. 1969. *L'être et le néant*, Gallimard, p.425.

Tout au long de la prise en soin des proches âgés dépendants, leurs aidantes principales subissent une série d'épreuves. Au cours de l'aide pratique, les aidantes principales ne font pas seulement et systématiquement de l'aide pratique. Mais l'aide aux actes de la vie quotidienne demande non seulement de la force physique, mais aussi des forces psychique et émotionnelle de la part des aidantes principales. Chaque type de soins impose aux aidantes principales des inconvénients, des situations embarrassantes ou des tensions avec leurs proches âgés et les membres de la famille, voire avec elles-mêmes. Avant tout, si l'aide s'effectue en co-présence entre deux protagonistes, la prise en soin en cohabitation conduit les aidantes principales à se trouver en permanence dans la position d'aidante principale, c'est-à-dire à s'exposer sans cesse à leurs proches âgés. Même si certaines personnes passent moins de temps que les autres en raison d'activités professionnelles, cela n'empêchera pas qu'elles restent préoccupées par le rôle d'aidante principale, ce qui ne cesse de leur rappeler leur responsabilité dans ce rôle. Et les épreuves ressenties par les aidantes principales seront différentes selon les ressources mobilisées, surtout l'aide familiale, à cette époque où les solidarités familiales se manifestent de moins en moins. De quelles épreuves les aidantes principales parleront-elles ? Comment y feront-elles face ? Quelles conséquences apportera la « co-présence » ?

CHAPITRE 1. AUTOUR DES AIDES PRATIQUES

Les soins ne sont pas distincts des actes ordinaires qui s'effectuent entre les membres de la famille. Il s'agit d'une extension de ces actes qu'un membre effectue pour d'autres. Il les assure en focalisant son attention sur une personne destinée, ce qui prend la forme de soins⁷⁰⁴. Pour V. Gimbert et G. Malochet, les soins (ou les aides) consistent en une multiplicité de tâches qui relèvent globalement de trois principaux types l'aide financière (prise en charge des dépenses),

⁷⁰⁴ M. M. Seltzer et L. W. Li. 1996. « The transitions of caregiving : subjective and objective definitions », *The Gerontologist*, vol.36, no.5, p.614.

l'aide aux tâches domestiques et aux actes de la vie quotidienne (courses, ménage, cuisine, toilette, soins corporels), et l'aide à la décision et à l'administration (gestion du budget, participation à la prise de décision, organisation de la prise en charge autour de la personne âgée)⁷⁰⁵. On peut désigner tout cela comme aide pratique en terme des aides qui permettent à la personne de mener une vie saine. La Charte européenne de l'aidant familial y ajoute le soutien psychologique, la communication, la coordination et la vigilance permanente⁷⁰⁶. Si les types d'aide peuvent se classer globalement en deux, les aides pratiques (les types énumérés par V. Gimbert et G. Malchet) et le soutien psychologique, cela ne se manifeste pas forcément de façon séparée au cours de la prise en soin. En effet, le soutien moral peut s'effectuer directement ou indirectement au cours de la réalisation des aides pratiques.

Par ailleurs, si les soins prennent la forme de l'extension des actes de la vie quotidienne liés aux tâches domestiques, ils représentent des tâches non rémunérées et non valorisées, ils sont donc la mise en œuvre d'une norme de la responsabilité féminine : le « statut d'invisibilité »⁷⁰⁷. Pourtant, même si les femmes jouent le rôle d'aidante principale, les pratiques de prise en soin peuvent s'élaborer différemment en fonction de la capacité de la famille ou de ses membres d'utiliser différentes ressources⁷⁰⁸. Bien que l'aide formelle (les services de l'ASLD) contribue à faciliter la répartition des tâches, le nombre limité des types de service et leur accès incertain conduisent à constater que l'aide familiale est beaucoup plus flexible et disponible en cas de nécessité de l'intervention d'un tiers⁷⁰⁹. Ainsi la capacité d'utiliser des ressources sera en réalité celle du parent dépendant ou de l'aidant principal à faire appel à différents membres de la famille⁷¹⁰. Mais les solidarités familiales sont-elles toujours efficaces ?

De ce point de vue, dans ce chapitre, nous montrerons les aides pratiques effectuées par les aidantes principales (ou éventuellement les aidants familiaux)⁷¹¹. Nous aborderons comme types d'aide pratique l'aide au repas, les soins corporels, l'accompagnement pour la mobilité et l'aide financière.

⁷⁰⁵ V. Gimbert et G. Malochet. 2012. « Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées dépendantes ? Un tour d'horizon international », *Vie sociale*, no. 4, p.132.

⁷⁰⁶ Coface-Handicap, *Charte européenne de l'aidant familial*. http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2019/03/COFACE-disability_FR_final-1.pdf

⁷⁰⁷ M. Membrado, J. Vézina, S. Andrieu, V. Goulet. 2005. *op.cit.* p.104-105. ; C. Martin. 2008. *op.cit.* p.30.

⁷⁰⁸ J.-P. Lavoie. 2000. *op.cit.* p.19.

⁷⁰⁹ V. Gimbert et G. Malochet. 2012. *op.cit.* p.132.

⁷¹⁰ J.-P. Lavoie. 2000. *op.cit.* p.19-20.

⁷¹¹ Concernant l'aspect du recours aux services publics, nous nous attarderons sur ce point dans la troisième partie.

A. Autour de l'aide au repas

Si l'alimentation est un acte essentiel à l'être humain pour vivre, elle sera d'autant plus importante au fur et à mesure du vieillissement et de l'affaiblissement de la santé, car elle joue un grand rôle, tant pour provoquer la maladie que pour la prévenir et la traiter⁷¹². Plusieurs études montrent que l'âge, le niveau des revenus, le niveau des formations ainsi que le type de ménage peuvent influencer l'alimentation de la personne âgée⁷¹³. L'âge plus avancé, les faibles ressources, le faible niveau de formations et les ménages composés d'une seule personne sont les conditions qui peuvent faciliter une situation de dénutrition. Selon l'enquête nationale coréenne de la nutrition et de la santé sur la période 2013-2015⁷¹⁴, les ménages d'une seule personne âgée sont plus concernés par de telles conditions. Notamment, les femmes âgées sont plus susceptibles d'en souffrir. Dans l'enquête, 82,1 % des ménages d'une seule personne (veuve ou célibataire) sont des femmes, contre 40 % des ménages de couples âgés. La personne âgée vivant seule mange seule dans la plupart des cas et la constitution de ses menus est également simple, telle qu'un bol de riz et *kimchi*⁷¹⁵ ou une soupe. La valeur énergétique de sa nutrition est constatée à 1480,5 kcal pour la valeur la plus faible, par rapport à 1800,4 kcal chez les ménages en couple et à 1653,5 kcal chez les personnes cohabitant avec leurs enfants.

Quand les personnes âgées ont de la difficulté à réaliser les activités quotidiennes sans l'aide d'autrui, même pour manger, il n'est pas évident qu'elles fassent la cuisine elles-mêmes : l'alimentation des personnes âgées malades dépend de l'intervention d'un tiers, (non-) cohabitant de la famille ou professionnel, et cette situation est désignée comme « dépendance culinaire »⁷¹⁶. Toutefois, les activités alimentaires effectuées par autrui ne vont pas de soi. Si la préparation des repas est une tâche continue, confiée tant aux aidantes qui ont cohabité avant la

⁷¹² M. Ferry. 2010. « Nutrition, vieillissement et santé », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, mars, p.124. ; H. Escalon et F. Beck. 2010. « Perceptions, connaissances et comportements en matière d'alimentation. Les spécificités des seniors », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p. 13-29.

⁷¹³ C. Patry et A. Raynaud-Simon. 2010. « La dénutrition : Quelles stratégies de prévention ? », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p.157-170.; K. Kharicha, *et al.* 2007. « Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group? ». *The British Journal of General Practice*, vol.57, no.537, p.271-276. ; S. Brownie. 2006. « Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency », *International Journal of Nursing Practice*, vol.12, no.2, p.110-118.; K.S. Yim et T.Y. Lee. 2004. « Sociodemographic Factors Associated with Nutrients intake of Elderly in Korea », *Korean Journal of Nutrition*, vol.37, no.3, p.210-222.; J.-S. Kim et E.-M. Hwang. 2017. « Support plan for providing customized meal service for the elderly », *Health and welfare Issue & Focus*, no.341, p.1-8.

⁷¹⁴ L'enquête est menée auprès de 29 321 ménages ordinaires de tout âge dont 1 856 personnes âgées de 65 ans et plus (858 hommes, 998 femmes). Le nombre des ménages d'une seule personne âgée de 65 ans et plus est de 638 et celui du ménage du couple âgé est de 1 218.

https://kosis.kr/common/meta_onedepth.jsp?vwcd=MT_OTITLE&listid=117_11702&conn_path=H2

⁷¹⁵ Un type d'accompagnement traditionnel et le plus basique coréen, il s'agit de choux chinois pimentés et fermentés.

⁷¹⁶ P. Cardon et S. Gojard. 2008. « Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement », *Retraite et société*, no.56, avril, p.169-193.

prise en charge des soins qu'à celles qui n'ont commencé à cohabiter qu'après que leurs proches âgés aient besoin des soins, elle ne porte pas le même caractère que la responsabilité des soins et peut poser quelques problèmes. D'une part, sachant que la nutrition est primordiale pour l'état de santé des proches âgés malades, les aidantes principales doivent davantage faire attention au processus de préparation.

1. Nutrition comme soin fondamental qui n'est pas à « faire faire »

S'il existe peu d'études sociologiques sur l'alimentation quotidienne des personnes âgées⁷¹⁷, on trouve encore moins d'études sur la préparation des repas par les aidantes principales pour leurs proches âgés dépendants⁷¹⁸. Pourtant l'aide culinaire est l'un des actes indispensables pour maintenir la vie, et surtout elle est liée directement à l'état de santé des personnes dépendantes⁷¹⁹. Elle a toujours fait partie des activités domestiques et, du fait que les aidants sont majoritairement des femmes, on tend à considérer qu'elles se débrouillent bien dans cette tâche, considérée comme un travail féminin⁷²⁰.

Dans notre étude, la quasi-totalité des aidantes principales s'occupent elles-mêmes des activités alimentaires telles que les courses et la préparation des repas, même en cas d'intervention de l'aide à domicile⁷²¹. La cuisine est généralement considérée comme la tâche la plus fondamentale à effectuer, qui permet de manifester au moins un souci minimum pour la personne concernée. Il s'agit d'une vertu fondamentale des enfants qui prodiguent les soins à leurs proches âgés. Les personnes âgées ont figé leurs goûts avec le temps, et il n'est pas facile pour un tiers extérieur, qui ignore l'histoire culinaire de la personne, de faire exactement la cuisine conforme à ses goûts. Enfin, cette cuisine n'est pas consommée seulement par la personne âgée, mais éventuellement par tous les membres cohabitants : la cuisine porte une mémoire familiale. Même si les aidantes principales ne maintiennent pas une bonne relation

⁷¹⁷ E. Alonso *et al.* 2010. « Rôle de la nutrition dans les chutes et les fractures des sujets âgés », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p.171-187.

⁷¹⁸ P. Cardon. 2010. « Regard sociologique sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, mars, p.31-42.

⁷¹⁹ P. Cardon et S. Gojard. 2014. « Dépendance culinaire et organisation domestique les enjeux quotidiens de l'alimentation des personnes âgées », *In Hummel, C. et al. op.cit.* p.293-304.

⁷²⁰ P. Cardon. 2015. « Cuisine et dépendance. femmes et hommes face au vieillissement et au handicap », *Journal des anthropologues*, no. 140-141, p.113.

⁷²¹ Parmi les aidantes interrogées, Souk était la seule aidante principale qui laissait parfois son aide à domicile faire des accompagnements des repas. Au début, cette aide à domicile, pour connaître le goût habituel des repas, a fait cuisiner la sœur de Souk, qui venait souvent faire la cuisine. Car Souk, en raison de ses activités professionnelles, n'avait pas l'habitude de faire la cuisine pour sa mère avant de prendre en charge les soins. Cela révèle que la personne qui ne s'est pas occupée des activités culinaires peut plus ou moins facilement laisser faire la cuisine à un tiers extérieur. Le niveau de délégation à un tiers extérieur peut varier selon la biographie de la personne aidante. (P. Cardon. 2010. *op.cit.*)

avec leurs belles-mères, elles ne négligent pas la préparation des repas.

« J'aime bien être bénévole. Donc j'essaie de ne pas rester longtemps à la maison, mais il est évident de faire la cuisine... » ^{Mme} Kwak (belle-fille)

« L'aide-soignante s'occupe de ma belle-mère en donnant les soins corporels, le repas et en l'accompagnant au parc. C'est quand même moi qui fais du riz et les accompagnements, puis je les mets dans le frigo parce que mes enfants et mon mari doivent manger aussi. » ^{Mme} Hyeon (belle-fille)

Plusieurs aidantes interrogées ont dit que l'établissement d'hébergement de soin ou l'hôpital gériatrique n'est pas bien adapté pour la bonne nutrition des résidents. De plus, il n'y a pas de suivi de menus individualisés⁷²². Sans doute, cela peut-il expliquer que la prévalence de la dénutrition des personnes âgées représente environ de 4 à 10 % à domicile tandis que les chiffres atteignent 15 à 38 % en institution, et 30 à 70 % à l'hôpital⁷²³. Il s'agit d'un des facteurs qui découragent l'entrée des proches en établissement. ^{Mme} Jeon, bien qu'elle n'ait pas de bonnes relations avec sa belle-mère, considère comme prioritaire de rétablir, ou au moins de maintenir au mieux sa santé actuelle. Pour ce faire, elle tient compte de l'importance de l'alimentation.

« Nous n'allons pas la laisser aller en établissement parce que les menus des repas ne sont pas bien constitués. Et elle ne mangera pas bien. Elle a l'estomac fragile et digère mal. Quand on est malade, on doit être bien nourri. Si on va là-bas, on meurt de faim. Même moi j'ai découragé mon entourage qui envisageait l'entrée de sa belle-mère en établissement. » ^{Mme} Jeon (belle-fille)

Même si les proches âgés sont hospitalisés, l'aide au repas devient un devoir tacite et fondamental des aidantes principales.

« Les personnes âgées doivent faire plus attention à la nutrition, mais ma belle-mère ne l'a pas fait. Avant notre cohabitation, lorsqu'elle était hospitalisée, j'ai apporté les repas tous les jours et je l'ai nourrie. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

D'ailleurs, il est important d'accompagner les repas pour aider à manger si l'état de santé de la personne ne le permet pas, mais les aidantes principales se méfient des conditions de l'établissement.

« Mais le problème c'est que quand ma mère était souvent hospitalisée, elle n'a pas mangé là-bas. C'était moi qui lui ai apporté le repas fait à la maison. Le repas de l'hôpital et celui de l'institution sont pareils. Ils sont nuls. Si on la place, mangera-t-elle ? Qui l'aidera à manger ? » ^{Mme} Moun (fille)

⁷²² I. Cottet, G. Marion et P. Dreyer. 2010. « Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p.207-215.

⁷²³ C. Patry et A. Raynaud-Simon. 2010. *op.cit.*

« Malgré sa maladie (Alzheimer), elle peut manger toute seule. Mais si je ne pose pas les accompagnements des plats dans son bol de riz, elle ne les touche pas. Elle ne mange que la soupe et seulement les aliments doux ou moelleux. Alors comme elle ne mange pas beaucoup toute seule, elle a l'air très fatiguée quand je viens la chercher. C'est pour cela que je ne me sens pas bien si je la laisse dans le centre d'hébergement temporaire. Je le fais seulement si je suis contrainte d'aller ailleurs. »^{Mme} Kyeong (fille)

2. Obligation ennuyeuse de la préparation des repas

Lorsque les aidantes principales s'occupent de soins, elles accomplissent également les tâches domestiques. En fait, ces deux tâches sont tout à fait stéréotypées par la division du rôle sexué. Surtout, parmi les espaces de la maison, la cuisine représente souvent « le territoire des femmes » : celles-ci sont donc appelée « maîtresses de la cuisine »⁷²⁴. P. Cardon montre que l'enfant cohabitant est impliqué, différemment selon le sexe, à la préparation des repas. Les fils ne font qu'exécuter la demande de leur mère, tandis que les filles la remplacent. D'ailleurs, si, pour le couple âgé, les hommes contribuent plus ou moins bien à faire des courses après le passage à la retraite, on les voit rarement faire jusqu'à la cuisine. Mais selon l'état de santé physique ou psychique de leur conjointe, la délégation des tâches peut varier sous le contrôle de leur conjointe jusqu'à leur remplacement⁷²⁵.

Cela ne signifie pas pour autant que les femmes aiment faire la cuisine. Bien que l'activité de cuisine puisse faire plaisir aux autres⁷²⁶, si cela devient une tâche obligatoire à telle ou telle heure trois fois par jour, le plaisir peut devenir déplaisir. La majorité des personnes interrogées ont manifesté leur mécontentement sur l'obligation de faire la cuisine tous les jours. Cela s'appuie sur le fait que l'ensemble des personnes âgées préfère manger le repas qui est fait sur place avec des produits frais plutôt que le repas déjà préparé ou celui à base de produits transformés⁷²⁷. Si nous présentons brièvement la culture culinaire de la Corée du Sud, l'aliment de base est le riz, autour duquel plusieurs assiettes ou bols sont nécessaires, c'est-à-dire plusieurs préparations pour un seul repas. Les Coréens mangent dès le matin un repas complet qui consiste en un bol du riz⁷²⁸, un bol de soupe (des légumes ou de la viande) et plusieurs accompagnements (des légumes, ou/et de la viande, ou/et un poisson, etc.). Dans la plupart des

⁷²⁴ C. Lemarchant. 1999. *op.cit.*

⁷²⁵ P. Cardon. 2008. *op.cit.* p.183-185.

⁷²⁶ J.-C. Kaufmann. 2011[1997]. *Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère*, Édition revue et corrigée par l'auteur, Paris, Nathan, Pocket, p.211.

⁷²⁷ J.-L. Volatier. 1997. « Les effets d'âge et de génération dans la consommation alimentaire », *Gérontologie et Société*, no.83, p.67-82. ; P. Cardon. 2010. *op.cit.*

⁷²⁸ Il est hors de question de remplacer le riz par du pain dans la culture culinaire traditionnelle coréenne. Il semble qu'il y a une influence sur la culture agricole : la Corée du Sud est un pays qui cultive principalement du riz depuis longtemps. Il y a quelques champs pour cultiver du blé, mais ce n'est pas général.

ménages, le nombre d'accompagnements atteint environ trois à quatre pour un repas. Pour ce faire, les mères coréennes se lèvent tôt pour préparer les repas du matin⁷²⁹ pour leurs familles⁷³⁰. Et il faut généralement un repas tout aussi complet pour le midi et le soir. Parce que le rôle de la préparation des repas est exclusivement confié aux femmes, si elles cohabitent avec leurs beaux-parents, ce rôle est majoritairement confié aux belles-filles. À titre d'exemple, Mme Byeon montre à quel point les belles-filles peuvent être préoccupées par la préparation de repas.

« Sous le même toit on a vécu à quatre générations, belle-grand-mère, beaux-parents, belle-sœur (la sœur de son mari)... Au début ça faisait onze personnes à la maison. De plus la maison n'était pas moderne. Entre la salle à manger et la cuisine il y avait un seuil haut à franchir. Comme mes beaux-parents dirigeaient le magasin de primeur, chacun des membres de la famille mangeait à une heure différente à cause de la relève. J'ai dressé la table pour eux cinq ou six fois par jour parce qu'il me fallait le faire et refaire sans cesse pour ceux qui rentraient à la maison. J'ai tout fait toute seule. » Mme Byeon (belle-fille)

Nous avons aussi évoqué précédemment l'histoire d'une belle-fille atteinte du cancer du sein. À l'annonce de cette mauvaise nouvelle, la première parole de sa belle-mère a été « qui va faire le repas pour mon fils ? ». Ces exemples extrêmes montrent que le rôle des femmes est très figé selon les caractères familiaux et donc qu'il ne sera pas exagéré de dire qu'elles consacrent presque toute la journée pour préparer les repas⁷³¹.

On peut supposer que la génération âgée est très sensible et stricte à l'égard des repas. Les belles-filles qui cohabitent, évidemment chargées de cette tâche, sont conscientes de cette imposante obligation. C'est la raison pour laquelle certaines personnes interrogées expriment clairement leur ennui pour la préparation des repas. Mme Kwak, au caractère vif, se plaint de devoir rentrer à la maison pour préparer le repas en abandonnant son activité bénévole à l'Église. De plus, la demande de son mari et sa soumission nous montrent un exemple typique de la famille patriarcale.

« Il faut faire la cuisine pour trois repas à trois heures différentes c'est ça qui m'est difficile. Même si je veux faire une grasse matinée, je ne peux pas parce qu'il faut préparer le repas du matin. Même si mes enfants ne vivent plus maintenant avec nous, mon mari me demande de le préparer dès 6 heures du matin. Même si on n'a pas besoin de sortir le matin, elle est habituée à prendre le repas entre 7h 30 et 8h. On doit manger ensemble. Je fais tous les accompagnements et je sors en les mettant dans le frigo. L'aide à domicile prépare le déjeuner en les sortant du frigo. Si elle mange une soupe à midi, elle n'y touche plus après. Alors pour

⁷²⁹ Dans ce contexte-là, l'utilisation du terme français « petit-déjeuner » ne sera pas convenable pour désigner le repas coréen traditionnel du matin, au moins pour la génération âgée coréenne. En effet la jeune génération de ce pays a tendance à prendre le petit-déjeuner à la manière occidentale.

⁷³⁰ De même il y a des restaurants qui sont ouverts dès 6 h du matin, et de surcroît ouverts 24 h sur 24.

⁷³¹ P. Cardon. 2015. *op.cit.* p.115.

faire un autre menu au dîner, je dois rentrer l'après-midi. Franchement, je n'aime pas faire la cuisine même pour moi. C'est vraiment un miracle que j'ai réussi à faire la cuisine jusqu'à maintenant. »^{Mme Kwak (belle-fille)}

Le fait que les belles-mères sont très strictes et exigeantes à propos de la cuisine pèse d'autant plus sur leurs belles-filles : le conflit entre belle-mère et belle-fille se produit généralement autour de la cuisine.

« À ses yeux, elle est la plus intelligente. [...] Elle m'a trop méprisée... Elle m'a considérée comme stupide et incapable de ne rien faire. Elle m'a maltraitée en me disant que je ne savais même pas moduler le niveau d'eau pour cuisiner la soupe de nouilles. »^{Mme Kim (belle-fille)}

« Son goût est vraiment délicat parce qu'elle cuisinait bien alors que moi je ne suis pas forte dans ce domaine. Chaque fois que l'on faisait du *kimchi*⁷³², j'étais très stressée. D'ailleurs, ma mère a cultivé des légumes comme des choux chinois et nous en a offert quelques-uns. Ma belle-mère s'en est plainte plusieurs fois en disant que ces choux chinois sont bons ou pas. »^{Mme Kwak (belle-fille)}

^{Mme} Seo, subit, une pression encore plus forte en ce qui concerne la préparation du repas. Même si son mari, qui ne travaille pas, passe presque toute la journée à la maison, il ne veut ni effectuer les soins de sa mère, ni assurer la préparation des repas. Seo, travaillant à temps partiel comme vendeuse de produits cosmétiques à domicile, va le matin au bureau. Sa belle-mère et son mari attendent qu'elle rentre vers 11 heures du matin pour prendre le repas du matin.

Seo : « La pression psychique qui est la mienne quand je dois préparer le repas, même si je sors, me pèse beaucoup. Tous les matins je vais au bureau et je rentre vers 11 heures. Elle (sa belle-mère) m'a dit qu'elle mangerait quand je rentre. Chaque fois, mon mari et ma belle-mère sont assis dans un canapé et me regardent tous les deux quand je rentre et me disent en même temps « tu rentres ». Alors sans même me déshabiller, j'entre dans la cuisine et j'allume la cuisinière à gaz. Quand je vois mes amies, elles me disent que mes yeux s'orientent toujours vers l'horloge sur le mur. Elles habitent chacune avec leurs maris sans leurs beaux-parents. Et puisque je dois préparer la cuisine à l'heure de chaque repas, mes yeux se fixent tout le temps sur l'horloge... On m'a dit ça. Je ne peux pas demander à mon mari de manger juste avec sa mère. »

Yoonji : « Pourquoi ne pouvez-vous pas demander ça à votre mari ? »

Seo : « En fait, il refuse. Il m'a dit qu'il est mal à l'aise de manger en tête à tête avec sa mère. Mais je pense que c'est plutôt parce qu'il y a beaucoup de choses à faire, sortir les accompagnements du frigo et les remettre, etc. Il me semble qu'il n'aime pas faire ça. Ça doit être un désagrément plutôt que du malaise. »

Lors de notre entretien ^{Mme} Seo a souvent regardé l'horloge au mur, puis elle a indiqué qu'elle était obligée de rentrer chez elle. Elle est venue faire l'entretien en donnant comme prétexte à sa

⁷³² Avant l'hiver, les Coréens font du *kimchi* en grande quantité pour en consommer pendant l'hiver. Pour ce faire, les membres de la famille ou même plusieurs voisins rassemblés s'entraident.

belle-mère qu'elle avait une réunion de travail. Pour N. Elias, dans son ouvrage « Du temps », le mécanisme de l'horloge porte sur la transmission des messages, et donc permet de réguler les comportements du groupe : « en regardant l'horloge, je sais qu'il est telle ou telle heure, non seulement pour moi mais pour l'ensemble de la société à laquelle j'appartiens »⁷³³. Mme Seo a dit que sa belle-mère se croise les bras face aux tâches ménagères depuis leur cohabitation. Elle a choisi de manger lorsque Mme Seo rentre à 11 heures, ce qui est une heure relativement tardive pour prendre le repas du matin. Si c'est Mme Seo qui fait la cuisine et qui la met dans le frigo, il suffisait de la sortir du frigo à l'heure de manger, mais son mari n'a pas envie de le faire lui-même, et sa belle-mère ne demande pas non plus à son fils de le faire. Il existe une pensée traditionnelle coréenne : si l'homme entrait dans la cuisine, il risquait de perdre sa virilité.

Toutefois, il semble que cette tâche rebutante ne concerne pas seulement les belles-filles. En effet, Mme Jong exprime fortement son ennui pour la préparation des repas de sa mère.

« Franchement, avec mon mari, nous ne mangeons pas souvent de la soupe avec du riz. Mais il le faut seulement pour ma mère. Même si je mange avec mon mari dans un restaurant quand je n'ai pas envie de cuisiner, je dois préparer le repas pour ma mère en rentrant. Ce n'est pas rien. Ça me pèse beaucoup. »^{Mme Jong (fille)}

La préparation du repas pour le proche âgé malade ne fait pas tout-à-fait partie des tâches domestiques ordinaires. Elle est effectuée exclusivement pour lui en faisant attention à son état de santé. Pour préparer le repas d'un malade, il faut faire la cuisine encore plus soigneusement, en tenant compte de la diététique pour la composition des accompagnements.

« Les nouilles ou autres choses ont tendance à élever le niveau de sucre. Pour les protéines, il faut au moins des œufs. Moi, même pendant la canicule, je fais comme d'habitude... Je ne lui ai jamais donné du riz refroidi qui était déjà fait. À chaque repas je fais cuire du riz et je prépare des nouveaux accompagnements. S'il reste des accompagnements de son repas, c'est moi qui mange tout. »^{Mme Moun (fille)}

3. Difficulté pour faire bien manger

Si le vieillissement conduit à altérer ou ralentir les fonctions corporelles, cela n'épargne pas les fonctions alimentaires : la dysrégulation de l'appétit, le retard de la sensation de satiété, la diminution du goût et de l'odorat, le ralentissement de la digestion et l'altération de la dentition⁷³⁴. L'ensemble des modifications physiologiques liées au vieillissement, de la polypathologie et de la douleur physique et psychologique peuvent facilement entraîner la

⁷³³ N. Elias. 2018 [1984]. *Du temps*, Fayard, p.20.

⁷³⁴ M. Ferry. 2010. *op.cit.* p.192.

dénutrition⁷³⁵. Toutefois, si les personnes âgées ont développé leurs propres goûts culinaires, tels que les saveurs, la préférence individuelle et le goût pour le salé ou sucré, les évolutions de l'état de santé leur demandent des modifications plus ou moins radicales du mode alimentaire⁷³⁶. En ce sens, même si le repas est équilibré, si l'on ne tient pas compte du goût du proche âgé, il est probable que celui-ci ne le touchera pas. Cela peut être une cause de conflits entre la personne aidante et le parent aidé⁷³⁷. La belle-mère de ^{Mme} Byeon mange surtout ce que cette dernière lui interdit pour sauvegarder sa santé. Si la personne âgée délègue entièrement cette tâche à son aidante principale, autrement dit si elle est dépendante culinaire, cette relation n'est pas forcément une relation autoritaire/dépendante. Malgré son souci et ses efforts, ^{Mme} Byeon est devenue celle qui ne cesse de faire des remarques inutiles.

« Quand je cuisine les plats et les accompagnements, je lui dis « ça c'est bon pour telle ou telle maladie » mais elle ne mange que ce qu'elle aime, comme les nouilles qui provoquent pourtant l'augmentation du sucre. Elle a même du diabète. Je dis « dans l'aubergine il y a telle ou telle chose ». Quand j'achète du légume vert, je prends parfois du brocoli... Mais elle ne le mange pas. Je cuisine pourtant avec soin. Je lui propose de manger ce qui est nutritif alors que ça ne réveille pas son appétit. Chaque fois qu'elle passe des examens médicaux, on me dit à nouveau qu'il est nécessaire de l'inciter à faire attention pour ne pas augmenter son niveau de sucre. C'est pour ça que je n'arrête pas de lui faire des remarques... Même si je lui dis ça pour son bien, elle pense que je prononce des paroles inutiles alors que je parle pour préserver sa santé. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Par contre, la mère de ^{Mme} Kang ne mangeait pas bien non plus au début, mais Kang a essayé de lui faire retrouver l'appétit en l'encourageant et aussi en préparant divers accompagnements. Elle l'a persuadée en lui expliquant immédiatement qu'elle n'aurait pas d'autre choix que l'envoyer en établissement si elle ne mangeait pas. Finalement, elle a réussi à faire en sorte que sa mère prenne du poids et en est très contente.

« Quand elle ne mangeait pas, je lui ai dit « la seule chose que je puisse faire pour toi, c'est préparer trois repas par jour. Moi j'essaie de te mettre à l'aise, mais si tu ne manges pas, je ne peux rien faire de plus pour toi. Si tu ne manges pas, tu devras aller en établissement parce que je ne pourrai rien faire pour toi ». Peu à peu, quand je lui mets une cuillère devant la bouche, elle mange. Avant, je voyais saillir ses os à travers la chair de son ventre. Maintenant, son ventre est un peu rebondi. Elle est très mignonne. » ^{Mme} Kang (fille)

Quand la maladie d'Alzheimer ne permet pas aux proches âgés de prendre eux-mêmes les couverts, leurs aidantes principales peuvent rencontrer une épreuve. Pour ^{Mme} Jong, s'ajoute à la

⁷³⁵ *Ibid.* ; X. Hébuterne. 2010. « Physiopathologie de la dénutrition de la personne âgée et conséquences pour la prise en charge », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p.143-155. p.144.

⁷³⁶ P. Cardon. 2010. *op.cit.* p.36.

⁷³⁷ P. Cardon et S. Gojard. 2008. *op.cit.* p.170.

cuisine l'aide au repas en restant assise à côté de sa mère pendant toute sa durée.

« Elle me considère comme la personne qui donne le repas. Elle est en colère si je lui donne un peu en retard. Mais dès que je pose des plats sur la table, elle ne sait pas si c'est à manger. Elle mange seulement si je mets la cuillère dans sa bouche. Si je pose seulement les plats sur la table, elle ne se rend pas compte si cela est à manger ou quoi. Je lui dis je t'ai demandé de manger ça. Elle me répond c'est quoi... » ^{Mme} Jong (fille)

Quand leurs proches âgés refusent de manger et qu'en même temps ils ont de la difficulté pour avaler du fait de leur faiblesse corporelle, les aidantes principales s'inquiètent de la dénutrition. Notre entretien avec ^{Mme} Souk s'est passé chez elle, parce qu'elle n'a pas pu sortir en laissant sa mère seule à la maison. Pour elle, le temps des repas est une guerre avec sa mère, dont un des symptômes de la maladie d'Alzheimer est la réticence à manger, car elle a de la difficulté pour avaler. Avant l'entretien, quand ^{Mme} Souk a présenté une cuillère de riz devant sa bouche, sa mère a tourné son visage sur le côté. ^{Mme} Souk a dit que le poids de sa mère a baissé encore de trois kilos et qu'elle ne pèse plus que 41,5 kg.

« C'est dur, dur, dur qu'elle ne mange pas. Ce n'est pas facile de la soigner. Elle ne mange pas. Même si je fais la cuisine, elle ne mange presque rien. Je pourrais lui cuisiner de tout si on s'entendait [mangeait] bien... Quand on mange bien, on a l'énergie pour bouger. Elle n'aime pas non plus prendre les médicaments ; elle dit qu'elle est en forme, alors pourquoi elle doit les prendre... pourquoi... pourquoi... Ainsi c'est la guerre pour manger et prendre les médicaments. » ^{Mme} Souk (fille)

Tout au long de l'entretien, à propos de chaque sujet, ^{Mme} Souk a signalé ses difficultés en lien avec la nutrition. Les aidantes principales sont prioritairement préoccupées par la santé de leurs proches âgés, et ne pouvant pas manger à leur place, elles ne peuvent que mettre la nourriture dans la bouche et persuader de mâcher et d'avalier. Puisque la nutrition est directement lié à la santé, les aidantes principales se sentent beaucoup plus coupables du fait du sentiment de responsabilité lorsque leurs proches âgés ne mangent pas.

4. Efficacité des soins familiaux

Si les aidantes principales s'efforcent de prendre soin de la bonne alimentation de leurs proches âgés, la prise en charge par la famille contribue à améliorer ou maintenir leur état de santé. Plusieurs aidantes principales nous ont indiqué que l'état de santé de leurs proches âgés s'est nettement amélioré depuis la cohabitation. Les soins prodigués par la famille qui vit sous le même toit peuvent vraiment aider à soigner ou retarder la maladie.

« Je ne savais pas qu'elle vivrait aussi longtemps que ça. Avec mon mari, nous avons décidé à ce moment-là de prendre soin d'elle en envisageant qu'elle vivrait environ deux mois. Elle

n'allait pas bien du tout. Après deux mois, oh-là-là, sa santé est devenue incroyablement meilleure. Elle mange très bien. » ^{Mme} Jong (fille)

« Ma belle-mère était seule à la campagne, mais elle faisait souvent des chutes. Elle avait du mal à marcher. Elle n'aimait pas cuisiner et mangeait peu. Comme elle est avec nous, elle mange bien. La fréquence de ses séjours à l'hôpital a aussi beaucoup diminué. Sa santé est vraiment bien améliorée. Je fais très attention à la diététique. Et elle y est maintenant habituée. J'ai mis de la viande de chien dans le congélateur, elle l'aime beaucoup. Je fais souvent une soupe de bœuf qui mijote toute la journée. Elle aime beaucoup ça. De cette façon, je vois qu'elle va de mieux en mieux. Si je vois qu'elle n'a pas d'appétit, je demande à mon mari de lui faire faire une injection nutritive à la clinique. Après ça, l'appétit lui revient. » ^{Mme} Park (belle-fille)

Certaines aidantes principales reçoivent l'aide de leurs familles dans les activités culinaires. Si ^{Mme} Park explique que son mari amène sa mère à la clinique pour faire faire une injection nutritive, elle précise encore l'aide de sa famille.

« Mon mari et mes enfants m'aident beaucoup. Puisque je tiens mon commerce, je suis souvent fatiguée. Parfois on mange ensemble, mais parfois je m'allonge pendant qu'ils mangent le repas du matin. Si mon mari a beaucoup bu la veille, c'est moi qui m'en occupe. Sinon, mes enfants s'en occupent tour à tour. Mais je vois qu'ils se remettent cette tâche de l'un à l'autre. Pour eux, cela peut être une tâche ennuyeuse. Quand mon fils lui donne un repas, il se donne l'air important en me disant que c'est lui qui l'a préparé. Je lui déclare « merci mon prince ». Mon fils fait comme ça. Mais je suppose que la manière dont la fille prépare le repas est différente de celle dont le fils le fait. Parce qu'elle est une femme... peut être. J'ai l'impression qu'elle le préparerait mieux et plus soigneusement. J'en crois mon fils moins capable. » ^{Mme} Park (belle-fille)

Au vu du discours de Park, même si son mari ou ses enfants la remplacent et que Park leur en est reconnaissante, l'aide de l'entourage a une limite. En effet, le fait que les autres remplacent ^{Mme} Park pour la préparation de repas signifie qu'ils préparent le repas en sortant du frigo les plats faits la veille par ^{Mme} Park. C'est celle-ci qui fait toujours la « vraie cuisine ». Dans sa représentation axée sur la division sexuée du travail, elle préférerait plutôt que sa fille prépare le repas. Le fait que son fils se donne l'air important après l'aide au repas signifie qu'il n'est pas habitué à aider sa mère pour les tâches domestiques.

Quand ^{Mme} Jong nous a invitée chez elle pour déjeuner après l'entretien (même si nous ne faisons connaissance que ce jour-là), son mari avait cuisiné des nouilles froides au poulet (spécialité coréenne pour l'été). Bien que son mari soit le gendre de la mère de ^{Mme} Jong, les activités culinaires ne sont pas confiées seulement à ^{Mme} Jong. Pourtant, il est intéressant de remarquer que l'amélioration de la santé de sa mère apporte à ^{Mme} Jong un nouveau souci : le regard de sa belle-famille.

« En pensant à la dernière période de sa vie, nous avons même débarrassé sa maison. Nous avons transporté ses meubles dans un petit espace loué devant chez nous parce qu'ils sont tout neufs... D'ailleurs, du point de vue de ma belle-famille, vivre avec la propre mère de la femme n'est pas bien. Donc c'est pour montrer que nous vivons temporairement ensemble... Mais comme elle va bien mieux en deux mois... »⁷³⁸ Mme Jong (fille)

B. Autour des soins corporels

L'aide aux soins corporels est une tâche indispensable pour maintenir le corps propre. Par rapport aux autres aides pratiques, ce type d'aide porte une caractéristique particulière. En effet, selon P. Miceli, « l'aide à la toilette confronte le malade et ses aidants à la nudité, à la découverte et à l'entretien d'une intimité qui était jusque-là cachée sous les vêtements, faisant l'objet d'une pudeur plus ou moins prononcée »⁷³⁸. La pudeur est heurtée tant pour les proches âgés que pour les aidantes principales. Par ailleurs, en cas d'absence de soins corporels, le corps se salit facilement du fait de diverses sécrétions et excréments. Si le corps malodorant provoque une gêne, les représentations du « corps vieux » qui sont plutôt négatives dans la société moderne pourront renforcer le sentiment de dégoût des aidantes principales à l'égard de cette tâche⁷³⁹. Ainsi, les aides corporels réclame davantage de stratégies pour retrouver l'équilibre face aux épreuves rencontrées.

1. Odeurs des proches âgés dépendants

G. Simmel, dans *Sociologie de l'épistémologie*, souligne le rôle de l'ensemble des sens de l'homme qui influencent les réciprocitys de l'action⁷⁴⁰. En fait, le sensorium ne peut pas se réduire à une seule perception sensorielle, car il permet aux hommes d'interpréter le monde et de lui donner une signification. La production de l'intelligible mobilise sens, raison et émotion⁷⁴¹, et tout cela permet d'appréhender l'interaction sociale⁷⁴² : « les réciprocitys d'action viennent avant tout de ce que nous réagissons par les sens les uns sur les autres. [...], d'un côté nous sommes attirés ou repoussés d'une façon tout à fait immédiate par l'organe d'un être humain, quelle que soit la chose que celui-ci dise ; d'un autre côté ce qu'il dit nous aide à pénétrer non seulement sa pensée momentanée, mais aussi son être intime »⁷⁴³. Parmi les organes spécifiques des sens, l'œil et l'ouïe prédominent sociologiquement, du fait qu'un

⁷³⁸ P. Miceli. 2013. *op.cit.* p.167.

⁷³⁹ B. Veyssset. 1989. *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan, p.111.

⁷⁴⁰ G. Simmel. 1981. *Sociologie et épistémologie*, Vendôme, PUF, p.225.

⁷⁴¹ C. Mercadier, 2017 [2002]. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2^{ème} édition, Paris, Seli arslan, p.39.

⁷⁴² P. Berger et T. Luckmann. 2006 [1966]. *op.cit.* p.70.

⁷⁴³ G. Simmel. 1981. *op.cit.* p.225-226.

échange de regards et la communication entre deux personnes construisent une interaction⁷⁴⁴. Toutefois, l'odorat n'est pas moins agissant car il peut donner de fortes impressions, et influencer directement cette relation réciproque⁷⁴⁵. Contrairement aux quatre autres sens, la fonction de l'odorat ne peut pas être évitée si on reste dans le même espace : l'odeur « s'impose à tous »⁷⁴⁶. Elle pénètre directement le rhinencéphale, que les Grecs appelaient le « cerveau olfactif », sans passer par le relais du thalamus⁷⁴⁷. Ainsi, le manque de moyens pour l'éviter peut expliquer la raison pour laquelle l'odeur est davantage cause de dégoût que d'attraction. La sensibilité envers les odeurs diffère selon les rapports sociaux. Par exemple, dans les pays froids où les gens vivent souvent plutôt à l'intérieur, les réactions de l'odorat conduisent à l'isolement de l'individu (forte sensibilité). En revanche, dans les pays du Midi qui incitent les gens à se réunir et à rester le plus longtemps possible à l'extérieur, les odeurs ne gênent pas particulièrement (faible sensibilité)⁷⁴⁸.

Il n'en demeure pas moins que l'on tend à renvoyer toujours une mauvaise odeur corporelle à l'idée de l'hygiène et de la propreté⁷⁴⁹. Les lieux où les mauvaises odeurs corporelles sont le plus ressenties sont sans doute la prison et l'hôpital. L'odeur de la prison est décrite comme « l'infection la plus dangereuse après la peste » et il est même évoqué « l'air des prisons infectant les habits de ceux qui les visitent »⁷⁵⁰. Dans l'hôpital, les excréments corporelles s'imposent, telles que l'urine, les excréments, le sang, la sécrétion d'une plaie. Les études de M. Schachtel et de C. Mercadier sur les expériences professionnelles en tant que soignants illustrent parfaitement à quel point l'odorat (suivi de très près par le regard) est le sens le plus sollicité dans l'interaction entre infirmier(ère) et malade⁷⁵¹.

« 8 heures. Je monte quatre à quatre les escaliers qui mènent au service de médecine générale. Déjà une odeur d'urine m'oblige à retenir ma respiration. Je franchis l'entrée de la salle des femmes. Cette émanation me rappelle les expériences de chimie, au lycée. Un mois après, je ne me serai toujours pas habituée à cette puanteur forte et âcre, tenace sur les vêtements,

⁷⁴⁴ *Ibid.* p.227.

⁷⁴⁵ *Ibid.* p.235.

⁷⁴⁶ A. Le Guérer. 1988. *Les pouvoirs de l'odeur*, Paris, Éditions François Bourin, p.185.

L'analyse historique de A. Le Guérer sur l'odeur montre que la répugnance à la mauvaise odeur s'est considérablement accrue, tout au long de l'épidémie de peste, car la première croyance que « l'épidémie naît de l'air » a été peu à peu remplacée par celle de « la corruption de l'air et celle du corps », c'est-à-dire que l'air contaminé « n'infecte que les corps qui s'y prêtent en raison de leur propre putridité » (*Ibid.* p.59-64)

⁷⁴⁷ *Ibid.* p.43.

⁷⁴⁸ G. Simmel. 1981. *op.cit.* p.237.

⁷⁴⁹ *Ibid.* p.236.

⁷⁵⁰ A. Corbin. 1999. *op.cit.* p.49-50.

⁷⁵¹ C. Mercadier, 2017 [2002]. *op.cit.* ; M. Schachtel. 1991. *J'ai voulu être infirmière*, Paris, Albin Michel.

résistant à l'eau de Javel⁷⁵². »

C. Mercadier montre qu'une soignante se hâte de quitter la chambre d'un patient à l'odeur nauséabonde, qu'une autre refuse la demande d'un patient de s'occuper de lui dans la nuit, à cause de son odeur corporelle. Malgré cela, du fait des règles professionnelles, les soignant(e)s doivent traiter les malades en dissimulant le dégoût qu'éventuellement ils ressentent. Ils veillent à ce que leur comportement ne laisse pas voir leur aversion et ne blesse pas les malades⁷⁵³. Dans le même type de relation consistant à prodiguer et recevoir des soins, les aidantes principales qui prennent soin de leurs proches âgés dépendants n'échapperont pas à ce problème⁷⁵⁴, par exemple à l'occasion de la pause d'une couche ou à cause d'une odeur corporelle⁷⁵⁵. Selon l'état de santé des proches âgés, empêchés parfois de s'en occuper eux-mêmes, les aidantes principales doivent assurer la toilette, l'aide aux toilettes et changer les couches. L'odeur se diffusant, à l'intérieur du domicile, elles doivent aussi débarrasser la couche souillée. Comment réagiront-elles face à leurs proches âgés ?

1.1. Dégoût à l'égard des odeurs

Les aidantes principales ont exprimé leur sentiment déplaisant en raison de l'odeur des excréments de leurs proches âgés. En cas d'incontinence, et à cause de l'odeur, se pose le problème de la façon de se débarrasser des couches utilisées.

« Je lui achète un paquet de couches de la plus grande taille. Mais la couche une fois utilisée et jetée dans les WC, on sent la même odeur que dans les toilettes publiques. Alors on a acheté une poubelle qui coûte cher et qui fonctionne avec un double barrage contre l'odeur mais ça ne sert à rien. J'ai essayé d'allumer une bougie et de nettoyer avec de la javel mais ça ne sert à rien non plus. On n'arrive jamais à supprimer cette odeur d'urine... On n'arrive pas à dormir à cause de l'odeur. »^{Mme} Seo (belle-fille)

Selon C. Mercadier, face à une odeur désagréable, faire bonne figure réclame un moral très énergique, car les soins demandent d'imaginer les émotions du malade du point de vue global⁷⁵⁶. Par peur que sa belle-mère soit blessée,^{Mme} Byeon hésite à lui dire « ça sent », car l'odorat de sa belle-mère se dégrade de plus en plus. Elle déploie une stratégie prenant un prétexte pour ne pas lui imposer de culpabilité à cause de sa maladie.

⁷⁵² *Ibid.* p.36.

⁷⁵³ C. Mercadier, 2017 [2002], *op.cit.* p.173.

⁷⁵⁴ P. Miceli. 2013. *op.cit.*

⁷⁵⁵ L. Kennedy. 2010. *op.cit.* p.5. : Si la prise en soin d'un proche âgé dépendant semble identique à celle d'un enfant, L. Kennedy souligne que changer la couche sale d'un enfant de huit mois est bien différent que le faire pour une personne de quatre-vingt-dix ans.

⁷⁵⁶ C. Mercadier, 2017 [2002], *op.cit.* p.173.

« Le tempérament de ma (belle-)mère était doux. Mais comme ça fait déjà quatre ans qu'elle est malade, comment dire... elle tend à n'en faire qu'à sa tête. Elle ne m'écoute pas souvent. Avant, elle répondait « d'accord », mais maintenant, elle dit « non, j'aime pas ça ». Avec les bras paralysés, elle a des difficultés pour bouger toute seule, de sa chambre aux WC. Elle dort donc en mettant une couche, elle ne peut pas correctement sentir. Quand je lui dis « ça sent », elle me réplique « de quelle odeur tu parles ? ». Elle me fait des remarques à cause de cela. Elle n'aime pas se laver. Je lui demande « si votre corps pue, vous aimeront-ils au centre de jour ? », elle m'a dit « oui, ils m'aiment ». Je lui dis « ils ne vous aiment pas véritablement. Ils se moqueront de votre belle-fille qui ne s'occupe pas bien de vous. Je lui dis de façon légère ou avec humour qu'il faut être propre. Parce que j'ai peur qu'elle soit blessée si j'indique la stricte vérité. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

^{Mme} Park a peu de solutions pour éviter les conséquences de l'incontinence de sa belle-mère. En fait, elle s'inquiète de blesser sa belle-mère en manifestant de la répugnance, si bien que comme ^{Mme} Byeon, elle prend également un prétexte.

« Comme mes enfants sont adultes, ils ne peuvent pas s'exprimer de façon franche en disant que leur grand-mère pue. Alors je les ai vus acheter une bougie et l'allumer. Moi je nettoie chaque fois que j'entre dans les WC. Il y a un vase pour l'urine dans sa chambre, mais parfois elle défèque également là. Bien sûr l'odeur se diffuse dans toute la maison. Je lui demande doucement de ne pas faire ses besoins dans la chambre. Je prétexte que ça gêne mes enfants en expliquant qu'ils ne disent rien, mais qu'ils ont mis une bougie à cause de l'odeur. Je pense qu'il est préférable de prendre le prétexte de mes enfants, parce que si je lui dis directement « je n'aime pas votre odeur », elle sera vraiment vexée. Dans les WC, il n'y a pas de fenêtre. Donc je lui dis que comme il n'y a pas de fenêtre, ça sent le renfermé. J'aimerais bien que vous fermiez le couvercle de la cuvette. »^{Mme} Park (belle-fille)

Même si elle ne parvient pas vraiment à empêcher que sa belle-mère expulse ses excréments sous elle, la chose la plus répugnante pour elle est de laver les culottes souillées par des selles. Sa belle-mère, refusant de mettre une couche, considère ce rôle comme faisant évidemment partie de la charge de la belle-fille. À plusieurs reprises, ^{Mme} Park a cherché un moyen pour changer son comportement : lui demander de jeter la culotte souillée.

« Parce qu'elle a honte de mettre une couche, alors je lui dis que moi aussi je mets une couche. Malgré tout, elle ne la met pas la plupart du temps. Alors si elle fait ses besoins dans sa culotte par manque de temps, elle la met dehors [dans la corbeille du linge sale]. Mais moi je n'ai pas envie de la laver. Je ne pourrais pas faire autrement si elle ne se rendait pas compte. Mais elle en est consciente, ce qui fait que je ne comprends pas son comportement, en plus ça m'a mise en colère. Alors j'ai acheté beaucoup de culottes et je lui ai dit vous pouvez les jeter si vous faites vos besoins dans votre culotte parce que celles-ci sont moins chères que les couches. J'ai vu qu'elle en a jetées. J'ai l'impression qu'elle pense qu'il est légitime de me faire laver ses culottes parce que je suis sa belle-fille. Ça ne m'a pas plu qu'elle pense comme ça. Maintenant elle lave ses culottes qui n'ont pas de traces de selles. Je ne sais pas si c'est

parce que je lui ai dit de jeter les culottes... » ^{Mme} Park (belle-fille)

Par ailleurs, elle raconte l'épisode vécu à propos des odeurs de sa belle-mère.

« À un moment donné, ma brosse à dents avait une odeur particulière... j'ai compris qu'elle l'avait utilisée... Donc je lui ai donné à part un verre, sa brosse à dents et un dentifrice. [...] En fait, elle a une odeur tout-à-fait particulière parce qu'elle a pris beaucoup de médicaments. Ça pue vraiment quand elle respire. Elle respire en ouvrant la bouche. Je n'aime vraiment pas son haleine. Je ne peux pas dire à mon mari que ça sent mauvais à la maison. Alors je dis à ma belle-mère qu'il est bien de se brosser les dents avant de dormir pour lutter contre les dents cariés. Elle met seulement de l'eau sur ses cheveux. Je lui dis qu'il est agréable en été de se faire un shampoing. » ^{Mme} Park (belle-fille)

1.2. Facteur qui incite au placement en établissement

En cas de cohabitation depuis le mariage, les choses ne se passent pas de la même façon quand la santé de la belle-mère est bonne et lorsqu'elle se dégrade. ^{Mme} Kwak avait refusé une fois de prendre en charge sa belle-mère lorsque son état de santé ne lui permettait pas de faire ses besoins sans aide. De ce fait, après délibération avec la famille de son époux, le placement a été décidé. Toutefois, ce projet ne s'est pas réalisé.

Kwak : « Quand il y a deux ans elle ne savait plus aller seule aux toilettes, j'ai dit que je ne pouvais pas la garder à la maison et j'ai cherché un établissement. On était d'accord mais sa sœur (la sœur de sa belle-mère) a téléphoné à la belle-fille aînée en lui demandant de la prendre en charge. Alors ma belle-mère est allée chez son fils aîné. Mais enfin, après vingt jours, elle est revenue chez nous parce que la belle-fille aînée a annoncé qu'elle ne pourrait pas non plus la prendre et la soigner. »

Yoonji : Votre belle-mère devait être triste.

Kwak : « Ah non, ce n'est pas ça. Elle n'aime pas son fils aîné. Comme mon mari est *hyoza*, et qu'il peut faire tout ce qu'elle veut, elle voulait venir chez nous. Mais elle s'était rendu compte que je ne l'aimais pas... Alors mon mari m'a persuadée de la ramener. » (belle-fille)

L'état de santé de sa belle-mère s'est beaucoup amélioré, et, lors de l'entretien, elle pouvait aller aux toilettes elle-même. ^{Mme} Kwak nous a annoncé son intention de la placer à nouveau aussitôt que son état de santé se dégradera.

« Je ne veux plus vivre cette situation où elle fait ses besoins sous elle. Dans ce cas-là, elle devra aller en établissement. Je ne peux pas m'occuper de ça. Je n'arrive pas à bien respirer. L'aidante-soignante ne peut pas rester ici 24 h sur 24. Justement, dès que l'aide-soignante s'en va, ma belle-mère défèque. Lorsqu'elle a été opérée, ça m'a occasionné un gros coup de stress. Maintenant elle va mieux, mais prochainement... puisqu'on ne sait jamais avec la démence... Ce pour quoi je prie actuellement, c'est que sa santé se maintienne comme ça, en ne gênant pas les autres, puis qu'elle s'en aille là-haut. » ^{Mme} Kwak (belle-fille)

On peut supposer que plus les tâches sont lourdes, notamment les soins intimes et hygiéniques, plus la probabilité de placement en établissement augmente. Cette histoire montre qu'en cas de refus de la prise en charge, la responsabilité peut encore être confiée à la belle-fille aînée selon la norme sociale, pour un dernier recours avant le placement. Il est intéressant de noter que la sœur de la belle-mère de ^{Mme} Kwak a demandé à la belle-fille aînée de prendre le relais, mais n'a pas téléphoné au fils aîné. La tâche de s'occuper du parent âgé est considérée comme « réservée aux femmes », et les soins corporels semblent être naturellement imposés au même sexe.

Quant à ^{Mme} Chang, elle hésite beaucoup à décider du placement de sa mère en établissement à cause de ce problème des toilettes. Mais son cas est un peu différent, car elle tolère la situation, bien que l'odeur forte la gêne aussi. Elle se préoccupe toutefois du regard de sa propre famille vis à vis de laquelle elle éprouve désolation ou culpabilité.

Chang : « En fait je prépare le repas du matin pour mon fils qui va au travail. Il est sur le point de soulever son couvert mais ma mère défèque dans sa couche. Quelle odeur horrible... Moi je suis sa fille, donc je peux dépasser ce problème, mais ma famille n'est pas à ma place... qu'est-ce que c'est que ça... il doit manger avant d'aller au travail... Il me semble que c'est ça qui crée un malaise. C'est pour ça qu'on me dit souvent qu'il serait mieux de l'envoyer en établissement. »

Yoonji : « Votre famille exprime sa gêne par rapport à cela ? »

Chang : « Non pas vraiment... Ils disent juste que ça sent terriblement fort... Ils n'expriment pas leur gêne... C'est juste que j'ai cette impression... Vivre avec ma mère, c'est vraiment une guerre de longue durée. Je ne sais pas pour quelle raison les gens placent leurs proches âgés en établissement. L'odeur rend fou... Je me sens désolée pour mon mari et mon fils. Mais parfois je me demande pourquoi je dois me culpabiliser parce que j'ai pris soin de mes beaux-parents jusqu'à leur mort à la maison, ce qui me rend ma dignité, n'est-ce pas ? Pourtant, la réalité m'empêche de penser comme ça... »

Son discours illustre la tendance générale à trouver évident de prendre soin des parents de l'homme malgré les inconvénients, alors que ça l'est beaucoup moins pour les parents de la femme.

1.3. Rôle de l'affection dans l'acceptation des odeurs

Si les belles-filles ont tendance à se plaindre de s'occuper du problème de l'odeur de leurs belles-mères, les filles (mariées) se sentent plutôt désolées pour leurs propres familles. Pourtant, il semble que cela ne soit pas tout-à-fait figé. L'odeur peut être ressentie différemment selon l'image que les aidantes principales ont de leurs proches âgés, selon l'affection qu'ils leur portent. Contrairement à la croyance naturelle selon laquelle on peut distinguer dès la

naissance la bonne et la mauvaise odeur, J.-J. Rousseau dit que « la sensation vient de la nature ; la préférence ou l'aversion n'en vient pas »⁷⁵⁷. Au cours de la socialisation, l'odorat prend un caractère intellectuel, et autour de deux ans l'odorat, stimulé par l'imagination, permet de ressentir des différences qualitatives⁷⁵⁸. Par ailleurs, l'art et l'habitude peuvent permettre de se familiariser à une certaine odeur et de faciliter la sensibilisation à une autre odeur. Chez les hommes, les nouveau-nés reconnaissent l'odeur de leur mère. Cela concerne « l'expérience gustative et olfactive intra-utérine du fœtus au contact du liquide amniotique »⁷⁵⁹.

« Même si ma mère évacue des selles, ça ne sent pas du tout. Quand je prends l'ascenseur, je peux sentir l'odeur des excréments de certaine personne âgée à tel point que j'ai du mal à respirer. Ma mère fait des selles quatre ou cinq fois par semaine, mais ça ne sent pas du tout. »^{Mme Sun (fille)}

À la sensation olfactive, l'imagination et l'habitude, on ajoutera le rôle de l'affection pour la différenciation qualitative de l'odeur des individus. La mère aimera, dès sa naissance, la transpiration de son enfant, ses excréments⁷⁶⁰, les bruits qu'il émet. De la même façon, l'odeur de la mère sera facilement reconnue par l'enfant, et leur reconnaissance mutuelle renforce la passion ou l'affection qui anime la dyade mère/nourrisson⁷⁶¹. On peut en déduire que l'odeur des excréments de leurs propres mères ne dégoûte pas autant les aidantes principales. De plus, ces dernières ont déjà reçu le même type de soin de leurs mères pendant leur enfance⁷⁶².^{Mme Sun} met en avant l'affection comme l'élément le plus nécessaire pour la prise en soin du proche âgé.

« Quand on prodigue des soins, l'affection permet tout. Elle fait disparaître le sentiment de refus à l'égard de la personne soignée, comme si le relent n'existait pas du tout depuis le début. Comme l'odeur ne fait pas peur, y aura-t-il rejet ? Ma mère m'a élevée de cette façon avec amour, pour quelle raison dois-je être dégoûtée de ses odeurs ? Je ne me sens pas du tout dégoûtée. Je ne sais pas les autres, mais moi c'est comme ça. »^{Mme Sun (fille)}

L'affection de l'aidante principale pour ses parents peut ainsi empêcher le dégoût.^{Mme Kang} n'a pas senti de sentiment de rejet en nettoyant autrefois ce que son père a excrété, ni maintenant en changeant les couches de sa mère.

⁷⁵⁷ J.-J. Rousseau. 1974. *Lettre du 15 décembre 1763 au Prince de Wurtemberg in Lettre philosophiques*, Paris, Vrin, p.123.

⁷⁵⁸ A. Le Guéret, 1988. *op.cit.* p.258.

⁷⁵⁹ *Ibid.* p.45

⁷⁶⁰ Bien que ça puisse dépendre des mères...

⁷⁶¹ P. Cuyet. 2008. « La reconnaissance dans l'héritage », *Le Divan familial*, no.20, p.48.

⁷⁶² Du fait qu'à part Chang les autres filles sont soit célibataires, soit leur mère pouvait aller aux toilettes par elle-même, nous ne pouvons pas exactement comparer la réaction des filles mariées face à la tâche des toilettes. Toutefois toutes les filles mariées ont manifesté qu'elles étaient désolées pour leurs maris pour la cohabitation avec leurs mères. Nous pouvons en déduire cette analyse.

« Un jour, mon père a vomi tout ce qu'il avait mangé et émis une grande quantité de selles. J'ai tout rangé et j'ai lavé mon père. Pourtant, parce qu'il est mon parent, je n'ai pas pensé que l'odeur était forte. De la même façon, je ne sens pas particulièrement l'odeur quand je change la couche de maman. » ^{Mme} Kang (fille)

Nous avons remarqué que ^{Mme} Sun effectue des soins intimes beaucoup plus complexes que les autres aidantes principales. Sa mère, atteinte de la maladie d'Alzheimer, a une hernie de l'intestin, ce qui oblige ^{Mme} Sun à s'en occuper. Elle souligne le rôle joué par l'affection pour prodiguer ces soins.

« Depuis l'année dernière, elle a une hernie de l'intestin. Son intestin est descendu par son anus. [...] Quand l'intestin est sorti, je dois excaver la crotte collée à côté, puis le remettre à l'intérieur. Je le fais tous les matins et soirs. » ^{Mme} Sun (fille)

L'affection n'est pas réservée exclusivement à la relation entre mère et fille : elle peut aussi se manifester entre belle-mère et belle-fille. ^{Mme} Seong, cohabitant avec ses beaux-parents depuis son mariage il y a 21 ans, appelle sa belle-mère « maman ». Elle montre nettement son inquiétude sur l'hygiène corporelle de sa belle-mère si elle fait ses besoins sur elle.

« Parfois elle ne me dit pas qu'elle a fait ses besoins sur elle, je lui dis « maman, je t'ai déjà dit de me faire un signe si tu as fait tes besoins. Les selles sont devenues sèches et collées. Ça ne te fait pas mal à l'anus ? » Elle me dit « parce que je suis désolée... » Si elle me répond comme ça, ça me fait pleurer. Je lui réponds donc « pourquoi ? On a habité ensemble pendant plus de vingt ans. Si tu ressens de la peine, rétablis-toi vite ». » ^{Mme} Seong (belle-fille)

2. Soins d'hygiène intime « faire ou faire faire » ?

2.1. Tâche réservée aux aidantes principales

Quand les personnes âgées souffrent de difficulté d'accomplir seules la propreté corporelle, elles sont obligées de recourir à l'aide d'un tiers. Mais parce que le soin d'hygiène intime est une tâche très délicate à la fois pour les personnes aidante et aidée, elles ont l'habitude de recourir à leurs aidantes principales, ou à défaut, les personnes du même sexe⁷⁶³. ^{Mme} Chang, avant la prise en soin de sa mère, avait l'habitude de marcher tous les matins. Désormais elle n'oserait pas sortir comme elle le souhaite car elle ne sait pas à quel moment sa mère aura recours à elle pour l'aide aux toilettes.

« Je ne peux plus bouger. Normalement je marchais tous les jours à dix heures du matin, mais je ne peux plus le faire parce que je ne sais pas à quelle heure elle se réveille. Quand je sors,

⁷⁶³ P. Miceli. 2013. *op.cit.*

au milieu de la marche, mon mari m'appelle « elle va aux toilettes ». En fait il faut descendre son pantalon et sa culotte délicatement, sinon sa couche tombe. Mon fils n'est pas encore marié, ce qui fait que s'il voit une telle chose, ce sera un peu embarrassant... » ^{Mme} Chang (fille)

^{Mme} Chang s'est occupée de cette tâche depuis le début jusqu'à maintenant, sans demander l'aide des autres. Les aidantes principales tendent à préférer être le seul témoin de la situation d'indignité, et se sentent responsables de préserver la dignité⁷⁶⁴. ^{Mme} Chang se considère ainsi comme la responsable exclusive des soins à sa mère, parce que l'aide aux toilettes peut provoquer facilement chez les autres une répugnance, du fait des caractères des soins hygiéniques les plus intimes. L'idée de l'absence de savoir-faire des hommes pour mettre une couche empêche ^{Mme} Chang de leur demander une aide. À leurs yeux aussi, cette tâche a besoin d'un savoir-faire féminin⁷⁶⁵.

En ce sens, si les aidantes principales doivent être prêtes à effectuer les soins d'hygiène, même la nuit, il n'y a pas d'exception. Pour ^{Mme} Seong, s'il y a une dispute entre son mari et sa belle-mère, cette dernière passe la nuit sans dormir. Pourtant ce sera ^{Mme} Seong, préoccupée par l'idée des toilettes, qui n'arrivera plus à dormir.

« Mon mari et ma belle-mère se disputent souvent. Après une dispute entre les deux, elle n'arrive pas à dormir cette nuit-là. Elle est en larmes, chante un hymne, puis prie. J'entends tout. Je n'arrive même pas à m'endormir tandis qu'à côté de moi, mon mari ronfle, et dans la salle de séjour mon beau-frère ronfle (rire). D'ailleurs, si elle ne dort pas toute la nuit, je devrais l'accompagner aux toilettes. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

Il se peut que les proches âgés refusent l'aide des personnes ayant le sexe différent. Même si la maladie empêche les proches âgés dépendants de reconnaître leurs enfants, la différence des sexes subsiste toujours : la tâche des soins intimes est réservée aux aidantes principales.

« Si mes frères viennent, ils ne peuvent pas toucher maman. Ce n'est pas parce qu'ils ont peur de le faire, mais c'est maman qui refuse elle-même malgré sa maladie [d'Alzheimer]. En fait une fois, elle a vu son fils dormir sur le lit de ma mère, et elle s'est prudemment assise sur la chaise de la table à manger. Elle m'a dit qu'il y avait un homme qui dormait là-bas, l'homme inconnu en train de dormir... » ^{Mme} Sun (fille)

« À un moment donné, j'ai demandé à mon frère de prendre soin de maman quelques jours. Aussitôt il m'a répondu « comment faire pour les toilettes ? ». Même s'il est marié... C'est la raison pour laquelle elle ne peut pas aller ailleurs. Elle se sent à l'aise si je suis là parce qu'elle ne cherche que moi. » ^{Mme} Souk (fille)

⁷⁶⁴ F. Saillant et É. Gagnon. 2001. « Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches », *Lien social et Politiques*, no.46, p.59.

⁷⁶⁵ G. Laroque. 1999. « La toilette des personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, no.89, p.85-93.

2.2. Difficulté des soins intimes

Si les aidantes principales s'occupent presque exclusivement seules des soins intimes de leurs proches âgés, cela ne veut pas dire qu'effectuer cette tâche va de soi pour elles. Du fait du symptôme pathologique, de la pudeur ou de la culpabilité, les proches âgés ne laissent pas leurs aidantes principales agir facilement.

« Son symptôme de l'Alzheimer l'a rendue vraiment jeune. Quand j'ai changé sa couche, elle a résisté pour que je ne puisse pas enlever son pantalon. Elle m'a dit « madame, ne faites pas ça s'il vous plaît ». En fait, c'est la pudeur. Sa maladie se manifeste comme si elle est une jeune fille. Elle a accouché et elle a vécu longtemps, mais quand j'ai changé sa couche elle a éprouvé de la pudeur en me disant « madame, madame ne faites pas ça, s'il vous plaît ». »^{Mme} Geum (mère décédée)

Il est intéressant de noter que ^{Mme} Geum, qui travaille en tant qu'aide-soignante à l'hôpital gériatrique, trouvait étrange au début de prodiguer des soins intimes à sa mère, alors qu'elle n'avait pas de réticence pour les patients dans son travail. Voir la pudeur de sa propre mère l'a déconcertée d'une certaine manière.

« Voir la pudeur de maman, c'est énorme... j'étais embarrassée. Même si on est souvent allées ensemble au bain public... chaque fois que je devais m'occuper de ça, j'éprouvais bizarrement une réticence. Je n'étais pas à l'aise même si elle est ma mère. Apparemment, je suis habituée à prendre plutôt soin des autres personnes... Je n'en ai aucune idée. Jusqu'au bout, je n'ai pas pu m'adapter à ça avec ma mère. »^{Mme} Geum (mère décédée)

2.3. Expériences à l'égard des soins intimes des proches âgés ayant le sexe différent

Les soins intimes sont, dans la plupart des cas, réservés aux personnes ayant le même sexe que les proches âgés. Mais les aidantes principales que nous avons interrogées ont aussi l'expérience de soins intimes à leurs proches âgés ayant un sexe différent, père ou beau-père. Cela révèle que dans les soins intimes, les femmes sont toujours impliquées pour ce rôle. ^{Mme} Geum n'a pas hésité à dire que les femmes n'ont aucun sexe face aux soins intimes.

« Les femmes sont mères. Les mères donnent naissance à une fille mais aussi à un fils, ce qui fait qu'elles peuvent toucher tous, parce qu'elles sont mères. Elles peuvent toucher même leurs fils adultes. Pourtant, les pères ne le peuvent pas. Je ne sais pas parce que je ne suis pas homme. Mais parce qu'elles sont mères, parce qu'elles prennent soin avec l'affection, parce qu'elles sont femmes... Les hommes ne connaissent qu'eux-mêmes. Je trouve que les femmes n'ont aucun sexe. Elles ont l'amour maternel dès la grossesse. Elles tendent à protéger leurs enfants, tandis que les hommes ne sont pas pareils. J'ai vu plusieurs aides-soignants masculins, mais ils sont utiles pour les tâches qui demandent de la force. Mais pour changer de couche... il faudrait les femmes. C'est le cœur de mère. Les femmes prennent soin de leurs enfants jusqu'à la mort qui les en empêche. Elles prodiguent les soins aux

malades du fait de leur sentiment de responsabilité. Imaginez si un homme vient quand je m'allonge... » ^{Mme} Geum (fille)

Parmi les aidantes principales ayant ces expériences, certaines étaient habiles à persuader leurs pères ou beaux-pères de leur laisser faire les soins, même quand ils exprimaient leur réticence pour cette aide.

« Moi, j'ai demandé à mon père « toi tu m'as changé de couche quand j'étais petite ou pas ? », et il m'a répondu « oui ». Alors, j'ai dit encore « dans ce cas-là, c'est injuste. Pourquoi tu ne me montres pas tes fesses alors que tu as vu les miennes. Je vais les voir ». Il a rigolé, puis il m'a laissé faire. Je l'ai lavé et j'ai changé sa couche. En fait, on doit considérer le malade comme un malade. À mes yeux, il est le malade. » ^{Mme} Sun (fille)

« Quand j'ai pris mon beau-père en soin, il n'avait pas envie d'enlever son slip quand j'allais l'essuyer. Je lui ai dit « il y a des selles qui sont collées. Ça va. Enlève-le, s'il te plaît. » Alors, il l'a enlevé et je l'ai essuyé les selles aussi... En éprouvant de la honte, il s'est rhabillé avec hâte dès que j'ai terminé. Il avait de la pudeur devant sa belle-fille... Alors que lorsqu'il était en mort imminente, il n'a même pas pris conscience de la honte... N'importe qui ne peut pas regarder les proches âgés malades comme ça... il faut un cœur solide et il faut dépasser le temps des larmes. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

Par contre, si certaines autres ont vécu le sentiment d'embarras face à cette tâche imposée à un moment donné, c'était le cas des célibataires. ^{Mme} Souk ne parvient pas à imaginer qu'elle s'occupe des soins intimes de son père. Quand son père était dans une salle d'urgence à l'hôpital, une infirmière lui a demandé de récupérer l'urine de son père dans un vase de nuit.

« J'étais tellement étonnée que je lui ai dit malgré moi « quoi ? ». Papa m'a demandé de réveiller mon frère parce que je ne suis pas encore mariée. Pourtant mon frère s'endormait dans sa voiture parce qu'il était fatigué d'avoir conduit. Mon père ne voulait vraiment pas. Il semblait vraiment mal à l'aise de montrer... Finalement il s'est levé avec peine et il est allé aux toilettes. Je pense qu'il serait idéal que la femme s'occupe de la femme et l'homme s'occupe de l'homme. On m'a dit qu'il existe un cas où la belle-fille le fait pour son beau-père. Je pense que ce n'est pas évident avec un esprit normal. C'est un peu... Sinon ce serait possible de le faire avec une personne inconnue pour gagner de l'argent... » ^{Mme} Souk (fille)

C. Mobilité

Lorsque la santé des personnes âgées se dégrade, l'utilisation sans accompagnement des transports en commun ne conviendra plus ou sera très difficile. Dans ce cas, l'intervention d'aides humaines ainsi que matérielles, techniques ou technologiques, leur est nécessaire. Ces ressources peuvent déterminer pour les personnes âgées dépendantes leur « capacité

d'action »⁷⁶⁶. L'étude d'A. Daems et G. Nijs, montrant les expériences ordinaires de mobilité associées à celles du vieillissement, en se focalisant sur le cas de Daisy, souligne que l'action de se déplacer consiste en un ensemble de ressources : le corps de Daisy, celui de la personne qui l'accompagne, sa canne et les dispositifs techniques/matériels. Plus on avance en âge, plus on a besoin de types de ressources⁷⁶⁷. A. Daems et G. Nijs mentionnent le taxi social qui est un service destiné aux personnes qui éprouvent des difficultés de déplacement⁷⁶⁸. En Corée du Sud, le service public de transport spécialisé est principalement réservé aux personnes handicapées, sous le nom de « taxi pour les personnes handicapées » conformément à l'article 23 de la Loi de la protection sociale des personnes handicapées⁷⁶⁹. Toutefois, parce que l'utilisateur doit présenter sa carte de personne handicapée, les personnes âgées, ne la possédant pas mais ayant des difficultés de déplacement, ne peuvent en bénéficier⁷⁷⁰. Cela révèle que la Corée du Sud ne prend pas encore clairement conscience du droit de déplacement de cette population âgée. La politique actuelle met en valeur les soins des personnes âgées à domicile, non pas à l'extérieur. Selon P. Pochet, les décideurs politiques comptent sur le soutien familial pour le reste des activités quotidiennes des personnes âgées⁷⁷¹. Du fait de l'absence de service public généralisé pour le transport de cette population spécifique en Corée, les aidantes principales doivent emmener leurs proches âgés, par leurs propres moyens, notamment pour des soins médicaux.

1. Difficultés pour se débrouiller seule

Certaines aidantes principales sans voiture, sans permis de conduite ou sans l'aide de ceux qui en possèdent, sont contraintes de recourir à des transports en commun comme le métro, les bus ou le taxi. Elles soulignent leurs difficultés pour accompagner leurs proches âgés hors de la maison. La belle-mère de ^{Mme} Byeon n'est pas grabataire, mais elle marche difficilement, et s'épuise immédiatement. Pour pratiquer plusieurs examens médicaux de sa belle-mère, elles ont dû se déplacer en taxi mais certains chauffeurs ont refusé de les prendre, du fait que la distance à

⁷⁶⁶ A. Daems et G. Nijs. 2010. « L'expérience des déplacements quotidiens à mesure de l'avancée en âge », In Carboneille, S. *Penser les vieillesse*, Paris, Seli arslan, p.129-148, p.135.

⁷⁶⁷ *Ibid.* p.144-145.

⁷⁶⁸ Il est intéressant à noter que la population ciblée dans une localité wallonne en Belgique est variée : les personnes âgées, les mères célibataires, les demandeurs d'emploi et les personnes à mobilité réduite. (*ibid.* p.145)

⁷⁶⁹ C. Dumas remarque qu'en France aussi les services de transports spécialisés ont été organisés au début des années 70 pour les personnes handicapées. Au fur et à mesure, par la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances pour la population en situation de handicap, les Autorités organisatrices de transport ont développé le Transport des Personnes à Mobilité réduite (TPMR). C. Dumas. 2012. « Mobilité des personnes âgées », *Gérontologie et société*, vol.35, no.141, p.68.

⁷⁷⁰ À Séoul, ce service a été mis en œuvre avec 100 taxis spécialisés depuis 2003 et augmenté le nombre à 437 en 2016. Le coût est assez raisonnable : 1 500 won (1 euro) jusqu'à 5km en ajoutant 300 won (0,35 euros) par 1 km. https://www.sisul.or.kr/open_content/calltaxi/introduce/receipt.jsp

⁷⁷¹ P. Pochet. 2003. « Mobilité et accès à la voiture chez les personnes âgées : évolutions actuelles et jeux », *Recherche, transports, sécurité*, no.79, p.93-106.

parcourir était trop courte. Durant l'entretien, en poussant de profonds soupirs, ^{Mme} Byeon avait l'air d'éprouver un sentiment très pénible pour l'accompagnement à l'extérieur.

« Elle ne voulait pas marcher, même pas faire un pas parce qu'elle était fatiguée. Elle s'est effondrée par terre en me disant qu'elle ne peut pas marcher, même en danger de mort. Pfff... Je ne peux pas pour autant être en colère devant elle, n'est-ce pas ? Combien de taxis on a pris ce jour-là... Plusieurs conducteurs de taxi ont même refusé de nous prendre parce que nous n'allions pas loin. Elle n'a même pas pu traverser la chaussée. On a fait beaucoup de demi-tours en prenant les taxis... On est allées chez le psychiatre, chez l'échographe, à la pharmacie... Il y avait un tas d'exams à faire. J'ai beaucoup regretté à ce moment-là de ne pas savoir conduire. À la maison, je peux prendre bien soin d'elle tandis qu'en dehors... Si elle devient grabataire, ce sera pire. Chaque fois que je remarque que son état de santé s'est aggravé, je me sens vraiment de plus en plus mal. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Le manque d'aide à la mobilité fait porter un poids lourd sur les épaules des aidantes et les épuise facilement et rapidement au niveau moral. Malgré tout, elles sont contraintes de contrôler leur émotion et de se débrouiller jusqu'à ce que la tâche soit complètement effectuée. Si ^{Mme} Byeon a exprimé son inquiétude sur la santé de sa belle-mère, il est très intéressant de noter qu'elle envisage d'obtenir un certificat de soin palliatifs.

« Les personnes qui ne peuvent pas marcher ne peuvent pas aller à l'hôpital. On m'a dit que de nombreuses personnes sont décédées à cause de ça ... Alors, un service de visite de médecin avec une infirmière a été créé depuis peu de temps, mais cela va s'activer de plus en plus. Sinon, je m'inquiète si elle ne peut plus marcher. Il n'y a pas longtemps, j'ai pris une formation de soin palliatif en essai à l'hôpital où je travaille. J'hésite maintenant à obtenir le diplôme. Ce sera bien de le faire tant pour ma belle-mère que pour mon travail. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

^{Mme} Seong, sans propre voiture, a aussi besoin d'accompagner sa belle-mère, ayant une paralysie suite à un AVC. Même si le médecin habite à proximité de leur maison, il n'est pas évident pour ^{Mme} Seong de l'accompagner toute seule. Au début, son beau-frère l'avait aidée en les conduisant puis portant sa mère sur le dos jusqu'à l'intérieur du cabinet. Plus tard, ^{Mme} Seong a acheté un fauteuil roulant, car son beau-frère travaillait en journée. De ce fait, désormais elle accompagne sa belle-mère seule, en poussant le fauteuil roulant quand elle sort. Toutefois, il n'est pas évident de le faire avancer en montée. Toutes deux n'ont pas pu retenir leurs larmes au milieu d'une butte.

« Au début mon beau-frère l'a portée sur son dos mais j'ai proposé d'acheter un fauteuil roulant, alors on en a acheté un, puis c'est moi qui le pousse. En faisant l'aller-retour de la maison au cabinet du médecin traditionnel, je le pousse, mais j'ai l'impression que mes épaules se sont démisées. À un moment donné, nous voulions monter une butte et moi je l'ai poussée, mais ça n'a pas marché. Ça n'a rien bougé du tout. J'ai cru qu'il roulerait bien parce

qu'on descend bien avec ça. Pourtant dans cette petite colline-là, le fauteuil risquait de tomber vers l'arrière. Ça nous a fait pleurer toutes les deux au milieu de la butte. Un monsieur qui passait nous a trouvées pitoyables. Il est venu et nous a donné un coup de main pour monter jusqu'au bout. Il a dit « votre fille se donne beaucoup de peine ». Aussitôt, ma belle-mère lui a répondu « ce n'est pas ma fille, elle est ma belle-fille ». Elle était fière de montrer que sa belle-fille est très sincère. Je lui ai dit « comment peux-tu penser à dire ça dans cette situation-là ? » (rire) » ^{Mme} Seong (belle-fille)

Si ^{Mme} Byeon n'avait même pas de fauteuil roulant, ^{Mme} Seong a, pour autant, eu de la peine avec cet appareil. Elle exprime la nécessité d'un petit levier pour faciliter à l'accompagnement. Notons que la relation proche entre deux protagonistes est un facteur permettant de surpasser ce moment difficile en le partageant ensemble. Quand ^{Mme} Seong pousse le fauteuil roulant, sa belle-mère éprouve sa peine, et pleure. ^{Mme} Seong ressent ce sentiment affectueux à son égard, et éclate aussi en larmes. Cela fait partie du processus qui établit une relation profonde. La réaction de la personne aidée ou son expression de reconnaissance par la parole ou le geste, quelle qu'en soit la forme, aide à fonder une relation solide.

Quand ^{Mme} Sun devait prendre soin de ses deux parents en même temps, c'est elle qui devait les emmener à l'hôpital, alors qu'elle travaillait de son côté comme conducteur de taxi. Elle devait ajuster ses jours de congé, heureusement, son patron l'avait autorisée sans difficulté. Elle s'en est occupée toute seule même si elle avait trois frères et une sœur, elle était contrariée parce qu'elle avait parfois besoin de les emmener à l'hôpital jusqu'à cinq fois par mois. Et c'était pire de les accompagner quand elle n'avait pas sa propre voiture (le taxi appartient à l'entreprise de taxi).

« Quand je n'avais pas de voiture, je prenais le métro pour emmener maman à l'hôpital. Si le rendez-vous était à 9 heures du matin, on devait partir à 6h 30 de la maison. On devait prendre jusqu'à trois correspondances ! J'étais vraiment fatiguée moi qui suis plus jeune que mes parents, alors j'imagine à quel point ils étaient fatigués... Concernant mon horaire de travail, heureusement mon patron a bien compris ma situation. J'ai pu plus ou moins facilement l'ajuster. Par exemple si demain c'est jour de congé mais que le rendez-vous est après-demain, je pouvais l'expliquer à mon patron et il changeait l'horaire. Je n'ai pas pu solliciter mes frères et sœur parce qu'ils devaient travailler eux-aussi. Par contre je vois qu'ils font beaucoup de voyages... L'amour est à sens unique vers les descendants⁷⁷²... il est rare de trouver une personne comme moi. » ^{Mme} Sun (fille)

Les aidantes principales qui cohabitent ont presque toutes la responsabilité pour organiser et exécuter les soins, même si elles se trouvent dans la même situation que leurs fratries non-

⁷⁷² Cette expression se dit souvent lorsque l'enfant adulte montre une ingratitude à ses parents. Par exemple il refuse de prendre soin de ses parents tandis qu'il ne pense qu'à ses propres enfants.

cohabitantes, par exemple en activité professionnelle. Cela signifie que l'implication à l'aide ne concerne pas seulement la disponibilité du temps, mais surtout la conception que l'aidant échafaude de son rôle⁷⁷³.

2. Intervention des aides

Les proches âgés dépendants dans notre étude ne sont/n'étaient pas complètement incapables de marcher, mais ils peuvent/pouvaient bouger quand même à quatre pattes ou marcher en s'appuyant sur des meubles pour se déplacer à l'intérieur de la maison. Ou bien ce sont les aidantes principales qui sont leur appui. En dehors de la maison, dans la plupart des cas, le fauteuil roulant remplace le rôle des appuis. Et pour aller plus loin, plusieurs aidantes principales ont mentionné l'appel à un taxi ou l'aide de membres de leurs familles, qui n'habitent pas ensemble et donc viennent les conduire, surtout pour aller à l'hôpital ou à des événements familiaux. Mme Hyosun habite dans un premier étage (dernier étage). Notre entretien a eu lieu chez elle, et, même pour nous, il n'était pas facile de monter l'escalier parce qu'il est étroit et haut. C'est son frère qui vient pour les conduire jusqu'à l'hôpital, ce qui l'aide beaucoup.

« Quand on va à l'hôpital, mon frère vient nous chercher, parce qu'il y a l'escalier ici. Il la met sur son dos et descend et monte. Je n'arrive pas à imaginer comment me débrouiller seule s'il n'était pas là. Mais je vois que mon frère a l'air d'éprouver de plus en plus de difficultés parce qu'il vieillit aussi. Monter et descendre... » Mme Hyosun (fille)

Pourtant, même si un membre de la famille vient les chercher pour les conduire, cela ne semble pas suffisant pour la mobilité. La mère de Mme Souk n'a pas envie de sortir, du fait d'un symptôme d'Alzheimer. Mme Souk s'épuise, avant chaque sortie, pour la persuader qu'elles doivent sortir.

« Je n'ai pas acheté de voiture parce que ça coûte de l'argent, parce qu'il faut payer les impôts. C'est difficile de faire venir un taxi jusqu'ici parce que le chemin est un peu compliqué jusqu'à la maison. Mais c'est facile de faire venir un taxi *kakaotalk* en utilisant une application sur le smartphone. Mais ma mère ne sort pas souvent sauf pour aller à l'hôpital. De temps en temps on va chez ma sœur aînée ou dans un restaurant pour une réunion familiale. Chaque fois, elle s'amuse bien de voir venir un taxi. Si je lui dis « on y va », elle me dit « la voiture est arrivée ? ». Pourtant elle ne veut pas sortir en disant que l'on sort pour rien et que l'on en a pas besoin. Même si je me plie à son humeur, ça ne marche pas. Elle fait des histoires chaque fois qu'on doit sortir. Même pour Noël ou le Nouvel an lunaire. Mon frère attend en voiture dans la rue et crie de venir vite. Comment faire comme elle ne voulait

⁷⁷³ B. Da Roit et B. Le Bihan. 2009. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familialisation ou défamilialisation du care ? », *Lien social et Politiques*, vol.62, p.48.

pas. Pfff... »^{Mme} Souk (fille)

Chez^{Mme} Jong, il faut monter un petit escalier. Sa mère, fréquentant le centre d'accueil du jour, rentre par un mini autocar. Au début, c'était une aide-soignante du centre qui l'accompagnait jusqu'à la porte en montant l'escalier. Mais, depuis qu'elle a quitté son travail,^{Mme} Jong s'aperçoit que cet accompagnement de tous les jours était une tâche non négligeable pour réduire le poids pesant sur ses épaules.

« À un moment donné, j'avais vraiment envie de mourir avec ma mère à cause du stress, mais je n'ai pas osé descendre toute seule maman dans l'escalier. (rire) Maman ne peut pas bien marcher à cause de l'asthme. Pour sortir, elle utilise un fauteuil roulant. Dans la maison, elle marche à quatre pattes. Pour monter et descendre l'escalier, à quatre pattes aussi. Parce que ce quartier se situe dans une colline... En fait, une aide-soignante qui travaillait dans un centre d'accueil de jour était très gentille. C'est elle qui a accompagné maman jusqu'à la porte en montant même l'escalier pendant quatre ans, sans regarder s'il pleuvait et neigeait ou pas. Franchement, je considérais que c'était normal, mais après qu'elle a quitté son travail, sa remplaçante ne le fait pas. C'est moi qui doit faire ça. C'est trop fatiguant. »^{Mme} Jong (fille)

Même la plus petite intervention peut faciliter l'aide à la mobilité.^{Mme} Seong souligne l'importance de la solidarité familiale lors de la prise en charge d'une personne âgée dépendante.

« La prise en charge de ma belle-mère mobilise tous les membres de la famille vous voyez... On ne peut pas l'imaginer si on ne subit pas ça... Par exemple si elle doit aller voir son médecin, mon beau-frère conduit, et moi je l'amène dedans (clinique), la déshabille, la rhabille... Quand mon beau-père était vivant, il s'est aussi occupé d'elle l'après-midi. C'est vrai qu'on ne peut jamais savoir si on ne vit pas avec cette personne malade... Même pour l'instant, c'est déjà trop à supporter mais si j'imaginais qu'il n'y avait personne pour le faire ensemble.. horrible. »^{Mme} Seong (belle-fille)

D. Financement

Les ressources financières sont indispensables pour la prise en charge d'un proche âgé dépendant. Comme nous l'avons mentionné, le taux de pauvreté des personnes âgées coréenne atteint plus de 45 %, ce qui est dû à la mise en place tardive du système de retraite. On doit faire appel à l'aide financière des enfants. Notamment, lorsqu'un proche âgé dépendant est pris en soin par un de ses enfant sous le même toit, il convient que tous les enfants cotisent chacun pour la même somme, mais leur solidarité n'est pas forcément garantie. Selon J. Coenen-Huther *et al.*, concernant les relations financières dans la fratrie, même si les membres souscrivent au principe du même souci des parents et du partage du soutien à leur apporter, en pratique, ces conditions

sont rarement réunies⁷⁷⁴. En ce sens, selon A. Pitrou, les solidarités familiales ne sont qu'un mythe aujourd'hui et sont très limitées. La solidarité familiale est antidistributrice et conservatrice des inégalités et des handicaps, car « chacun donne ce qu'il peut, souvent avec une grande générosité, mais dans la stricte limite de ses possibilités »⁷⁷⁵. Parallèlement, J. T. Godbout souligne qu'en cas de prise en charge d'un parent âgé dépendant, « le principe d'équité l'emporte sur le principe d'égalité : chacun doit faire son possible, selon ses capacités »⁷⁷⁶.

Cependant, le principe équitable peut être impossible, car d'une part, la fratrie peut « laisser chacun faire « ce qu'il peut » sans contrôler la proportionnalité réelle entre les efforts et les disponibilités », d'autre part, chacun peut participer « au coup par coup, sans prendre trop de décisions à long terme et sans tenir de comptabilité exhaustive », (par exemple un seul membre continue à contribuer tandis que les autres participent temporairement quand il est nécessaire de payer une grande somme d'argent). Et il se peut que certain membre ne contribue jamais. Le rôle des positions statutaires dans la fratrie, surtout l'enfant aîné, peut être aussi concerné⁷⁷⁷. Pour J. Coenen-Huther *et al.*, si les injustices consenties constituent un « savoir-vivre relationnel » à travers lequel la solidarité de la fratrie peut être sauvegardée, c'est parce que cela donne les marges qui permettent à chacun de « rester dans le circuit des relations de la fratrie, quelles que soient ses dispositions à l'entraide »⁷⁷⁸. Toutefois, les personnes qui prennent en charge leurs proches âgés dépendants peuvent rencontrer des difficultés en cas de manque de ressources financières, surtout faute d'aide de la fratrie.

1. Absence d'aide de la part des membres de la famille

Nous avons remarqué que certaines aidantes principales se trouvent en difficulté financière, faute de l'aide des membres de leurs familles. Ce sont surtout les aidantes principales célibataires qui ont signalé ce point. ^{Mme} Geum, célibataire, dont la mère est décédée il y a deux ans, n'a pas osé solliciter l'aide financière de ses frères, qui lui avaient dit être également en difficulté. Pourtant, après le décès de sa mère, ^{Mme} Geum regrette de ne pas avoir recherché autant de moyens qu'elle le pouvait. Faute d'argent, elle avait peur du prix des traitements médicaux, si bien qu'elle n'a pas pu emmener sa mère à l'hôpital quand elle avait besoin de

⁷⁷⁴ J. Coenen-Huther, J. Kellerhals et M. von Allmen. 1994. *Les réseaux de solidarité dans la famille*, Lausannes, Réalités sociales, p.274-275.

⁷⁷⁵ A. Pitrou, 1996. « solidarité familiale, solidarité publique », In Le Gall D. et Martin C. (dir.) *Familles et politiques sociales. Dix questions sur le lien familial contemporain*, Paris, L'Harmattan, p.238.

⁷⁷⁶ J. T. Godbout. 2000. *op.cit.* p.25.

⁷⁷⁷ J. Coenen-Huther, J. Kellerhals et M. von Allmen. 1994. *op.cit.* p.276.

⁷⁷⁸ *Ibid.* p.289.

traitements médicaux.

« À sa mort, je lui ai dit je suis désolée de ne pas avoir bien pris soin de toi, maman, parce que je suis démunie, pardonne-moi. J'ai beaucoup pleuré. S'ils m'avaient aidée même un peu, ma mère aurait pu aller dans un grand hôpital. Si j'avais été judicieuse, j'aurais pu leur demander... Les frais médicaux et les soins étaient vraiment chers. Ma mère aimait l'hôpital, parce que dans la maison c'est calme tandis qu'à l'hôpital, les médecins et les infirmières vont et viennent sous ses yeux. Elle aimait ça et l'animation la distrayait beaucoup. Par contre, on m'a dit que ma mère avait de la chance parce qu'elle est morte à la maison. Quel enfant de la génération d'aujourd'hui pourrait garder ses parents malades à la maison jusqu'au bout. Enfin bon... Si je prends du recul, si j'avais été un peu plus avisée, j'aurais pu trouver l'occasion de l'emmener à l'hôpital malgré les difficultés financières. À cette époque-là, j'ai agi trop prudemment. En achetant moins de vêtements, j'aurais pu appeler une ambulance et faire en sorte que maman reçoive les traitements médicaux puis la ramener à la maison le jour même... C'était très simple mais j'avais peur à ce moment-là. » ^{Mme} Geum (mère décédée)

D'un point de vue général, il n'existe pas de mesure publique ou communautaire, à laquelle recourir s'il n'y a pas d'aide familiale. ^{Mme} Geum est restée seule dans une telle difficulté. Mais comme aide-soignante, elle a pu faire de son mieux pour sa mère tout en restant à la maison sans recourir à l'extérieur. ^{Mme} Kang, célibataire aussi, ne reçoit pas non plus d'aide financière de sa sœur ni de ses frères, du fait de leur difficulté financière. Elle précise qu'elle ne ressent pas de difficulté dans la plupart des actes de soin pour sa mère, mais que le seul problème, c'est le financement.

« Ce qui m'est le plus difficile, c'est le problème financier. Prendre soin de ma mère ne me cause pas particulièrement de problèmes, mais au niveau économique... cela m'est vraiment difficile. Quand ma sœur m'appelle, elle se dit désolée parce qu'elle ne peut pas m'aider. Au début elle m'a envoyé 100 000 wons (=70 euros) par mois, mais maintenant elle a des difficultés. Son mari est pasteur d'une église qui a ouvert récemment. Je la comprends. C'est plutôt moi qui devrais l'aider en ce moment. Puisqu'elle ne peut plus m'envoyer cette somme d'argent, il me suffit de dépenser 100 000 wons en moins. Quand je gagnais de l'argent, j'ai beaucoup dépensé. Je pense que l'on peut vivre à la mesure de sa situation. Je n'ouvre presque plus mon portefeuille maintenant. Mon frère aussi éprouve des difficultés financières. S'il en était capable, il aurait pris maman en charge. [...] Je dépense ce que j'avais gagné et mis de côté, mais j'en vois presque la fin. En fait nous avons une chambre supplémentaire. Un membre de notre église y loge, Son loyer nous aide un peu. » ^{Mme} Kang (fille)

Depuis la fermeture de sa boutique de massage, elle s'inquiète de plus en plus pour le financement. Il lui est devenue impossible de travailler au dehors en prenant soin de sa mère, alors elle gagne de l'argent en faisant ce qu'elle peut à la maison, entre autres l'aide-soignante

familiale⁷⁷⁹. Les situations de Mme Kang et Mme Geum montrent le point faible des femmes, célibataires, dont les ressources sont réduites par rapport aux personnes mariées. Elles sont obligées de se débrouiller par elles-mêmes, et elles se sentent d'autant plus isolées.

2. Répartition financière entre les membres de la famille dans une certaine limite

Si un membre de la famille remplit le rôle d'aidant principal sous le même toit, d'autres membres tendent à participer à la prise en soin par l'aide financière. La parentèle de Mme Jang est la plus solidaire de toutes les personnes interrogées. Les membres de la famille de son conjoint ont régulièrement cotisé pour la soutenir financièrement. Même après le décès de sa belle-mère, il n'y a pas eu de conflits dans la fratrie, et la somme d'argent cumulée a été utilement employée pour les événements familiaux.

« Tous les beaux-frères ont envoyé régulièrement chaque mois de l'argent sur le compte bancaire de ma belle-mère. Par ailleurs, mon mari leur a dit ne pas en envoyer... malgré ça, ils ont continué de verser 100 000 wons (=70 euros) par personne et par mois dès qu'elle est venue chez nous et jusqu'au mois de son décès... Je suis fière qu'ils n'aient jamais eu de conflits à propos de l'argent... Maintenant cet argent cumulé est utilisé comme *Gye*⁷⁸⁰ pour financer la vie des enfants à l'occasion d'une naissance, pour les frais de scolarité, pour un mariage, etc. » Mme Jang (belle-mère décédée)

Les frères de l'époux de Mme Seong participent eux aussi au frais des soins de leur mère à somme égale, tandis que le coût de la vie quotidienne est entièrement à la charge de la famille de Mme Seong.

« Mon mari et ses frères cotisent ensemble pour les frais de l'opération. Même si on ne se contacte pas souvent avec mon deuxième beau-frère, si une opération nécessite telle ou telle somme d'argent, et que je le lui dis, il nous envoie cette somme d'argent tout de suite sans plus de question. Et si je lui demande de payer les frais de médicaments, il envoie sa participation. Sinon, c'est nous qui nous occupons de tout le reste hors des frais des soins. » Mme Seong (belle-fille)

Parmi les personnes interrogées, il est rare que les membres de la famille, qui ne cohabitent pas, participent équitablement aux frais des soins de leurs proches âgés malades. Mme Byeon explique la difficulté financière de ses beaux-frères et belles-sœurs.

⁷⁷⁹ Nous aborderons ce point précisément plus tard, mais nous pouvons expliquer brièvement ce qu'est l'aide-soignante familiale. Un membre de la famille dont le proche âgé est bénéficiaire du système de l'Assurance de Soins de Longue Durée des Personnes âgées (ASLD) peut obtenir le titre d'aide-soignant après avoir suivi une formation et avoir réussi à un examen. Puis, cette personne s'inscrit en tant qu'aide-soignante professionnelle dans une association d'aide à domicile, par laquelle elle est rémunérée pour la prise en soin de son proche âgé, sous forme de « rémunération d'aide à domicile familiale » dans le système de l'ASLD.

⁷⁸⁰ *Gye*(*기예*) qui consiste à verser régulièrement une somme d'argent sur un compte qui peut servir soit à l'un des membres en cas de besoin, soit à financer une activité conviviale, un voyage ou un repas collectif, etc...

« Normalement mes beaux-frères et belles-sœurs doivent nous aider financièrement, mais ils ne peuvent pas le faire en raison de leurs difficultés. Pour prendre soin de quelqu'un, il faut de l'argent sans lequel on ne peut rien faire même si on est sincère et si on a de l'affection. Mes beaux-frères et belles-sœurs nous expriment leurs regrets parce qu'ils ne peuvent pas nous aider malgré leur souhait. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

Nous racontant ensuite l'histoire de sa collègue dont le père a financièrement assumé seul les frais de l'établissement pour sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer pendant 18 ans,^{Mme} Byeon souligne les limites de la répartition financière équitable dans une fratrie, et les conflits qui en découlent.

« En fait, j'ai une collègue dont le père a pris soin de sa propre mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. Lui, c'est le fils aîné. Et depuis l'âge de cinquante ans, elle avait cette maladie et elle a passé 18 ans à l'hôpital. La vie de son père... Il devait payer pour sa mère l'équivalent du salaire qu'il gagnait par mois. Pendant 18 ans. Imaginons, 1 000 000 wons (=750 euros) par mois pendant 18 ans... Il a des enfants mais il manque d'argent pour l'éducation de ses enfants... Il y a ses frères mais eux aussi rencontrent des difficultés financières... dans ce cas, il devait tout assurer, financièrement tout ! Alors, maintenant il est devenu vieux. Et sa fille a pitié de son père parce qu'il n'a pas vécu sa propre vie, il est devenu vieux en assumant seulement les soins de sa mère. Il n'a même pas fait de voyage, il n'est pas allé manger dans un bon restaurant... On peut prendre soin à court terme en payant telle somme d'argent. Mais 18 ans... Je pense que l'expression « il n'y a pas de *hyoza* devant la maladie de longue durée » ne s'énonce pas pour rien. Si les parents sont malades et que cela dure longtemps, on se dispute facilement. Dans la fratrie, quelqu'un est aisé, l'autre ne l'est pas autant. Le niveau de vie de chacun d'eux est différent. Si on gagne beaucoup on paye beaucoup, et si on gagne moins, on paye moins, ce n'est qu'un idéal. Il y a des familles qui s'organisent comme ça, mais on les trouve rarement. Dans la plupart des cas, on tend à souhaiter que chacun paye de façon parfaitement égale. Dans la réalité, si on se trouve dans une telle situation, on se dispute souvent entre frères et sœurs à cause de ce problème. Puis après le décès, les uns et les autres ne se voient plus. »^{Mme}Byeon (belle-fille)

Même si la population âgée dépendante s'accroît rapidement, le système public de la Corée n'assure pas une grande partie de la charge des soins à sa famille et peut donc la laisser se mettre en danger. Lorsque^{Mme} Chang avait pris en soin de sa belle-mère, avant la prise en soin de sa mère actuellement, tout l'argent que sa famille gagnait devait être versé pour les frais médicaux malgré l'aide des autres membres de la famille. Pour économiser, sa fille a soigné sa grand-mère pendant un an après avoir interrompu ses études.

« J'ai vécu avec mes beaux-parents depuis notre mariage jusqu'à leur décès. Ma belle-mère avait des complications du diabète. Elle s'est faite opérer d'un glaucome aigu mais elle a perdu la vue. Elle était traitée sous rein artificiel trois fois par semaine pendant huit ans. À cette époque-là, la sécu ne les a pas acceptés. Les autres nous ont envoyé de l'argent mais ce n'était pas du tout suffisant. Ce qu'on avait gagné était entièrement versé pour les soins. Elle

ne pouvait pas marcher à cause de l'arthrite. Son état s'est amélioré suite aux traitements sous rein artificiel. Je pense que le grand hôpital est le meilleur. Pourtant elle a été hospitalisée pendant un an mais les frais des soins étaient hors de notre capacité. Mon mari avait travaillé en commerce et mon fils aussi a travaillé, ils ne pouvaient pas plus. Le ménage du frère aîné de mon mari n'avait pas le temps. Ma fille était en 1^{ère} année de licence, mais elle a posé une demande d'interruption des études pendant un an. C'est elle qui a été au chevet de sa grand-mère. Après un an, puisque ma fille devait retourner à l'université, elle a été placée dans un autre hôpital plus petit. Mon dieu, elle m'a suppliée des yeux de ne pas la placer, je n'ai pas osé la regarder. En un seul mois après le placement, elle est décédée. » ^{Mme} Chang (fille)

Il est intéressant de noter que la faible intervention publique active la solidarité familiale. Mais cela demande aux familles une réorganisation de leur vie personnelle, comme la fille de ^{Mme} Chang. La faible solidarité familiale est un facteur qui mène à se résigner au placement en établissement.

« Si une famille a de l'argent, elle peut envoyer en établissement en bonne qualité. Par contre nous, si notre famille envoie maman, l'institution où nous pouvons l'envoyer, coûte 600 000 wons (=440 euros). Certains de ma fratrie n'ont pas de l'argent. Mon frère aîné travaille comme taxi. Dans ce cas-là, il lui est difficile de payer même 200 000 wons (148 euros). Moi aussi je dois payer. Mon petit frère ne travaille pas. Même si chacun des membres de la fratrie devait payer 200 000 wons, et si certains ne peuvent pas payer ce mois-ci, ça continuera. Ce ne sera pas un ou deux mois. C'est un problème si on n'a pas d'argent. On peut penser que 200 000 wons ne sont pas beaucoup. Mais pour nous, c'est difficile. Même si on devait payer 100 000 wons (74 euros), mon frère aîné a presque 70 ans. A-t-il de l'argent ? Il va demander à ses enfants. Si une personne ne paie pas ce mois-ci, ce serait bien qu'elle rende ensuite ce qu'elle n'a pas payé et ce qu'elle doit payer le mois prochain. Mais si elle ne paie pas tout ensemble, c'est moi qui doit combler le déficit. Comment je peux le combler ? Mon mari ne travaille pas même s'il n'a pas d'argent. Je ne peux pas demander à mon mari de travailler. Il ne prend même pas conscience de la nécessité. C'est moi qui dois me débrouiller. Ça me prend la tête. » ^{Mme} Chang (fille)

La ressource financière est un facteur indispensable pour prendre soin d'un proche âgé malade. Les discours suivants le montrent bien.

« Auparavant, je ne comprenais pas les gens qui abandonnent leurs parents. Je me suis dit qu'ils seraient punis par le Ciel... Pourtant, en voyant les patients à l'hôpital de soin, je pourrais presque les comprendre... parce qu'ils ne devaient pas avoir d'autre solution que celle-là... Même si on a l'intention de prendre soin de son proche, mais que l'on ne peut pas mener sa propre vie sainement, le proche impose une charge trop lourde. Dans ce cas, même si ses parents lui ont donné la vie... Enfin bon, certains ne prennent pas soin de leurs parents même s'il ont de l'argent. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

« Quand on prend soin d'un parent, mais que l'on n'a pas d'argent, on se dispute facilement. Mon mari dit qu'il comprend les gens qui abandonnent leurs parents. Oui c'est vrai, comment faire si on n'a rien... Ce n'est pas que de tels gens sont ingrats. » ^{Mme} Seo (belle-fille)

CHAPITRE 2. DESEQUILIBRE INDIVIDUEL

Si l'individu en tant qu'être social existe en relation avec les autres, l'être humain ne cessera de se poser des questions à la fois sur lui-même et sur les autres, ou sur le monde avec lequel il est en interaction. Il s'agit d'interrogations sur l'altérité et l'identité. Selon le dictionnaire, l'identité est le « caractère de ce qui est un ». Elle signifie d'une part être semblable à d'autres et donc former un groupe d'êtres semblables, tout en restant distincts des autres groupes. D'autre part, l'identité est un caractère unique qui permet d'être distingué des autres à l'intérieur du groupe. L'identité d'une personne permet de comprendre qui je suis et qui tu es. De ce fait, la question de l'identité ne peut pas être dissociée de celle de la différence, donc de l'altérité. L'autre possède à la fois des caractères identiques aux miens et différents des miens : il me ressemble et il est un moi mais qui n'est pas moi, il s'agit de mon alter-ego⁷⁸¹.

Selon M. Buber, « toute vie véritable est rencontre »⁷⁸². L'identité ne peut être construite que par l'existence d'un autre ou d'autres, l'échange avec les autres, et sous le regard des autres⁷⁸³. L'altérité est une conception dialogique de la relation *Tu-Je*. Cela entraîne à « créer, dans la réciprocité qui est la source de la rencontre, une relation à l'« Autre » qui permet sa reconnaissance dans l'altérité »⁷⁸⁴. Si on admet que l'individu est acteur et sujet dans la relation avec les autres ou le monde, il a deux manières de les « rencontrer » : dire *Tu* ou *Cela*. D'après M. Buber, il y a donc deux relations fondamentales : *Je-Tu* et *Je-Cela*.

« Dire *Tu*, c'est n'avoir aucune chose pour objet. Car là où il y a une chose, il y a une autre chose, chaque *Cela* confine à un autre *Cela*. *Cela* n'existe que parce qu'il est limité par d'autres *Cela*. Mais dès qu'on dit *Tu*, on n'a en vue aucune chose. *Tu* ne confine à rien. Celui qui dit *Tu* n'a aucune chose, il n'a rien. Mais il s'offre à une relation. »⁷⁸⁵

La relation *Tu-Je* souligne l'« entre » du *Tu-Je*, et cela est plus important que l'un et que l'autre. C'est l'« entre » du *Tu-Je* (autrement dit l'intervalle entre le *Tu* et le *Je*) qui apparaît comme l'authenticité, la rencontre et le dialogue⁷⁸⁶. Ainsi, le processus de construction de l'identité et de l'altérité conduit l'individu à la fois à se définir lui-même et à définir l'autre. Cela influence l'édification d'un soi social, comme la socialisation et l'individualisation. La culture caractérisant une société donnée influence la construction de l'identité de chaque individu qui la

⁷⁸¹ P. Colin 2001. « Identité et altérité », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, no. 9, p.54-55.

⁷⁸² M. Buber. 1969. *Je et Tu*, traduit de l'allemand par G. Bianquis, Paris, Aubier, p. 19.

⁷⁸³ J.-C. Kaufmann, *Conférence en ligne*, <http://www.youtube.com/watch?v=8L7nonjxbiE> (Consulté le 10/04/2015 à 13 :05)

⁷⁸⁴ J. F. Valero. 2011. « Questions d'altérité », *Pensée plurielle*, no.28, p.33-40. p.35.

⁷⁸⁵ M. Buber. 1969. *op.cit.* p.21.

⁷⁸⁶ J. F. Valero. 2011. *op.cit.* p.35.

constitue. Il est socialisé par cette culture incorporée à l'ensemble des connaissances transmises et apprises de génération en génération dans cette société, telles que la tradition, l'art, les croyances, la morale, les coutumes, la ligne de conduite⁷⁸⁷. Toutefois, elle ne peut pas déterminer entièrement l'identité de l'individu. En effet, même si plusieurs personnes vivent dans le cadre d'une même culture, chacune vit de façon singulière et avec des ressources différentes. Elles disposent d'une marge de liberté de choix selon le sens que chacune donne à plusieurs expériences et relations vécues : « La vie quotidienne se présente elle-même comme une réalité interprétée par les hommes et possédant pour ces derniers un sens de manière subjective en tant que monde cohérent »⁷⁸⁸.

La co-présence permet aux individus d'avoir « le sentiment d'être assez près pour être perçus dans tout ce qu'ils font, y compris leur expérience des autres, et assez près pour être perçus en tant qu'ayant ce sentiment d'être perçus »⁷⁸⁹. L'endroit le plus fondamental de la co-présence sera la maison. F. de Singly montre dans son ouvrage *Libres ensemble* une vie à soi et une vie commune à travers une vie en couple dans un espace commun, la maison. Il distingue le fait d'être dans un espace commun de celui d'avoir du temps en commun. En effet, l'« être ensemble » ne signifie pas forcément le « faire ensemble », chacun peut rester dans la même pièce tout en faisant des activités différentes⁷⁹⁰. L'auteur, remarquant que les partenaires, lors de leur installation à la maison, sont davantage ensemble mais font de moins en moins ensemble, souligne que « l'individu manifeste son appartenance au groupe tout en s'affirmant en tant qu'individu particulier »⁷⁹¹. Chacun aspire à rester lui-même en maîtrisant son existence, ses propres rythmes sans entrave, alors que le partage du logement ne le permettra pas facilement⁷⁹², du fait qu'il impose « une contrainte forte dans la mesure où il se confond avec le faire ensemble »⁷⁹³. Ainsi, le soi « avec » peut masquer le soi « seul » et vice versa⁷⁹⁴. En ce sens, la cohabitation risque de créer des empiètements (formes d'excès d'oubli de soi et de l'autre) et des évitements (formes d'excès de protection de soi)⁷⁹⁵.

De ce point de vue, nous pouvons supposer que la situation qui oblige les aidantes principales à être préoccupées par la prise en soin les entraîne à subir un déséquilibre individuel : « les

⁷⁸⁷ C. Le Grand-Séville. 2010. « Douleur et soins. Altérité sociale et culturelle », dans Hirsch, E., *Traité de bioéthique*, ERES « Poche - Espace éthique », p.460.

⁷⁸⁸ P. Berger et T. Luckmann. 2014 [1966]. *op.cit.* p.70.

⁷⁸⁹ A. Giddens. 2012 [1984]. *op.cit.* p.117.

⁷⁹⁰ F. de Singly, 2005. *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune*, Armand Colin, p.125.

⁷⁹¹ *Ibid.* p.128-129.

⁷⁹² J.-C. Kaufmann. 2012. *Quand Je est un autre*, Fayard/Pluriel, p.40.

⁷⁹³ F. de Singly. 2005. *op.cit.* p.133.

⁷⁹⁴ *Ibid.* p.173.

⁷⁹⁵ *Ibid.* p.130.

personnes aidantes se trouvent à cette charnière entre aspiration à l'autonomie et reconduction d'une forme de filiation. Les femmes aidantes sont plus que les hommes représentatives de l'expérience de cette contradiction »⁷⁹⁶. Nous aborderons tout d'abord les conséquences visibles survenues aux aidantes principales suite à la prise en charge, tel que le mode de vie et l'état de santé, puis les conséquences internes liées à l'identité. Nous verrons qu'elles s'efforcent en même temps de chercher l'équilibre face à la crise d'identité en mobilisant des ressources disponibles.

A. Vivre la vie pour autrui

Selon D. Le Breton, « le corps est le lieu et le temps où le monde se fait homme immergé dans la singularité de son histoire personnelle, dans un terreau social et culturel où il puise la symbolique de sa relation aux autres et au monde »⁷⁹⁷. Du point de vue sociologique, les corps sont « des modalités physiques de la relation au monde de l'acteur. [...] L'acteur demeure incarné. Toute activité sollicite une mise en jeu du corps »⁷⁹⁸. Par l'approche phénoménologique, le corps est le sujet percevant, donc les expériences sont vécues à travers « mon corps » : « le corps n'existe pas à l'état naturel, il est toujours saisi dans la trame du sens »⁷⁹⁹. Si mon corps se situe dans le monde et si mon corps perçoit le monde vers lequel il est ouvert, le corps se perçoit également lui-même en tant que sujet percevant. Pour Merleau-Ponty, le corps percevant est rendu possible par l'émergence de la jonction de l'être (je suis mon corps) et de l'avoir (j'ai un rapport à lui)⁸⁰⁰. Pourtant, quand le corps s'ouvre au monde, il ne peut pas lui-même être perçu, mais il s'efface pour laisser place au monde⁸⁰¹. Cela signifie que dans la vie quotidienne, le corps est tantôt présent tantôt absent selon les différentes situations de la vie : « le corps est une fiction »⁸⁰². Par exemple quand on met des lunettes pour la première fois, on se sent bizarre, lourd et les yeux encombrés et on ressent des maux de tête. Dans ce cas, le corps n'est pas encore tout à fait ouvert aux lunettes. L'individu perçoit son corps par une confrontation corporelle et cherche à s'y adapter. Plus tard, on devient à l'aise avec les lunettes comme si elles faisaient partie du corps (à tel point que l'on cherche parfois ses lunettes en les portant sur les yeux). Dans ce cas, le corps est en retrait en se mettant dans sa peau. De ce fait, le corps surgit lors d'une nouvelle expérience qui provoque une

⁷⁹⁶ M. Membrado. 1999. *op.cit.* p.128-129.

⁷⁹⁷ D. Le Breton. 2018 [1992]. *La sociologie du corps*, « Que sais-je ? », PUF, p.39.

⁷⁹⁸ *Ibid.* p.41.

⁷⁹⁹ *Ibid.* p.37.

⁸⁰⁰ M. Merleau-Ponty. 1971. *La Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard, 1971.

⁸⁰¹ M. Winance. 2007. « Du malaise au « faire corps » : le processus d'ajustement », *Communications*, no.81, p.33.

⁸⁰² D. Le Breton. 2018 [1992]. *op.cit.* p.36.

confrontation ou une douleur : « elle fait mal, envahit le sujet : le corps, qui était absent, s'impose à lui, mais il le perçoit comme ce qui n'est pas lui, comme un « ça » qui lui est étranger. La douleur provoque un écart entre un corps-sujet (qui perçoit) et un corps-objet (qui est perçu) »⁸⁰³.

Pour les aidantes principales, la prise en soin de leurs proches âgés est une expérience qui conduit le corps à surgir. Celles-ci chercheront en vain à s'y adapter. Plus les aidantes principales prennent soin de leurs proches âgés, plus des changements apparaîtront au niveau corporel ainsi que comportemental.

1. Disparition de la vie personnelle

1.1. « Je souhaiterais pouvoir me dédoubler »

Lorsque les aidantes principales doivent s'occuper d'autres membres de leurs familles en même temps que leurs proches âgés dépendants, elles mettent l'accent sur des difficultés spécifiques.

« Je ne m'occupe que d'elle. Je n'ai pas le choix. Si elle était en bonne santé, je n'aurais pas cette impression mais la réalité, c'est ça... Ce qui me contrarie, c'est que j'ai ma famille à charge ; bien sûr que tous sont adultes mais en tant que mère et épouse, j'ai des tâches à assumer pour eux. Je souhaiterais pouvoir me dédoubler. »^{Mme Seong (belle-fille)}

« Je conduis plus de 100 km par jour. Pour emmener mon mari (au boulot) et ma mère (au centre d'accueil de jour) tous les matins, puis chercher ma mère tous les soirs. Ça me fatigue. Le soir je ne peux pas boire d'alcool parce qu'il faut aller chercher ma mère. Ça m'est difficile. Parce que je dois attendre sans rien faire... Parce que j'ai de l'âge, une fois assise, ça m'est difficile de me relever. »^{Mme Sun (fille)}

Si les aidantes principales doivent prendre soin d'une autre personne qui a besoin d'aide comme un enfant mineur ou leurs petits-enfants ou un autre membre malade de la famille, ou encore si elles sont dans un état de grossesse, le stress ou la tension augmente davantage⁸⁰⁴.^{Mme Jong} s'occupe de temps en temps de son petit-fils de trois ans mais chaque fois qu'elle doit surveiller les deux personnes ensemble, elle n'en peut plus.

« Comme elle est là, je ne peux pas bien m'occuper de mon petit-fils. Il rentre de la crèche et elle revient du centre d'accueil de jour à la même heure. Si je m'occupe de lui ne serait-ce que trois heures, ils me rendent folle parce que tous les deux ont le même niveau de capacité cognitive. Elle ne sait rien. Je manque de perdre l'esprit s'il vient. »^{Jong (fille)}

Si prendre soin d'un malade est déjà une lourde tâche pour l'aidante principale, s'occuper en

⁸⁰³ M. Winance. 2007. *op.cit.* p.34.

⁸⁰⁴ H. S. Lee. 1993. « Family caregiving process for older parents », *Journal of Korean home economics association*, vol.11, no.1, p.48.

même temps de deux malades est particulièrement difficile, comme dans le cas de ^{Mme} Rye dont la mère est atteinte de la maladie d'Alzheimer et le mari opéré du cerveau et de la gorge. Compte tenu de son âge, 71 ans, apporter les soins nécessaires à ces deux personnes malades n'est pas évident.

« Je dois prendre soin de deux malades en même temps. Mon mari a 74 ans mais je reconnais parfois qu'il manifeste le symptôme de la démence mais c'est quand même mieux que les symptômes de ma mère. » ^{Mme} Rye (fille)

^{Mme} Seong, malgré sa grossesse, a dû continuer à jouer le rôle d'aidante principale comme d'habitude. C'est son beau-père qui était aidant principal, mais quelques années plus tard il est tombé malade et a été hospitalisé. Pour s'occuper de ces deux personnes, ^{Mme} Seong enceinte a fait le va-et-vient de l'hôpital à la maison. Sa grossesse n'a pas été une condition suffisante pour alléger ses responsabilités.

« Mon beau-père a été hospitalisé un an à cause du cancer du pancréas. C'est moi qui lui a prodigué les soins en me rendant à l'hôpital tous les jours, en m'occupant aussi de ma belle-mère et en étant enceinte. Tout le monde s'en fichait... enfin, sinon il n'y avait personne... En rentrant de l'hôpital, j'ai continué à m'occuper des deux jusqu'au décès de mon beau-père. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

1.2. « Ma vie personnelle a disparu »

La plupart des personnes interrogées disent n'avoir pas assez de temps pour profiter de leur vie personnelle à cause des soins à donner à leurs proches âgés. Dans la plupart des cas, ces femmes ont manifesté le besoin de jouir de temps libre pour elles-mêmes, et de pouvoir profiter de loisirs. En fait, il leur manque une « coulisse ».

« Je n'ai pas de temps pour moi. Je me sens comme si j'étais née pour me sacrifier pour elle. Quand je sors, il me faut rentrer le plus vite possible dès que mes affaires sont terminées. » ^{Mme} Ha (belle-fille)

^{Mme} Rye qui s'occupe de deux malades, son mari et sa mère, même si elle recourt à une aide-soignante lorsqu'elle a besoin de sortir, affirme que sa préoccupation pour ces deux personnes reste permanente.

« C'est le principe. Que j'aille n'importe où, je suis inquiète et je ne suis pas à l'aise car je pense à eux... Lors d'une fête familiale, dans un restaurant je ne peux pas manger tranquillement en les laissant seuls, surtout ma mère. Une fois, il y avait un mariage dans une autre ville et j'étais en train de manger. Mais l'aide-soignante qui s'occupe de ma mère m'a appelée et m'a dit qu'elle avait disparu. J'ai tout arrêté et je suis vite rentrée. Un moment plus tard, elle m'a rappelée pour me dire qu'elle l'avait retrouvée. C'est comme ça si je ne suis pas avec elle. » ^{Mme} Rye (fille)

M^{me} Souk doit s'allonger à côté de sa mère quand celle-ci a envie de dormir. Elle a essayé de se lever afin de profiter d'un temps qui lui soit propre, mais sa mère s'est levée en la poursuivant.

« Même le matin je dois rester à côté d'elle jusqu'à ce qu'elle se réveille parce que dès que je me lève, elle se réveille tout de suite. [...] La personne qui prodigue les soins se sent vraiment mal. Même en cohabitant, moi aussi je devrais avoir des moments de joie et je devrais pouvoir faire mon travail et ce que je veux, mais je ne peux même pas sortir. Je ne peux pas faire marcher mon affaire. » M^{me} Souk (fille)

M^{me} Moun, lorsque nous lui avons posé la question : « comment passez-vous votre temps, quand vous ne vous occupez pas de votre mère ? », avait l'air mécontente comme si nous ne comprenions rien à sa situation. Pendant l'entretien, sa mère l'a appelée plusieurs fois pour savoir quand elle rentrait, et elle lui a répondu chaque fois de façon gentille et affectueuse. Toutefois elle n'a pas pu s'empêcher d'exprimer la nécessité d'avoir du temps pour elle-même, tout en ayant conscience que la réalité ne lui en laissait pas la possibilité.

« Je ne fais que prendre soin de ma mère 24 heures sur 24 ! J'étouffe. Parfois, ça me met en colère. Mais comment puis-je faire autrement... Même si j'ai envie de voir mes amies, nous n'habitons pas assez près bien que nous soyons toutes à Séoul. Donc je leur ai dit que je ne peux pas bouger et laisser maman. » M^{me} Moun (fille)

De la même façon, M^{me} Hyosun doit se résigner à ne pas avoir du temps pour elle, bien qu'elle y aspire. Il semble que la prise en charge de sa mère l'ait conduite à vivre de façon apathique. Elle a répondu avec sang-froid.

« Pas de vie personnelle, ce qui fait que je me sens de plus en plus apathique. Pas de sentiment de bonheur ni de joie. Je le fais juste comme ça. Franchement je souffre d'un sentiment de contrainte. [...] J'ai complètement arrêté mes loisirs parce qu'il faut respecter l'heure où ma mère prend les médicaments. » M^{me} Hyosun (fille)

1.3. « Je me renferme sur moi »

Le repli sur soi et la baisse de sociabilité renvoient à des mécanismes sociologiques, comme la conséquence d'un moindre engagement dans des activités⁸⁰⁵. V. Caradec montre que des veuves, après le décès de leurs conjoints, éprouvent une perte d'énergie vitale et un manque d'envie, ce qui fait qu'elles se trouvent engagées dans un processus de déprise. La majorité des personnes interrogées a manifesté l'impossibilité d'avoir des loisirs et a tendance à s'en déprendre. De même, elles évitent de rencontrer des amis et rentrent le plus vite possible à la maison. M^{me} Chang indique qu'elle rencontre le moins possible de personnes extérieures parce qu'elle préfère se réfugier en elle-même pour s'occuper de sa mère. Il en va de même lors des rares rencontres

⁸⁰⁵ V. Caradec. 2007. « L'expérience du veuvage », *Gérontologie et société*, vol.30, no.121, p.183.

qu'elle accepte.

« Tous mes amis habitent à Séoul. Je ne peux pas faire de nouvelles connaissances parce que je n'ai pas de temps à leur consacrer. En fait, c'est moi qui ai tendance à me renfermer sur moi-même. Je ne vais pas souvent à Séoul⁸⁰⁶. Même si je les vois, dès qu'on finit un repas avec mes amies, je rentre à la maison en prétextant les soins de ma mère. Normalement après le repas, on va dans un café et on discute... J'aurais pu faire ça comme les autres mais... je me renferme sur moi-même. Je suis amenée à faire comme ça. Tant pis malgré tout... »^{Mme Chang (fille)}

Elle a fait le choix de se résigner à ce changement de caractère dont elle prend bien conscience. Pour elle, tout ce qui ne concerne pas les soins de sa mère n'est pas une priorité, même si c'est dans son propre intérêt. Il se peut aussi qu'elle se sente mal à l'aise avec ses amis qui ne vivent pas la même situation qu'elle et n'ont donc pas les mêmes sujets de conversation. Tandis que le phénomène de déprise ou d'emprise dépend de la volonté de l'individu, le sentiment de mise à distance du monde semble venir surtout du monde lui-même⁸⁰⁷.^{Mme Chang} ne se sent pas appartenir au même monde que ses amis. Ce monde s'éloigne d'elle.

Dans la même ligne,^{Mme Seo} manifeste plus fortement que les autres personnes interrogées son souci pour sa belle-mère en tant que belle-fille et aidante principale.

« Dans mon travail, je pourrais aller manger avec mes collègues mais je ne me sens pas libre. Ce n'est pas que je ne peux pas ni qu'on m'oblige non plus mais c'est de moi-même. S'il y a un évènement officiel, on le prévoit, donc j'avertis ma belle-mère. Mais si quelqu'un propose spontanément d'aller manger dans un restaurant, je n'ai rien préparé à la maison... alors je refuse. J'ai tendance à faire comme ça. Le sentiment de contrainte. »^{Mme Seo (belle-fille)}

Pourtant, l'embarras suscité par le regard des autres peut aussi être envisagé comme une composante des conduites de « repli »⁸⁰⁸.^{Mme Seo} se soucie du regard de sa belle-mère, censée mettre en doute le comportement de sa belle-fille.

« J'ai l'impression que ma belle-mère suppose que je rentre tard parce qu'elle ne me plaît pas... C'est possible qu'elle pense comme ça même si elle ne me dit pas ce qui lui déplaît dans ma façon de faire. Elle ne l'exprime pas. Toutes les deux on se contente de le ressentir sans communiquer directement à ce propos. Mais elle le montre par son comportement. »^{Mme Seo (belle-fille)}

Lorsque le sentiment d'obligation s'impose à l'aidante principale, il peut être renforcé sans intervention extérieure par l'aidante elle-même. Nous avons constaté que^{Mme Seo} s'efforce de

⁸⁰⁶ Elle habite la banlieue de Séoul à 30 min en métro (jusqu'au cœur de la ville).

⁸⁰⁷ S. Clément et M. Membrado. 2010. « Expériences du vieillir : généalogie de la notion de déprise », *In* Carboneille, S. *op.cit.* p.121.

⁸⁰⁸ *Ibid.* p.112.

prouver sa fidélité à sa belle-mère par son comportement, en la prévenant des événements officiels qu'elle doit assurer au travail ou ailleurs. Il est intéressant d'observer qu'elle et sa belle-mère ne communiquent pas directement par la parole, mais à travers leurs comportements. Selon E. Goffman, nos activités sociales ne se réalisent pas forcément par la parole⁸⁰⁹. Pourtant, dans la situation de Seo, chacune pense à sa manière, et il en résulte un malentendu. En effet, les deux femmes communiquent dans la vie quotidienne sauf au sujet des soins, tâche imposée à Seo. Sans doute peuvent-elles se comporter ainsi parce qu'elles considèrent qu'en parler directement pourrait provoquer le conflit. Ou alors, ^{Mme} Seo se met elle-même dans le rôle de l'aidante principale en tant que belle-fille, car elle estime que c'est une obligation. Et pour sa belle-mère, cela peut être un moyen de réaffirmer son autorité sur sa belle-fille. Chacune choisit de faire de cette façon après y avoir réfléchi personnellement. On peut dire aussi qu'il y a consensus tacite entre elles deux.

2. Une malade prend soin d'une autre malade

Nous avons constaté que souvent les personnes interrogées ont au moins un problème de santé temporaire mais parfois une maladie chronique nécessitant même une opération chirurgicale. D'après leurs témoignages, de tels problèmes de santé viennent le plus souvent de la prise en charge des soins de leurs proches âgés. Plus précisément, il s'agit d'une part des tâches physiques effectuées en prodiguant les soins et d'autre part des stress cumulés lors des soins émotionnels.

2.1. « D'abord la santé de ma mère plutôt que la mienne »

Fengler et Goodrich ont désigné les aidants principaux comme « des malades potentielles »⁸¹⁰. Même s'ils sont exposés à un environnement qui menace leur santé, la situation contrainte les amène à négliger la dégradation de leur propre santé au cours de la prise en charge de leurs proches âgés. Cela ne fait qu'aggraver la situation des aidants. Nous avons constaté que le temps consacré au repas du proche âgé malade peut amener l'aidante principale à ne pas manger ou à négliger la constitution nutritionnelle du repas par manque de temps. Épuisée après l'aide aux repas, elle n'a plus d'appétit pour elle-même, comme ^{Mme} Souk.

« Dès que j'en termine avec ces moments, je pousse de profonds soupirs Pffff... Je ne sais pas comment je mange. C'est comme ça à chaque repas. Il n'y a presque pas de moment joyeux. Ça fait longtemps que je n'ai même pas mangé de *Kimchi*⁸¹¹ moi... Je fais la cuisine selon son

⁸⁰⁹ E. Goffman. 1987. *Façons de parler*, trad. A. Kihm, Paris, Editions de Minuit, p.45.

⁸¹⁰ A. P. Fengler et N. Goodrich. 1979. « Wives of elderly disabled men: the hidden patients », *The Gerontologist*, vol.19, no.2, p.175-183.

⁸¹¹ *Kimchi* est une sorte d'accompagnement traditionnel et essentiel du repas coréen qui consiste en choux chinois

goût, pas selon le mien. Chaque fois qu'on mange, elle enlève du riz de son bol puis en enlève encore. On se dispute... Pour venir à table ça prend une demi-heure... pendant ce temps-là, le repas refroidit... je me sentirais plus légère si elle mangeait bien... »^{Mme Souk (fille)}

Tout ceci peut conduire l'aidante principale à souffrir d'un système immunitaire abaissé ou d'une hypertension⁸¹². Mme Kang explique que la santé de sa mère est prioritaire sur la sienne en disant qu'elle se sent en bonne santé même si elle a une hyperthyroïdie⁸¹³.

« Je suis encore en bonne santé. Mais je prends des médicaments pour la glande thyroïde. Si je suis en colère ou si j'ai beaucoup de stress, mon cou gonfle comme celui du pélican. Mais je ne peux pas sentir la fatigue ou quoi que ce soit parce que j'ai une vie très occupée. Je suis fatiguée à cause de ma mère ? Je ne le ressens pas... En fait j'ai emmené ma mère à l'hôpital mais le médecin m'a dit « vous avez la thyroïdie ». J'ai dit « ce n'est pas le problème à traiter mais c'est ma mère »... Alors j'ai fait des examens et je prends des médicaments. »
Mme Kang (fille)

Les tâches nécessitant une grande force physique telles que lever leur proche âgé conduit le plus souvent les aidantes à éprouver une douleur dans une partie du corps⁸¹⁴.

« Mes épaules... ça me fait mal, puis mon bras a été cassé une fois. Maman ne marche que quand je lui tiens les deux mains. Surtout pour monter l'escalier il faut tenir ses deux mains. Il n'y a pas longtemps, j'ai fait comme d'habitude en portant mon sac sur mes épaules, mais elle a failli tomber. Je l'ai retenue avec force mais mon poignet a été tordu. »^{Mme Sun (fille)}

La répétition de certaines tâches physiques, qui demandent de la force, peut provoquer des blessures sur le corps de l'aidante. C'est pourquoi il apparaît inévitable que les aidantes principales souffrent de tels problèmes sur le long terme, avec des symptômes qui ne peuvent que s'aggraver. Par ailleurs, en cas d'un accident ou un problème de santé survenu aux aidantes principales, la prise en soin pourra être perturbée s'il n'y a personne comme remplaçant. À un moment donné, Mme Souk est tombée et s'est blessée au bras. Par plusieurs aides, elle a pu continuer à prendre soin de sa mère. Cela montre d'une certaine manière sa conviction de faire passer la santé de sa mère avant la sienne.

« L'année dernière j'étais tombée devant la maison et je me suis cassé le bras. C'est un problème si la personne qui s'occupe d'un malade est hospitalisée. Comment elle est soignée dans ce cas-là. Le médecin me connaît et aussi ma situation. Donc il nous a hospitalisés

pimentés et fermentés.

⁸¹² C. J. Farran *et al.* 2004. « Alzheimer's disease caregiving information and skills. Part II: family caregiver issues and concerns ». *Res Nurs Health*, vol.27, p.40-51.

⁸¹³ C. L. Olivier, J. Phillips and D. E. Roy. 2018. « To be or not to be? A caregiver's question: the lived experience of a stroke family during the first 18 months poststroke », *Scand J Caring Sci*, vol.32, p.270-279. ; H. Moore, A. Gillespie. 2014. « The caregiving bind: concealing the demands of informal care can undermine the caregiving identity », *Soc Sci Med*, vol. 116, p.102-109.

⁸¹⁴ L. Kennedy. 2010. *op.cit*, p.17.

ensemble. Ah... Malgré mon bras cassé, j'ai appelé ma nièce avec qui je lui ai donné la toilette. » ^{Mme} Souk (fille)

2.2. Une nouvelle maladie occasionnée par les soins

Les aidantes principales courent donc le risque d'avoir une moins bonne santé physique que les non-aidants⁸¹⁵. Le stress peut se manifester de façon tangible sur le plan physique. Dans la plupart des cas, on constate chez les aidantes principales une fatigue, voire un épuisement. Un risque plus élevé de pathologies cardiovasculaires et la diminution de la résistance immunitaire peuvent se constater, comme dans le cas de ^{Mme} Kang. Les personnes interrogées ont manifesté une évolution alarmante de symptômes psychologiques et/ou physiques, de simples à sérieux.

« J'ai l'impression que ma personnalité a changé. J'ai tendance à chercher querelle même pour les choses dont je rigolais auparavant. Mon entourage quotidien me dit que je n'étais pas comme ça avant et me demande pourquoi je parle de cette manière... » ^{Mme} Chang (fille)

« Au début, je me suis occupée d'elle sans tenir compte de ma santé, mais dans la mesure où...enfin... je ne devrais pas dire ça mais comme je suis un être humain c'est comme ça. On voit l'émotion négative apparaître. Je dois me débrouiller dans cette situation difficile mais ma santé se détériore de plus en plus... Vous savez bien, quand on a mal, on est irrité facilement envers les proches. Comme ce genre de chose me préoccupe, ça me tape souvent sur les nerfs. A mon insu, des maladies sont apparues... j'ai de l'hypertension maintenant.» ^{Mme} Jeong (belle-fille)

Ainsi, les maladies arrivent, le plus souvent, en lien avec le stress causé par les soins.

« La prise en charge de ma belle-mère a fait monter mon stress, ce qui fait que j'ai subi une opération de tumeur du cerveau. Maintenant j'essaie de ne pas être stressée et je crois que je suis en train de me rétablir plus ou moins, mais je ne sais pas. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

« Puisque je n'ai pas pu dormir et que j'étais trop stressée à cette époque-là, le zona m'a frappée. C'était affreux. » ^{Mme} Lee (belle-mère décédée)

^{Mme} Jong qui souffre d'une hyperthyroïdie due à sa préoccupation permanente de l'adaptation de sa mère au centre de jour, énumère la série des maladies dont elle pâtit, apparues au cours de la prise de soins. Elle exprime les difficultés qu'elle éprouve et qui lui font même évoquer un choix extrême.

« J'ai aussi un reflux gastrique et l'inflammation de l'oesophage. Il y a un tas de choses qui pèsent lourdement sur moi. c'est seulement je ne dis pas. ça concerne aussi les relations avec la famille de mon mari. Avant j'ai souvent entendu dire que je faisais jeune mais maintenant j'ai l'air âgée alors que mes amies ressemblent à des demoiselles. » ^{Mme} Jong (fille)

⁸¹⁵ E. Fauth *et al.* 2012. « Caregivers' relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological well-being », *Aging & Mental Health*, vol.16, no.6, p.700 ; R. Schulz and S.R. Beach. 1999. « Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study », *JAMA*, no.282, p.2215-2219.

Le cas de ^{Mme} Sun semble plus sérieux encore. Lors de l'entretien, elle nous a dit qu'elle voulait consulter un psychologue mais qu'elle hésitait à y recourir, en raison du coût financier. Ayant pris soin de son père pendant six ans et de sa mère depuis sept ans, elle semblait épuisée aux niveaux mental et physique. Elle révèle un changement de santé récent dont elle n'a pas encore parlé à son mari bien qu'il lui semble grave.

« J'aimerais bien consulter le psychologue... En prenant soin de maman, j'ai perdu beaucoup de cheveux. Avant, je n'arrivais pas à attraper tous mes cheveux avec une main. Maintenant ici et là c'est partout le vide... C'est grave. Depuis cette année j'ai une sensation anormale dans la bouche. Je ne sens plus d'odeur. En fait, je pensais aller chez le médecin à cause de ça. Je n'arrive pas à sentir. Je ne sais pas exactement depuis quand. Même ce matin, quand j'ai changé sa couche, ses fesses étaient couvertes de crotte, mais je n'ai rien senti du tout. En plus, je ne mange pas régulièrement. Un jour j'ai regardé dans la cocotte mais il restait du riz dedans. J'allais le manger mais je me suis aperçue qu'il était détérioré en voyant le jus qui s'écoulait du riz. Je l'aurais mangé si je n'avais pas remarqué cela. Je risque de nourrir ma mère avec n'importe quoi parce que je ne sens pas non plus la saveur. » ^{Mme} Sun (fille)

B. Entre équilibre et déséquilibre dans l'identité

1. À la recherche de la « coulisse »

Le « chez soi » fonctionne comme un abri pour les individus, comme « coulisse » selon les termes de E. Goffman, la maison est le lieu où ils peuvent se réfugier et se reposer sans contrôle ni tension en étant tels qu'ils sont : « C'est là que l'acteur peut se détendre, qu'il peut abandonner sa façade, cesser de réciter un rôle, et dépouiller son personnage »⁸¹⁶. La co-présence ne se limite pas seulement à l'intérieur de la maison, elle peut être au dehors, là où les agents coprésents à la maison ne sont pas ensemble « ici et maintenant ». En effet, le logement est un lieu fondamental et typique de routines auquel les agents s'adonnent quand ils sont rentrés en fin de journée, et cela leur permet de se retrouver en co-présence. Ils en sont de ce fait toujours conscients même qu'ils ne sont pas en co-présence.

Ce point de vue éclaire les situations des aidantes principales cohabitant avec leurs proches âgés dépendants, bien qu'ils ne soient pas pour autant en relation de couple. Les partenaires d'un couple ont besoin de se sentir en tant qu'individu au moins un petit moment de façon régulière, en bénéficiant d'un temps complètement privé dans l'espace partagé. Si la vie conjugale permet de distinguer l'« être ensemble » du « faire ensemble », la vie des aidantes principales n'aura pas cette frontière nette, ou sans doute inclinée davantage vers le « faire ensemble ».

⁸¹⁶ E. Goffman. 2015 [1973]. *La mise en scène de la vie quotidienne, tome 1. La présentation de soi*, trad. Par A. Accardo, Les Éditions de minuit, p.111.

Effectivement, il n'est pas facile pour chacune des deux personnes, aidée et aidante principale, d'avoir un moment complètement privé à la maison. La première ne parvient à accomplir les actes quotidiens qu'avec l'appui de l'aidante principale ou d'autrui (cela dépendra de son état de santé) alors que la deuxième doit prendre soin de la première. Elle doit aussi surveiller en permanence ses comportements ou son état de santé. Si les proches âgés n'acceptent l'aide nécessaire que de leurs aidantes principales, cela empêchera celles-ci de se reposer. Il en va de même quand elles sont en dehors de la maison. La pensée des soins à donner les préoccupe même lorsqu'elles ne sont pas ensemble. Nous avons déjà vu ça dans le cas de ^{Mme} Seo, qui fixe constamment l'horloge des yeux. Dans la situation contrainte qui empêche d'être individu à la maison, les aidantes principales aspireront à se retirer dans leur « coulisse ». Dans ce cas, quelles « coulisses » réussiront-elles à obtenir ?

1.1. Besoin de « ma coulisse »

1.1.1. Larmes

Malgré le manque de « coulisse » à la maison, les aidantes principales cherchent à trouver du réconfort au moins un petit moment. Pleurer est le moyen le plus souvent adopté pour retrouver sa sérénité en ventilant les émotions étouffées, et retrouver un équilibre émotionnel. Les personnes pleurent en faisant le ménage ou durant les actes quotidiens, quand elles se retrouvent seules à la salle de douche, aux toilettes, devant la télévision, et au moment où elles peuvent éviter le regard des autres à la maison. ^{Mme} Lee pleure en faisant la cuisine et en regardant les feuilletons à la télévision, comme si elle pleurait à cause des oignons amers ou comme si elle était émue par l'histoire des feuilletons. Néanmoins, il existe une limite à cette pudeur. ^{Mme} Seong, qui pleure en couvrant son corps entier avec une couette pour éviter le regard des autres, ne peut pas s'empêcher de pleurer au dehors de ce refuge.

« J'ai pleuré tous les jours en me couvrant entièrement avec la couette pour que mes enfants ne puissent pas le remarquer. Mais ils savent tout... En regardant la télé, les larmes ne cessent de jaillir malgré moi. Même chaque fois que je fais quoi que ce soit, je me retrouve en larmes. Quand je prie à l'église, quand je regarde une jolie chose dans la rue, quand je suis assise dans un bus en écoutant de la musique triste, j'ai tout le temps les larmes aux yeux. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

1.1.2. Activités

En se préoccupant sans cesse d'une chose stressante, on peut aboutir facilement à un état d'épuisement ; il apparaît important d'avoir d'autres centres d'intérêt. Avoir une activité physique ou de loisir à l'extérieur peut donner un sentiment de délivrance. Si ^{Mme} Seong manque de moments « complètement privés » à la maison, la danse lui permet de se retrouver dans un

temps entièrement à elle.

« Soit pleurer, soit danser. La danse me donne une vitalité. Je peux oublier ce qui m'est difficile. Je chantonne à mon insu et ça me fait très plaisir. La danse sans laquelle je n'aurais pas pu arriver jusqu'ici... Cela me fait penser de façon positive. La manière dont on pense est très importante. Je me suis aperçue qu'un plaisir permet de se sentir heureux devant tout ce qui se passe. »^{Mme} Seong (belle-fille)

Les aidantes principales ont parlé du bienfait de leurs activités physiques telles que le yoga, la marche, les petits exercices ou bien les activités de bénévolat à l'église. Le yoga emporte leur préférence.

« Chaque soir, j'ai fait du yoga dans un institut, et je continue. Dans ces occasions, à la fois, ça me calme et ça me donne le temps de méditer. Ce n'est pas possible de faire ça à la maison. Enfin... l'ambiance.. des choses comme ça. C'était pareil à cette époque-là.»^{Mme} Kim (belle-mère décédée)

1.1.3. Dépendance aux pulsions

Certaines ont parlé de leur consommation d'alcool ou de l'excès de nourriture. « Prendre un verre » leur permet d'oublier la réalité et leur apporte du réconfort, même s'il est temporaire. Plus une situation est en permanence précaire et plus l'activité professionnelle est pénible physiquement, plus le recours à l'alcool peut être favorisé⁸¹⁷.^{Mme} Sun, qui était chauffeur de taxi jusqu'avant la prise en charge de sa mère, dit avoir consommé beaucoup d'alcool. Si elle aime toujours en boire, sa situation ne le lui permet pas, parce qu'elle doit aller chercher sa mère au centre de jour en voiture tous les soirs. Par contre,^{Mme} Hyeon, qui est coiffeuse, boit tous les jours après son travail, soit à la maison soit à l'extérieur. Sa belle-mère, n'ayant pas de problème cognitif, peut rester avec ses petits-enfants pendant son absence. Cela implique que le contrôle du comportement des aidantes principales peut être influencé par la situation de la prise en charge et l'état de santé de leurs proches âgés dépendants.

« Je cherche de l'alcool tous les jours après mon travail à cause du stress. Hier, cela m'était très difficile, en ne pouvant le dire à personne... La vie s'écoule, mais dans le sens unique. Vivre comme ça n'est pas vivre... L'alcool me console. Je bois toute seule ou avec mes amis. Mais à cause de cela, je suis fatiguée tous les jours. Je ressens que mon corps est lourd parce que je mange aussi plus qu'avant. Tous les jours... Je ne me sens pas fraîche ni dispose. Je pense qu'on doit bien dormir... puisque je dors mal... »^{Mme} Hyeon (belle-fille)

La tension peut s'incarner aussi dans un comportement violent. Certaines aidantes laissent éclater leur exaspération quand elles sont seules. De la même façon qu'une infirmière, débordée

⁸¹⁷ C. Mette. 2017. « Conditions de travail, emploi et consommation d'alcool : quelles interactions en France ? », *Travail et emploi*, Dares, no.151, p.75-99. ; L. Com-Ruelle. 2008. « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », *Question d'économie de la Santé*, no.129, Irdes.

de besoins dans un temps trop serré, peut en arriver à transgresser les règles de son travail et à traiter ses patients de manière violente⁸¹⁸. Mme Sun, qui nous a indiqué qu'elle avait un caractère violent, a passé sa colère sur les objets en raison du stress.

« Maman m'a rendu folle chaque fois qu'elle a insisté qu'elle devait vivre avec son fils en disant « pourquoi je dois vivre avec la fille ? ». Elle allait quitter la maison en disant « je dois chercher mon fils et je vais vivre avec lui ». Elle m'a trop torturée. Malgré ses symptômes, au fond du cœur, elle n'oublie pas son fils. Quand j'étais trop stressée à cause d'elle, j'ai couché maman, puis j'ai entièrement cassé une chaise plastique. Sinon j'allais mourir, ça m'a rendue folle, mais je ne pouvais rien faire autrement que ça. Après cela, je me sentais mieux. Mais j'essaie de ne pas avoir de stress. » Mme Sun (fille)

1.1.4. Travail

Si l'on peut trouver une « coulisse » hors de la maison, ce peut être sur le lieu professionnel. Mme Jeon et Mme Hyeon trouvent chacune un refuge dans leurs postes de travail, le restaurant pour la première et le salon de coiffure pour la seconde. Mme Jeon nous dit être fatiguée par son travail, mais préférer être ici plutôt qu'avec sa belle-mère.

« Nous n'avons pas de bonne relation. Elle ne cesse pas de me faire des remarques. J'aime plutôt bien travailler ici. Je me dis tout le temps que j'ai bien fait de travailler. Sans ce travail, je n'aurais pas pu supporter la vie avec ma belle-mère. Dieu le savait déjà... Au début je ne voulais pas travailler, mais Il m'a fait ouvrir ici... Peu de temps après l'ouverture du restaurant, ma belle-mère est venue s'installer. » Mme Jeon (belle-fille)

Parallèlement, Mme Hyeon a souligné qu'elle ne se reposait jamais, pas même les jours de fêtes traditionnelles.

« Moi je ne ferme jamais ma boutique, même pas le dimanche et je l'ouvre 365 jours sur 365. C'est mieux de ne pas me reposer. D'autant plus qu'aux yeux de ma belle-mère, c'est bien. On est mal à l'aise toutes les deux. Même si on vit ensemble depuis plus de vingt ans, elle n'est pas ma mère. Pour elle, je ne suis pas sa fille. Sortir de la maison tous les jours, c'est ce que je peux faire en tant que *hyo* pour elle. » Mme Hyeon (belle-fille)

Le fait de travailler peut être un prétexte légitime pour éviter que les belles-mères se plaignent que leurs belles-filles ne les aiment pas, du fait qu'elles ne s'occupent pas assez d'elles⁸¹⁹. D'une façon générale, les belles-filles coréennes tendent à choisir de travailler pour éviter les retrouvailles avec leurs belles-familles. Mais nous pouvons suggérer ici que, si chacune de ces deux femmes n'entretient pas une bonne relation avec sa belle-mère, passer moins de temps ensemble peut empêcher d'améliorer l'affection entre les deux protagonistes.

⁸¹⁸ P. Molinier. 2003. *L'énigme de la femme active. Égoïsme, sexe et compassion*, Paris, Payot, p.206.

⁸¹⁹ C. Gucher. 2013. *op.cit.* p.111.

1.2. Impossible d'avoir aucune « coulisse »

Selon C. Gucher, l'aide familiale en cohabitation produit un problème de surveillance constante exercée par des personnes dépendantes⁸²⁰. Comme de nombreuses aidantes principales, Mme Seo cherche refuge hors de la maison, alors que sa belle-mère et son mari ignorent son aspiration. Ils souhaitent qu'elle fasse tout avec eux comme par exemple : regarder la télévision. Il semble presque impossible que Mme Seo se retrouve seule même dans sa chambre.

« Il m'est difficile de regarder la télé avec eux. Si je sors, elle demande à mon mari si je ne reste pas avec elle parce qu'elle ne me plaît pas. Mais franchement, je n'aime pas rester avec elle. En fait elle regarde seulement une chaîne de chant. Je n'aime pas ça... Elle ne décolle pas du canapé de la salle de séjour. Quand je suis dans la chambre, elle dit que je suis dans la chambre parce qu'elle ne me plaît pas. Je ne peux pas faire ce que je veux. Je dois aussi faire attention quand je sors. Si je sors, elle me demande où je vais encore, quand je rentre, et elle veut que je rentre vite. » Mme Seo (belle-fille)

C'est la raison pour laquelle Mme Seo s'est inscrite au cours de yoga, mais son mari et sa belle-mère ne la laissent pas faire. Ses conflits personnels ne cessent de s'accroître.

« Je me sens complètement étouffée. Si je continuais comme ça, je ne pourrais plus... En fait je me suis inscrite au cours de yoga à midi. Mais mon mari m'a dit qu'il n'aime pas ça et qu'on doit manger ensemble. Il m'a dit de changer d'horaire. Mais ça ne sert à rien si je vais au cours le soir parce que j'aimerais bien avoir un moment tranquille l'après-midi. Normalement, j'avais tendance à ne pas être stressée mais il me semble que je le suis de plus en plus. Si je ne sors pas je deviendrai folle... je n'étais pas comme ça pourtant... Pff... » Mme Seo (belle-fille)

1.3. Besoin de « coulisse significative »

M. Castra a montré que les soignants de l'unité de soins palliatifs tendent à avoir un sentiment d'isolement social lié à la difficulté de partager à l'extérieur de l'hôpital leur expérience sur la mort, qui est souvent considérée comme un sujet tabou :

« La mort, je ne peux en parler à personne, sauf ici, à part avec des copines ici (...). Mais à l'extérieur, je veux dire, même avec mes amis, leur parler de la mort, de ce que je vis ici, c'est difficile. Quand tu n'y es pas toi, quand tu n'es pas dans le contexte, tu ne peux pas imaginer » (Danièle, aide-soignante, 42 ans)⁸²¹

Les aidantes principales interrogées nous ont dit de la même façon « personne ne comprend sans une expérience similaire » et « vous ne pouvez point imaginer ». De même, Mme Sun nous a révélé qu'elle voulait consulter un psychiatre suite à la souffrance morale qu'elle éprouvait, si bien qu'elle nous était reconnaissante de mener l'entretien avec elle. Rappelons qu'elle avait

⁸²⁰ *Ibid.* p.110.

⁸²¹ M. Castra. 2003. *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Puf, Coll. Le lien social, p.275.

hésité à consulter en raison du coût élevé. Tout cela révèle le manque de ressources pour pouvoir raconter ses expériences, ses émotions. En Corée du Sud, le système des groupes de parole des aidants familiaux est en développement. Après la mise en œuvre du « plan de répit des aidants familiaux », le dispositif « d'écoute et de soutien moral des aidants familiaux » est mis en expérimentation depuis 2015. Des aidants familiaux sélectionnés par une enquête spécifique (ceux qui ont davantage manifesté le poids de leur fardeau en cochant « le plus souvent » dans la liste proposée) participent à des programmes qui durent 10 semaines. Il leur est proposé de l'écoute à domicile, de l'écoute téléphonique, un groupe de paroles, des activités pour apprendre les mesures d'urgence, des activités horticoles et artistiques. Au cours de deux expérimentations, environ 1 400 aidants familiaux ont bénéficié de ce service. Selon l'enquête, 86,8% des participants de la deuxième expérimentation ont exprimé leur satisfaction et précisé que les sentiments de fardeau et de dépression avaient baissé⁸²². À partir de mars 2018, pour une troisième expérimentation, le nombre de régions impliquées s'est élargi jusqu'à 30, et le nombre de participants augmentera de 1 000.

Nous avons déjà montré que plusieurs aidantes principales pleurent en évitant le regard des autres, ayant des difficultés à trouver un autre moyen que les larmes pour ventiler ou chasser leurs émotions étouffées. Il est intéressant de noter que ^{Mme} Jang, commerçante de primeurs, partage ses émotions douloureuses non pas avec son mari, mais avec ses clientes régulières.

« J'ai partagé mes histoires avec mes clients réguliers quand mon époux n'était pas là. J'ai beaucoup pleuré dans le magasin. Quand on m'a demandé pourquoi je pleurais, je leur ai dit que j'avais de la peine » ^{Mme} Jang (dont la belle-mère décédée)

Si nous admettons qu'elle considère inapproprié de montrer ses émotions à son mari⁸²³, et qu'elle fait le choix de révéler ses difficultés aux personnes étrangères plutôt que de les inhiber, cela suggère qu'il est tout à fait nécessaire de mettre à la disposition des aidants familiaux des personnes « ressources » privées ou publiques pour les écouter⁸²⁴. Dans ce cas, le temps de « coulisse », ou temps de pause, ne doit pas seulement être le moment où la personne se trouve seule, mais celui où elle peut partager son histoire avec d'autres, qui connaissent une expérience similaire et peuvent la comprendre. M. Castra souligne la fonction cruciale d'un groupe de paroles auprès des soignants, il en va de même pour les aidants familiaux. E. Goffman, lui, ne réduit pas la coulisse à une complète solitude, mais à la présence d'autres personnes familières.

⁸²² Journal quotidien électronique « Monthly People », le 19. 02. 2018 : <http://www.monthlypeople.com/news/articleView.html?idxno=12129>

⁸²³ A.R. Hochschild. 2003. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol.9, no.1, p.19-49.

⁸²⁴ Y. Oh 2017. *op.cit.*

Il montre que les membres d'une équipe en représentation se détendent pendant leur pause en coulisses « en utilisant un dialecte ou une langue argotique, à marmonner, et à crier, à taquiner et à faire des blagues »⁸²⁵. De plus, ils échangent des impressions, des conseils et ils s'encouragent les uns les autres pour réaliser un spectacle satisfaisant.

« [...] en l'absence du public, chaque membre de l'équipe désire vraisemblablement donner l'impression qu'on peut lui confier les secrets de l'équipe et qu'il ne risque pas de mal jouer son rôle quand le public sera là. [...] il y a souvent dans les coulisses des moments où les acteurs doivent se remonter mutuellement le moral et entretenir l'impression que le spectacle qu'ils vont présenter va se dérouler de façon satisfaisante ou encore que le spectacle qu'ils viennent de présenter n'a pas si mal marché. »⁸²⁶

De cette façon, le groupe de paroles devrait permettre aux aidantes principales de ne pas « se sentir seules », en partageant leurs histoires de prise en soin de leurs proches âgés, d'être motivées par le soutien moral de tous les membres, d'être informées sur les connaissances ou les savoir-faire très utiles. Il s'agit d'une « coulisse significative ». Faute de la mise en œuvre d'un tel dispositif à l'échelle nationale, les aidants familiaux seront toujours contraints de chercher chacun à leur manière des solutions pour oxygéner leurs émotions. Mme Kang participe mensuellement à un groupe d'amitié, composé d'aidantes principales. C'est elle qui a proposé à ses camarades de l'organiser après avoir passé l'examen d'aide-soignante. Son discours révèle qu'il est plus efficace de « faire ensemble » en coulisses que d'être seule.

« Avant, j'étais très dépressive en pensant à mon avenir. Ma santé se dégradait et rien n'allait. Chaque fois que je me sentais comme ça, je faisais un tour dans mon quartier. Parce que je me sens trop étouffée. Quand cela [la responsabilité des soins] m'était très difficile, j'allais avec un livre au bord de la mer devant laquelle je priais, et je mettais de l'ordre dans mes pensées. Moi je fais bien ça toute seule, arranger mes pensées. Mais maintenant, une fois par mois je vois des aides-soignantes (familiales) comme moi. On s'entend très bien. J'ai proposé d'organiser ce groupe après l'examen (d'aide-soignant). J'ai saisi cette occasion, sinon on devait se quitter et on ne se verrait presque plus. Dans notre réunion, tout le monde expose sa propre parole. Une fois par mois on se réunit, on déjeune et on boit un café. Puis je rentre avant le coucher du soleil. Je rentre en ayant ventilé tout ce que j'avais intériorisé. »^{Mme Kang (fille)}

Même s'il ne lui est pas facile de sortir en laissant sa mère à la maison⁸²⁷, Mme Kang persuade sa mère qu'elle doit y participer en lui expliquant son besoin de respirer. Il semble qu'elle ait pris conscience de la nécessité de cette réunion pour les autres membres. En effet, cette réunion ne

⁸²⁵ E. Goffman. 2015 [1973]. *op.cit.* p.125.

⁸²⁶ *Ibid.* p.126.

⁸²⁷ Pendant son absence, la personne à laquelle Mme Kang offre une chambre à la maison s'occupe de sa mère. Mais elle lui paie souvent pour l'aider financièrement. Mme Kang a fait sa connaissance à l'église.

peut pas avoir lieu si un seul membre n'est pas disponible.

« Je dis à maman « maman, je dois respirer. Peux-tu me laisser m'absenter quatre heures par mois, s'il te plaît ? Je passe quatre heures avec mes amies, puis je reviens. Dans ce cas, je peux te soigner bien mieux. ». On est très bien ensemble. Je raconte tout, l'état de ma mère, mes angoisses... Si on n'a pas la connaissance des soins dans une situation particulière, on peut partager les informations. On est cinq. Quand on se donne rendez-vous à telle date, on en change si une seule personne n'est pas disponible. On se réunit nécessairement toutes ensemble sans omettre une seule personne. »⁸²⁸ Mme Kang (fille)

Citons le discours de⁸²⁹ Mme Geum, qui met l'accent sur l'importance pour les aidants familiaux de ne pas être isolés.

« Les personnes qui s'occupent des parents âgés malades consacrent tout leur temps uniquement à leurs parents. Elles ne connaissent ni le temps qui passe, ni qui elles sont. Moralement, il est important de ne pas penser « je suis isolé ». »⁸³⁰ Mme Geum (fille)

2. À la recherche des « soi possibles »

Lorsqu'un individu remplit un rôle donné, l'identité appropriée à ce dernier n'est pas systématiquement établie, surtout quand il occupe certain rôle qui ne correspond pas à l'identité qu'il considère comme la sienne⁸²⁸. Dans la plupart des cas, l'individu a besoin de temps pour le processus d'adaptation et celui d'appropriation mutuelle entre les rôles et le « soi »⁸²⁹. Selon B. Lahire, l'individu peut ressentir un sentiment de décalage personnel avec le monde social, lorsque « la pluralité interne des schèmes d'action (ou d'habitudes) finit par rendre impossible l'illusion identitaire de l'unité de soi et pose un problème de cohérence psychique à l'acteur »⁸³⁰. Il s'agit de l'agacement⁸³¹, clivage du moi (S. Freud), clivage de l'*habitus* (P. Bourdieu), dédoublement (P. Bourdieu et A. Sayad)⁸³² ou conflits psychiques, conflits d'habitudes, conflits de schème d'action (B. Lahire)⁸³³. Par l'*habitus*, l'individu donne à son récit autobiographique un sens, une raison, une logique prévisible et intelligible, une consistance, une cohérence et une constance à travers des événements, des espaces et des temps différents et en fonction de ses

⁸²⁸ J.-C. Kaufmann. 2004. *op.cit.* p.73.

⁸²⁹ G. H. Mead. 2006 [1934]. *op.cit.*

⁸³⁰ B. Lahire. 2001. *op.cit.* p.69.

⁸³¹ Selon J.-C. Kaufmann, il est nécessaire de distinguer l'agacement d'une série de sensations et émotions proches : amertume, exaspération, rancœur, contrariété, impatience, mal-être, frustration, désamour, insatisfaction, déception, dégoût, colère, etc. « Plus cette confrontation est massive et soudaine, plus la décharge émotionnelle est vive. Elle disparaît ensuite, non par magie, mais dans l'unique mesure où je parviens à me réunifier, d'une manière ou d'une autre ». J.-C. Kaufmann. 2012. *op.cit.* p. 38

⁸³² P. Bourdieu et A. Sayad. 1964. *Le Déracinement. La crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*, Paris, Minuit.

⁸³³ Il s'agit de pensée, de goût, de langage, de mouvement corporel. B. Lahire. 2009. « L'homme pluriel », dans C. Halpern. *Identité(s) l'individu, le groupe, la société*, Éditions sciences humaines, p.68-69.

dispositions, notamment à partir de sa vie professionnelle⁸³⁴. Du fait que l'identité au sens d'identité à soi-même a besoin de l'« ordre social » et que l'individu n'a pas connu le contexte qui l'aurait forcé à changer ses habitudes, le sentiment de décalage contribue nettement à accentuer l'existence d'un « for intérieur » ou d'un « moi intime » authentique⁸³⁵.

Du point de vue interactif, l'identité peut être flexible tout au long de la vie humaine, car l'individu est porteur d'une multiplicité de dispositions⁸³⁶. Pourtant, selon J.-C. Kaufmann qui considère le caractère d'identité comme l'« image de la double hélice de l'ADN »⁸³⁷, le « petit cinéma », qui renvoie à l'identité virtuelle de l'individu, soit l'identité qu'il considère comme la sienne, ne conduit finalement nulle part⁸³⁸. Mais la discontinuité entre son petit cinéma et sa réalité amène à avoir « des compensations symboliques par des mises en scènes positives (voire follement idéalisatrices) de soi ». Par la réflexion, les identités virtuelles deviennent des « soi possibles », appelés par H. Markus et P. Nurius⁸³⁹, qui reposent sur l'ensemble de l'expérience personnelle, du contexte social et des réactions d'autrui. Elles sont désormais devenues réalisables dans une situation donnée⁸⁴⁰ :

« Les soi possibles sont un des instruments les plus efficaces permettant à l'individu de se dégager de ces déterminations fabriquées par lui-même. [...] Les soi possibles exigent effort et prise de risques. À ce prix, ils autorisent un travail de réforme de soi véritablement innovateur, aux limites du réalisable, où le présent parvient momentanément à mettre entre parenthèses le poids du passé. Ils représentent une des modalités les plus abouties de la subjectivité à l'œuvre dans l'invention de soi. »⁸⁴¹

Pour M. Membrado, la construction identitaire de la personne aidante se trouve dans le même principe que le processus de construction identitaire des personnes âgées à la vieillesse : il s'agit de la transition biographique (négociation avec soi-même) et de la transaction relationnelle (négociation avec les autres et l'image qu'ils me renvoient), proposées par V. Caradec⁸⁴². Pour celui-ci, les transitions du vieillissement (la retraite, le veuvage, l'entrée en maison de retraite...) doivent être comprises comme la continuation du processus de construction de l'identité sociale qui court tout au long de l'existence⁸⁴³. Dans la période du passage à la retraite, tous les retraités ne subissent pas forcément une expérience de crise traumatisante : ils peuvent négocier la

⁸³⁴ P. Bourdieu. 1986. « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.62-63, p.69-72.

⁸³⁵ B. Lahire. 2009. *op.cit.* p.73.

⁸³⁶ B. Lahire. 2001. *op.cit.* p.69.

⁸³⁷ J.-C. Kaufmann. 2012. *op.cit.* 124.

⁸³⁸ J.-C. Kaufmann. 2004. *op.cit.* p.78.

⁸³⁹ H. Markus et P. Nurius. 1986. « Possible Selves », *American Psychologist*, p.954-969.

⁸⁴⁰ J.-C. Kaufmann. 2004. *op.cit.* p.77.

⁸⁴¹ *Ibid.* p.78.

⁸⁴² M. Membrado. 1999. *op.cit.* p.119.

⁸⁴³ V. Caradec. 1998. « Les transitions biographiques, étapes du vieillissement », *Prévenir*, no.35, p.131-137.

transition en s'appuyant sur leurs trajectoires, la signification qu'ils accordent à la retraite, les supports collectifs (le bénévolat, la garde des petits-enfants) et les stratégies individuelles (un processus de « désocialisation professionnelle anticipée », un développement des identités potentielles...) ⁸⁴⁴. En même temps, V. Caradec souligne que la vie des retraités peut varier en fonction du niveau financier de la retraite ⁸⁴⁵.

Tout cela nous donne à voir le décalage identitaire que les aidantes principales ont ressenti entre l'avant et l'après de la prise en charge des soins de leurs proches âgés dépendants. Mais si on n'envisage pas généraliser à toutes les aidantes principales ⁸⁴⁶, ce point s'est nettement manifesté chez les aidantes principales qui avaient mené des activités professionnelles. Lorsqu'elles doivent prendre soin de leurs proches âgés, par leur volonté ou pour d'autres raisons, et qu'elles doivent renoncer leurs activités professionnelles pour se concentrer sur la prise en soin, elles subissent davantage l'affrontement entre la réalité (vie en tant qu'aidante principale) et l'identité que chacune considère comme la sienne, « son petit cinéma », (réalisation de soi). La perte d'emploi équivaut à la perte de soi ⁸⁴⁷. Même si elles sont contraintes de mettre la priorité sur les soins, elles n'ont pas tout à fait abandonné leurs petits cinémas. Malgré leur rôle d'aidante principale, elles peuvent ressentir la confrontation en comparant ce qu'elles font à présent avec ce qu'elles ont fait dans le passé. Comment les aidantes principales chercheront-elles les « soi possibles » ? Et une fois trouvés, resteront-ils stables ?

2.1. *Amor fati*

Vivre un changement demande un certain degré d'inhibition ou de refoulement ⁸⁴⁸. Quand leurs proches âgés sont devenus dépendants, les aidantes principales interrogées ont vécu de manière différente cette période troublante, et ont fini par accepter la réalité, avec plus ou moins de difficultés. Nous avons déjà décrit la situation de ^{Mme} Moun, qui, avant la prise en soin de sa mère, dirigeait une boutique de vêtements dans une ville à 250 km de là. Elle l'a provisoirement fermée pour aller aider sa mère qui venait de subir une opération du genou, et elle n'est jamais retournée chez elle. Elle explique que la décision déterminée de devenir aidante principale s'est prise si rapidement qu'elle n'a pas eu le temps d'aller en personnes régler les contrats de sa boutique et de son logement. À notre question « quel sentiment avez-vous eu après l'interruption

⁸⁴⁴ V. Caradec. 2008 [2001]. *op.cit.* p.105-106.

⁸⁴⁵ V. Caradec. 2017. « L'Épreuve de la retraite transformations sociétales, expériences individuelles », *Nouvelle revue de psychosociologie*, no.23, p.23-24.

⁸⁴⁶ B. Lahire. 2001. *op.cit.* p.100.

⁸⁴⁷ D. Linhart montre que face à la fermeture de Chausson, les salariés ont ressenti la perte de leur âme. En effet, l'entreprise était leur monde dans lequel ils ont établi leur identité au cours du travail. D. Linhart. 2002. *Perte d'emploi, perte de soi*, èrès.

⁸⁴⁸ B. Lahire. 2001. *op.cit.* p.101-102.

de votre activité professionnelle ? », elle a répondu « sans regret », puis, après un temps de réflexion, a ajouté qu'elle avait eu quelques temps difficiles au début.

« Je ne regrette pas forcément d'avoir arrêté mon travail... parce que la situation dans laquelle je me trouve n'est pas du fait de ma volonté, mais de la confusion du moment. Je n'avais même pas le temps d'avoir le sentiment de regret parce que ce n'était pas mon intention mais ça allait de soi. Même pour ranger le magasin et mon ancienne maison, ce n'est pas moi qui l'ai fait, je n'avais pas le temps de faire ça, donc j'ai demandé à mon entourage de le faire à ma place. [...] Mais c'est vrai qu'au début, je n'arrivais pas à l'accepter dans ma tête mais je n'avais pas le choix parce que j'étais contrainte de faire comme ça. Moi aussi je me sens étouffée, mais tant pis. La priorité c'est maman. Si elle se rétablit, je pourrai reprendre mon affaire. Mais comme elle est dans cet état-là, je ne peux rien faire d'autre que m'occuper de maman. »^{Mme Moun (fille)}

J. Sauvy décrit une expérience de l'aide au malade atteint d'Alzheimer est une excellente école de la patience, de la compréhension de l'altérité⁸⁴⁹. Malgré sa confusion du début, ^{Mme Moun} semble avoir passé les affrontements identitaires sans difficulté particulière, surtout du fait que la personne aidée est sa propre mère. Au fil du temps, elle s'est rendu compte que son caractère a même changé de façon « appropriée » et « convenable » pour les soins. Son tempérament méticuleux semble avoir bien contribué à son adaptation au rôle.

« Cette tâche n'est pas simple. En plus, mon caractère ne supporte pas la saleté. Je passe le balai deux fois par jour. Avec un tel caractère je ne peux pas m'empêcher de m'occuper de maman. Par rapport à avant, je suis devenue généreuse. Avant, comme je ne suis pas mariée, j'avais le cœur sec. Mais au cours de la prise en soins de maman, j'ai appris la patience. Je me disais souvent « il faut que je patiente, il faut que je patiente... ». Ça, c'est devenu mon habitude. »^{Mme Moun (fille)}

^{Mme Seong}, qui a commencé à prendre soin de sa belle-mère peu de temps après son mariage à l'âge de 25 ans et durant 24 ans jusqu'à la mort de celle-ci, n'a pas connu d'arrêt professionnel suite au changement, comme d'autres aidantes principales l'ont connu, mais l'effondrement de son rêve. Elle, qui aime aussi bien parler qu'écrire à tel point qu'elle veut écrire un livre sur « la vie en tant que belle-fille pour la prise en charge de sa belle-mère » et donc qui a déjà été sélectionnée comme lauréate dans un concours d'écriture de l'entreprise Hyundai, nous a raconté un épisode bien précis sur son mariage. Étant lycéenne, elle rêvait d'entrer à l'université de l'art et de devenir danseuse classique reconnue, pour faire le tour du monde. Par une personne entremise, elle a rencontré un homme qui lui promettait de soutenir financièrement son rêve, et ils se sont mariés un mois plus tard : « Ce n'était pas l'amour... J'ai même menti à ma belle-mère en lui disant que je ne peux pas avoir de bébé à cause de mon problème de santé ».

⁸⁴⁹ J. Sauvy. 2007. « Intimité et maladie d'Alzheimer », *Gérontologie et société*, vol.30, no. 122, p.226.

Pourtant, à l'occasion du voyage du noce, elle était enceinte, et trois mois après, sa belle-mère s'est évanouie suite à un AVC.

« D'un seul coup, mon rêve s'est effondré et je n'avais pas envie de vivre. Plus son symptôme s'est dégradé, plus j'ai commencé à vivre dans l'angoisse en me disant « ah, j'ai fait l'erreur du mariage ? ». Quelques jours avant la naissance de ma fille, elle s'est encore évanouie, et à ce moment-là, une idée forte s'est ancrée dans ma tête que c'est moi qui devrais la prendre en charge parce que je suis l'aînée [des belles-filles]... Ah je suis obligée de la prendre en charge... Qui va faire ça sinon ? Il me semblait que le ciel allait s'effondrer. Je n'avais pas de sommeil pendant un mois. Qu'est-ce que je dois lui faire le matin... Comment faire la cuisine trois fois par jour... Je n'arrivais pas du tout à me repérer. Par peur, j'ai fait mes valises pour quitter la maison. J'étais à un arrêt de bus mais mon mari est venu me chercher. Je lui ai dit que je ne peux pas vivre comme ça. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

Face au changement qui a bouleversé sa vie, le choix fut la fuite. En sachant qu'à cette époque-là, le divorce n'était pas si fréquent qu'aujourd'hui, son choix est révélateur du choc qu'elle a subi. Le fait de vouloir profiter du mariage pour l'accomplissement de son rêve montre bien que ^{Mme} Seong est loin de posséder un caractère soumis et conservateur, tout en acceptant la dépendance financière à l'homme. Son caractère s'incarne dans son rêve « danseuse », métier très dynamique. Pour une telle personnalité qui semble loin du « modèle idéal » de l'aidante principale (doux, soumis, sacrificiel, patient, disponible, calme...), les « soi possibles » ont mis un temps très long à paraître. Après être rentrée à la maison, l'angoisse l'a conduite à plonger dans les « conflits d'habitudes », mais elle a relevé le défi en s'occupant d'abord de la cuisine, dont se chargeait jusqu'ici son mari.

« Je pense que la personne peut être amenée à tout faire si la situation le lui impose. Je ne savais même pas si je pourrais aussi bien m'arranger. Je me suis bien débrouillée. J'ai fait la cuisine en regardant les recettes des livres ou à la télé... Autrefois, c'était mon mari qui faisait la cuisine pour moi, même le *kimchi*. Mais c'est moi qui ai fait ça aussi. J'ai fait comme ça avant notre cohabitation. Je leur ai apporté des repas à l'hôpital ou chez eux. En le faisant, l'idée de prendre en charge mes beaux-parents s'est ancrée. Je me disais qu'on ne pouvait pas faire autrement, je dois m'occuper d'eux. Sinon comment faire ? Je dois vivre comme ça, je n'ai pas d'espoir... à un tel âge si jeune, moi... Je n'avais pas d'autre choix que vivre comme ça... J'ai passé un an et deux ans avec de telles pensées, puis après je me suis résignée. Mais de temps à autre, j'avais encore envie de faire mes valises, mais j'avais déjà mon bébé... je ne pouvais pas... Ma vie est toute finie. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

^{Mme} Seong n'était pas une « ménagère », elle ne savait même pas cuisiner, son enfance est loin de celle des autres aidantes principales, notamment ^{Mme} Hyosun, ^{Mme} Sun, ou ^{Mme} Jong, qui, se sont occupées de leurs familles, en tant qu'assistante de leurs mères, et qui ont continué à accomplir des tâches ménagères avec habileté et sans difficulté. Mais le changement radical l'a

transformée. Il est nécessaire de rappeler que sa mère était belle-fille aînée dans une famille ultra-traditionnelle qui pratiquait les rites confucianistes. Celle-ci souffrait de prendre en charge ses beaux-parents dépendants, et ^{Mme} Seong a grandi en la voyant ainsi « j'ai dit à ma mère que je me marierai avec un orphelin. Je détestais même le mot 'belle' de belle-famille » et « on dirait que le destin est transmis... ». Sa fille, âgée de 24 ans, a grandi depuis sa naissance en voyant sa mère en larmes à cause de la prise en soin de sa grand-mère, elle lui a souvent déclaré qu'elle ne se marierait jamais : « elle m'a dit qu'elle déteste les hommes, et qu'elle ne veut pas vivre comme moi ». Ainsi, on peut penser que les « soi possibles » peuvent être « le produit de l'expérience de socialisation dans des contextes sociaux multiples et hétérogènes »⁸⁵⁰, ou bien la continuation de l'accumulation de l'expérience de socialisation pour la mise en place d'une habitude nouvelle⁸⁵¹.

Si ^{Mme} Moun n'a pas autant de conflits de schèmes d'action que ^{Mme} Seong, c'est parce que les soins concernent sa mère. Pour ^{Mme} Seong, sa belle-mère est vécue comme une « étrangère » malgré le lien d'affinité. Le rôle d'aidante principale lui a été imposé l'année de son mariage et dans un état où elle n'avait pas de lien particulier (affectueux surtout) avec elle : « Si je l'ai fait, c'est seulement parce que cette tâche m'a été confiée. Ce n'est pas moi qui voulais la prendre en charge... »

2.2. *Moyen alternatif*

Les « soi possibles » peuvent être une adaptation parfaite, mais dans la plupart des cas c'est une adaptation minimale qui a besoin d'effort pour devenir l'habitude⁸⁵². Souvent, les aidantes principales trouvent une compensation dans une alternative qui les satisfait plus ou moins. Lorsque ^{Mme} Seong vivait dans l'angoisse en pensant « ma vie est toute finie », elle a entendu dire qu'une école de danse serait ouverte à proximité de chez elle. Son rêve alternatif a commencé à se réaliser.

« À cette époque-là, je vivais la galère, mon beau-père était là. Tous les deux allaient se coucher tôt le soir. J'ai pu donc sortir à leur insu. Le cours commençait à 20h30. Depuis ce moment-là, je suis devenue tonique. Je me suis dit « ah, je pourrai vivre comme ça. ». À partir de là, je me suis réjouie de vivre en prenant soin de mes beaux-parents et en faisant de la danse comme je voulais. J'étais très heureuse au point de chantonner à mon insu. Si j'ai pu vivre jusqu'à maintenant avec joie en prenant en charge mes beaux-parents, c'est grâce à la danse. Bien sûr que c'est aussi parce que mes enfants se conduisent correctement, mais la danse... La danse me rend joyeuse, je l'apprends, je donne des cours, je me déplace pour

⁸⁵⁰ B. Lahire. 2001. *op.cit.* p.60.

⁸⁵¹ J.-C. Kaufmann. 2011[1997]. *op.cit.* p.217-219.

⁸⁵² *Ibid.* p.226.

donner des concerts... » ^{Mme} Seong (belle-fille)

Lors de l'entretien, ^{Mme} Seong était habillée de façon jeune et originale. Elle nous a même dit que les gens la voyaient très jeune. Sur sa mine, ne transparaisait aucun signe de fatigue ni de mécontentement, elle nous a parlé gaiement, même si elle avait des sanglots dans la voix quand elle racontait quelques épisodes sur sa belle-mère. Son rêve alternatif l'a sûrement aidée à s'adapter au rôle d'aidante principale, tout comme sa personnalité qui l'a également aidée à « relever le défi ».

« Je me suis dit que si je ne pense pas à la difficulté de la prise en charge de mes beaux-parents et si je vis joliment comme ça, le bonheur m'arrivera. On m'a dit que si on respecte bien ses parents, le bonheur se transmet à ses enfants. Je me sens exactement comme ça. Si j'écris un livre, j'aimerais bien écrire ça : « les conflits entre belle-mère et belle-fille n'existent pas ». La manière de penser importe. Si on a une chose qui rend joyeux, grâce à laquelle tout devient heureux. Il ne faut pas faire une grimace, mais sourire malgré l'humeur désagréable. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

^{Mme} Kang se définit elle-même comme ayant un caractère masculin. Comme la mère de ^{Mme} Seong, elle était belle-fille dans une famille ultra-traditionnelle, mais elle a divorcé il y a quinze ans. Pendant 10 ans, elle n'a pas pu voir ses enfants, qui étaient collégiens à cette époque, à cause de conflits avec son ex-belle-famille. Elle ne faisait que travailler, et elle n'a jamais cessé depuis puisqu'elle a dû fermer sa boutique pour la prise en charge de sa mère. Elle disait souvent à sa famille qu'elle habiterait avec sa mère plus tard, quand celle-ci aurait besoin de soins. Lorsque le moment est venu, ^{Mme} Kang a vécu les conflits entre son « petit cinéma » et sa réalité imposée.

« Étant petite, j'aimais monter dans la montagne, pas en randonnée mais je montais avec une corde. C'est pour ça que mon père m'a souvent interdit de sortir mais je fuyais à l'aube. Moi, je dois pouvoir faire ce que je veux. [...] J'ai gagné pas mal d'argent. Quand ma mère n'allait pas bien, j'avais pensé à un établissement de soins parce que je devais travailler. Mais comme je lui avais souvent promis que je la prendrais en charge... il me fallait tenir parole. » ^{Mme} Kang (fille)

Ayant souffert de son expérience de belle-fille dans une famille imprégnée de valeurs traditionnelles, ^{Mme} Kang, en aparté, nous a indiqué qu'elle avait élevé ses enfants de manière indépendante. Ceci, ajouté à son caractère libre et à son divorce, nous laisse supposer qu'elle ne devait pas avoir un caractère soumis. Aujourd'hui, elle mène sa vie loin de toute dépendance financière ou mentale. Mais pour elle qui n'a pas vu ses enfants pendant plus de dix ans et qui n'a fait que travailler pour survivre, arrêter l'activité professionnelle a dû être très difficile. Au regard de son rôle, elle ne cache pas qu'elle compare ce qu'elle fait à présent (situation donnée)

avec ce qu'elle faisait auparavant (son « petit cinéma », auquel s'accorde sa vie).

« Jusqu'à maintenant, je ne l'ai pas regretté parce que je l'avais promis à ma mère... et ça c'était évident pour moi. Mais depuis peu, une pensée me vient souvent « qu'est-ce que je fais maintenant... mon affaire a bien marché il y a quelques années. moi je suis une personne qualifiée... je dépense tout pour maman. Comment je fais moi. » »^{Mme Kang (fille)}

Pendant l'entretien, elle essayait de penser de façon positive et chaque fois qu'elle allait citer un inconvénient, elle finissait ses propos de façon imprécise. Cela évoque ce que dit J.-C. Kaufmann sur les compensations symboliques des personnes qui s'efforcent de penser au côté positif. D'ailleurs, cette attitude ne cherche pas à mentir à l'enquêteur, mais à se mentir un peu à soi-même, afin de construire « une mise en scène de l'action pouvant ouvrir à une évolution favorable »⁸⁵³.

« L'entretien du ménage comme l'électricité ou le bricolage, etc. tout est à ma charge. On me demande souvent comment je peux rester à la maison comme ça... Oui c'est vrai que je suis une personne qualifiée... Toute personne qui menait une telle activité l'est... enfin bon je vais bien... »^{Mme Kang (fille)}

« Malgré le caractère mouvant – suivant les situations - et changeant – dans le temps – de l'identité, le sujet garde une conscience de son unité et de sa continuité, de même qu'il est reconnu par les autres comme étant lui-même »⁸⁵⁴. En ce sens, il nous semble que ^{Mme Kang} justifie « son propre caractère » à partir de ce que son entourage dit d'elle. Cela lui apporte sans doute un réconfort parce que quelqu'un sait comment elle était avant et connaît l'évolution de sa situation. Et si ses idées ambivalentes signifient qu'elle vit toujours les conflits intérieurs, il semble que le diplôme d'aide-soignante, et son nouveau statut d'aide-soignante familiale⁸⁵⁵ l'aide à répondre à son « petit cinéma ». Ce « métier » lui permet de réconcilier sa vie professionnelle et sa vie actuelle à la maison, en s'occupant de sa mère :

« Je vais toucher bientôt ma première rémunération. On est toujours bien quand on reçoit de l'argent ». Il est intéressant de noter que la prise en charge de sa mère l'a conduite à changer l'orientation de son projet de vie : « je pense qu'après le décès de ma mère, je vais travailler en tant qu'aide-soignante. [...] Mon rêve c'est de créer un espace dans lequel les personnes âgées et les enfants pourront passer du temps ensemble. »^{Mme Kang (belle-fille)}

2.3. Effort de concilier son petit cinéma et sa réalité

Les « soi possibles » demandent de relever constamment un défi, car les habitudes déjà établies « résistent, s'incrument ; elles ont un poids qui les rend difficiles à réformer. Même quand elles

⁸⁵³ *Ibid.* p.234-325.

⁸⁵⁴ V. de Gaulejac. 2009. *Qui est « je » ?*. Sociologie clinique du sujet, Paris, Édition du seuil, p.66.

⁸⁵⁵ Nous en parlerons en détail plus tard. Voir B-4 du chapitre 1 dans la Partie III.

entrent en disgrâce, qu'elles ont perdu leur évidence, qu'elles sont répétées à contrecœur »⁸⁵⁶. Certaines aidantes principales qui ont manifesté les conflits d'habitude, même après avoir trouvé les « soi possibles », ont cherché à ne pas lâcher leurs « petits-cinéma ». Mme Souk, étant « naturellement » devenue aidante principale du fait de son statut de célibataire, était auparavant une femme très indépendante et avait beaucoup d'activités professionnelles après avoir obtenu un doctorat en théologie. Avant de s'occuper de sa mère, son caractère, dit-elle, tenait du masculin, centré plus sur le travail que sur la relation. C'est-à-dire qu'elle s'était habituée à mener une vie individualiste pour la réalisation de soi.

« Moi je suis la personne qui privilégie le travail, et pas les relations. Le caractère masculin se manifeste fortement en moi, même si je suis une femme. Plusieurs fois, j'ai vécu seule. Quand je suis seule, je me sens tout à fait libérée et j'en suis très heureuse. Mes loisirs sont le chant et le piano. J'ai fait partie d'un groupe de chorale, j'ai joué du piano et même dirigé une chorale... ça me manque... Mon temps... Moi ma devise c'était que je donnais plutôt de l'argent si quelque chose pouvait me priver de temps. Mon temps était prioritaire. Pourtant ça s'est effondré... » Mme Souk (fille)

Lors de l'entretien, cela faisait 4 ans qu'elle avait pris en charge sa mère. Au cours de la prise en charge, elle est « devenue professionnelle » des tâches de soin, dit-elle. Pourtant, gérer le symptôme d'Alzheimer de sa mère lui est toujours difficile, et elle ne cesse de comparer son comportement avec celui de son père, avec qui elle n'avait pas particulièrement de difficulté.

« Ce serait facile au moins si elle mangeait bien. Elle ne fait même pas d'efforts. En fait, mon père était un sage. Il est allé seul à l'hôpital et il a même lavé ses sous-vêtements lui-même. C'est rare de trouver un tel père. J'ai pris modèle sur lui. » Mme Souk (fille)

Les soins prodigués à sa mère la troublent. Elle rejette sur elle, en filigrane, l'impossibilité de travailler. Et nous pouvons deviner que sous l'influence de son père qui n'était certainement pas un homme conservateur, Mme Souk a pu sans doute construire l'identité indépendante qu'elle revendique. Elle a suivi une éducation supérieure qui lui a permis d'exercer des activités sociales dynamiques. Mettant, comme Mme Kang, l'accent sur son caractère « masculin », Mme Souk est contrainte de consacrer à sa mère tout le temps, qu'elle employait auparavant entièrement pour elle-même. Il semble que son « petit cinéma » prenne fin.

« Ah, mon existence, elle a tout à fait disparu... puisque depuis plus de quatre ans déjà, on dirait qu'il n'y a pas de *hyoza* face à la maladie de longue durée. J'ai 54 ans, c'est un âge où on travaille... Plus tard je n'aurai plus l'occasion de travailler... Les autres sont bien dans leur peau à mon âge, comme le sont mes amis, tandis que moi je mène une vie de galère. c'est une période très importante tandis que je suis en break. Personne ne fera appel à moi, même si je

⁸⁵⁶ J.-C. Kaufmann. 2011[1997]. *op.cit.*p.228.

suis experte en enseignement sur la mort. C'est rare de trouver une personne titulaire d'un doctorat qui a étudié sur ce sujet. C'est pour ça que j'ai pu survivre dans mon domaine parce que je suis un des précurseurs en Corée. En fait, en prenant mon père comme modèle, j'ai inventé la méthode d'écriture de biographies illustrées par des photographies. C'est un travail significatif. Moi ma carrière marchait bien mais je suis à bout parce que j'ai tout arrêté à cause de ma mère... On me dit souvent « vous avez beaucoup de choses à faire. Si votre mère se rétablit, vous pourrez continuer » ... Mais enfin... »^{Mme Souk (fille)}

Son inquiétude est un révélateur de l'insécurité sociale à l'âge de la retraite, dans la société coréenne. Malgré les dérégulations du travail aujourd'hui⁸⁵⁷, la population à l'âge de retraite est marginalisée sur le marché du travail, du fait que le vieillissement est considéré comme la baisse des capacités physiques et intellectuelles. Dans la société du risque, on s'inquiète de la perte de travail, puisque le travail est toujours un moyen qui assure la sécurité de l'individu, à la fois matériellement et psychologiquement. De ce point de vue, l'individu tend à accorder son identité à son travail. ^{Mme Souk} pense que son travail est le seul moyen qui puisse justifier son existence. Elle insiste sur les droits des aidants à éprouver de la joie à avoir du temps personnel, et elle manifeste la difficulté de la position asymétrique qu'elle subit. Durant l'entretien, elle n'a cessé de raconter sa vie d'avant, quand elle exerçait activement plusieurs activités professionnelles. Toutefois, le fait d'être pasteur et de donner, de temps en temps, des cours sur la mort dans plusieurs centres de bien-être pour personnes âgées, lui demande d'accorder les connaissances et l'action. Cela lui permet de ne pas abandonner sa forte identité, tout en jouant le rôle d'aidante principale. D'ailleurs, elle est en train de préparer la publication d'un ouvrage sur la mort.

« Si je pense autrement, moi j'ai étudié la mort. Si je ne suis pas avec ma mère, ça ne correspond pas à ce que je fais. Ingratitude... Alors je me dis que c'est le chemin que je dois emprunter en le vivant pleinement. En prenant soin d'elle je suis témoin direct de la fin de vie et je pourrai plus tard prendre son exemple dans mes cours, si je dis la vérité. [...] J'étais en train de rédiger un livre. J'ai dit que je transmettrai mes manuscrits à la maison d'édition dans une semaine. Une semaine est devenue quatre ans... Je connais un pasteur éditeur à qui j'ai demandé la relecture. Avant de lui envoyer le texte, j'ai dit que je le relirai d'ici une semaine. Mais cette fois-ci qu'est-ce que c'est... elle a été hospitalisée en janvier... encore en février... puis encore en mars... Elle était hospitalisée chaque mois. J'avais des cours à donner en avril et en mai. Dis donc, qu'est-ce que ça veut dire ça, je publie ou pas... Je n'aurai pas le temps de relire. Je devrai déposer les manuscrits sans révision. »^{Mme Souk (fille)}

Les soins prodigués à sa mère, elle les pense en lien avec son travail, comme une sorte de mise en pratique de ce qu'elle a étudié et de ce qu'elle va enseigner. Elle exprime toutes les situations contraintes, qu'elle a vécues et qu'elle va vivre, en pensant à son « petit cinéma », à la

⁸⁵⁷ R. Castel. 2009. *La montée des incertitudes*, Paris, Seuil.

réalisation de soi. En tant que pasteur, elle cherche à accorder sa vie avec sa conviction professionnelle, qu'elle considère comme une vocation imposée par Dieu. M. Weber a montré que les protestants travaillent pour la gloire de Dieu. Souk nous a souvent dit qu'elle devait se conduire correctement afin de ne pas humilier Dieu⁸⁵⁸. Et son livre à publier joue le rôle rassurant son « petit cinéma » même si la publication est retardée. Ce retard lui rappelle constamment « qui elle est » et « ce qu'elle a à faire ». La parole survole tandis que l'écrit reste. Son ouvrage, une fois publié, lui permettra de prouver « qui elle est ».

3. À la recherche de la reconnaissance

Selon J.-C. Kaufmann, « plus la représentation de la compétition interindividuelle se développe, plus les individus se persuadent de leur responsabilité personnelle ». Actuellement le mode de reconnaissance (le plus souvent par les compliments) est souvent utilisé dans le management comme une stratégie technique de gestion personnelle et de domination⁸⁵⁹ : « les êtres humains aspirent à des reconnaissances symboliques infiniment plus qu'ils ne recherchent la satisfaction des sens »⁸⁶⁰. Selon A. Honneth, l'ensemble de nos relations à autrui passe par des attentes de reconnaissance⁸⁶¹. L'image que l'individu se fait de son soi, de ses capacités et de ses qualités, dépend du regard d'autrui. Les individus tendent donc à puiser l'image positive du soi dans la reconnaissance d'autrui, telle que le regard, les jugements et les comportements, ce qui constitue la quête de la confiance en soi. D'après E. Goffman, un acte soumis à une règle de conduite constitue « une forme de communication »⁸⁶². Si l'échange est considéré comme une unité concrète fondamentale de l'activité sociale, les personnes qui bénéficient de l'offre doivent « l'accepter comme étant un moyen satisfaisant pour rétablir l'ordre expressif qui leur permet de sauver la face »⁸⁶³. En ce sens, le manque de reconnaissance correspondra à la perte de l'équilibre de l'interaction.

« D'où l'importance de la reconnaissance et les difficultés qu'engendre son absence, par exemple lorsque les aidés se plaignent, expriment constamment leur contrariété ou leur désaccord en regard de l'aide qu'ils reçoivent, font des reproches au lieu de remercier, se sentent contrariés par ce qu'on leur suggère ou ce que l'on fait. L'identité, la responsabilité qui est au centre, et les tâches par lesquelles elles s'expriment, demandent à être reconnues. »

864

⁸⁵⁸ Sur ce point nous nous attarderons plus tard dans le texte sur la religion.

⁸⁵⁹ E. Renault. 2009. « En quête de reconnaissance », In C. Halpern. *op.cit.* p.126.

⁸⁶⁰ J.-C. Kaufmann. 2004. *op.cit.* p.192.

⁸⁶¹ A. Honneth. 2007. *La lutte pour la reconnaissance*, traduit par P. Rusch, Paris, Les Éditions du Cerf.

⁸⁶² E. Goffman, 2015 [1967]. *op.cit.* p.46.

⁸⁶³ *Ibid.* p.21-23.

⁸⁶⁴ F. Saillant et É. Gagnon. 2001. *op.cit.* p.66.

Ainsi, la reconnaissance permet à chacun de justifier son existence et son identité⁸⁶⁵. L'estime de soi est une des sources de l'énergie nécessaire à l'action⁸⁶⁶. Selon C. Dubar, le déni de reconnaissance peut entraîner des crises identitaires en agressant, humiliant et faisant souffrir le soi de l'individu, et ce dernier se sent orphelin de ses identifications passées, blessé dans ses croyances incorporées⁸⁶⁷. C. Dejours montre que le sentiment d'injustice se manifeste chez des salariés subissant un manque de reconnaissance de la part des collègues ou des cadres⁸⁶⁸. Et selon V. Caradec, si le décès du conjoint conduit à un affaiblissement de soi, et si le conjoint survivant ne parvient pas facilement à construire une nouvelle identité, c'est parce que le conjoint décédé, qui maintenait l'identité de son partenaire par sa présence et son regard, et qui confirmait et assurait la valeur de son partenaire, n'est plus là⁸⁶⁹.

Ainsi, l'entourage, tel que la famille et les amis, devient un évaluateur⁸⁷⁰. Pour les aidantes principales, il semble que la question de la reconnaissance d'autrui, de la part des proches âgés dépendants ou des membres de leurs familles, se pose de façon non négligeable au cours de la prise en soin. Les aidantes principales ne prennent normalement pas soin de leurs proches âgés dépendants dans l'espoir que les autres reconnaissent leur peine, mais leur présence ou le manque de reconnaissance semble les impacter⁸⁷¹.

« Dans la parenté, ceux qui donnent ne s'attendent pas à recevoir de la personne aidée une aide égale ou équivalente. On se réfère donc rarement au principe d'égalité dans les fréquents rapports entre donateurs et donataires d'aide de diverses natures (services, secours monétaire, etc.). Bien sûr, on s'attend à une certaine manifestation de reconnaissance (petit cadeau, hospitalité dans le cas de corvées..) »⁸⁷²

3.1. « Personne ne reconnaît mes efforts »

Exprimée par des paroles ou des gestes de remerciement, la reconnaissance pour la prise en charge soutiendrait le moral des aidantes principales, et aurait un effet positif. Ces formes d'expression du remerciement sont un moteur qui allège la souffrance psychologique de la prise

⁸⁶⁵ J.-C. Kaufmann. 2004. *op.cit.* p.187. Éventuellement, l'individu pourrait reconnaître le soi par soi-même alors que cela ne fait pas une véritable reconnaissance en tant qu'être social. Cela risque de conduire l'individu à se mettre dans un narcissisme authentique.

⁸⁶⁶ J.-C. Kaufmann. 2004. *op.cit.* p.79.

⁸⁶⁷ C. Dubar. 2010. *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF, p.167.

⁸⁶⁸ C. Dejours. 2005. *Le Facteur humain*, 4^{ème} édition, coll. « Que sais-je ? », Paris, PUF.

⁸⁶⁹ V. Caradec. 2007. *op.cit.* p.188-189.

⁸⁷⁰ J.-C. Kaufmann. 2004. *op.cit.* p.190. Il devient également des concurrents potentiels hautement plus complexes à gérer. En effet, alors qu'il peut « fournir la reconnaissance la plus significative, il est également en quête de regards de compréhension et de bienveillance sinon d'amour ».

⁸⁷¹ J. S. Hwang et J. N. Kim. 2000. «The study of resources use and Caregivers Stress in giving Home-Care for the Frail Elderly », *Journal of the Korea Gerontology Society*, vol.20, no.2, p.229-244.

⁸⁷² J. T. Godbout. 2000. *Le don, la dette et l'identité. Homo donator vs homo aconomicus*, Paris, La découverte, p.24.

en charge⁸⁷³. Si un proche âgé, atteint de troubles mentaux, est incapable d'exprimer un remerciement, ou si les membres d'une famille ne font qu'exiger de l'aidante sans eux-mêmes participer aux soins, l'aidante peut éprouver un sentiment de vide ou perdre peu à peu le sens de sa propre vie. *Stricto sensu*, la prise en charge d'un parent âgé nécessite la solidarité familiale, mais comme nous l'avons vu, cette tâche est remplie principalement par les aidantes principales. Qu'elles l'assument par choix ou pour respecter la norme sociale, on peut supposer qu'elles sont en droit d'attendre un peu de reconnaissance de la part des membres de leurs familles. Pourtant il apparaît qu'elles ne sont pas facilement reconnues.

Effectivement, les aidantes principales ne sont pas très heureuses d'accueillir les membres de leurs parentés. Venant voir leur mère, les frères et sœurs de ^{Mme} Souk se contentent de faire des remarques sur ce qui ne leur plaît pas, sans apporter aucune aide.

« Une fois qu'ils viennent là, chacun d'eux me demande pourquoi la maison n'est pas bien rangée. Ils se contentent de critiquer en n'aidant même pas à ranger un peu. Ils me demandent même de ne pas répliquer à cette remarque. Je fais de mon mieux, alors qu'ils me disent ne pas pouvoir respirer quand ils viennent. Pourtant je dois m'occuper de tout s'ils viennent voir maman. J'aimerais bien me reposer au moins pendant ce petit moment-là, mais il me faut préparer les repas pour eux, alors que je ne suis pas libre du tout parce que j'ai aussi du travail à faire. Ils ne me comprennent pas. » ^{Mme} Souk (fille)

On se rappelle que ^{Mme} Souk a reçu une moitié de l'héritage de son père avec l'accord des membres de sa fratrie, à la condition d'arrêter toutes ses activités professionnelles pour se consacrer à la prise en soin de leur mère. Ses frères et sœurs estiment ainsi avoir déjà manifesté leur reconnaissance sous forme d'argent, et avoir le droit de lui faire des remarques concernant la prise en soin de leur mère. ^{Mme} Souk n'a pas d'autre choix que d'être soumise, même à contrecœur à la parole de sa fratrie. Il en va de même pour ^{Mme} Byeon qui s'est dévouée pour prodiguer les soins à sa belle-mère et même à sa belle-grand-mère auparavant. Elle a l'impression que sa belle-famille ne reconnaît pas ni n'apprécie ce qu'elle (a) fait.

« Ce qui me fait mal au cœur, c'est que personne ne reconnaît mon travail, ni n'apprécie la prise en charge que j'ai assumée jusqu'à présent, même lors des soins de ma belle-grand-mère. Ils ne font que des paroles. On est toujours blessé à cause des personnes. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Toutefois, après un instant de réflexion, elle nous a révélé qu'elle s'est comportée de la même façon avec sa belle-sœur qui s'occupait de sa propre mère atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis un an.

⁸⁷³ I. S. Suh. 2000. *The Experiences of Daughters-in-Law Taking Care of their Demented Mothers-in-Law*, Thesis for Ph.D in Social Welfare, University of Ehwa. Seoul.

« Ma mère est avec ma sœur maintenant, mais au début elle était chez mon frère. Lorsque maman était chez lui, j’y allais en tant que fille. Je me suis aperçue que je me conduisais alors vis à vis de ma belle-sœur (femme de son frère) de la même manière que mes belles-sœurs et beaux-frères le font chez nous. Chaque fois que je l’ai pensé, je me suis dit qu’il ne faudrait pas demander aux autres ce que moi-même je ne pourrais pas faire. En n’aidant pas chez les autres, on ne sait que demander pourquoi tu n’as pas fait ça ou ça, tandis que la personne qui le fait essaie de faire de son mieux. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Pour ceux qui ne participent pas à l’aide, la plupart des soins apportés à leur proche âgé dépendant reste quasi invisible. Prendre soin ne signifie pas simplement apporter une aide instrumentale pour les actes quotidiens, mais s’occuper de tout ce qui concerne le bien-être de la personne aidée. ^{Mme} Byeon a pu envisager le point de vue holistique de l’aide en jouant les deux rôles à la même époque, celui qui prodigue le soin et celui qui ne le fait pas. Par ailleurs, elle insiste sur son droit à rester digne, comme une compensation au manque de reconnaissance d’autrui. Le manque de reconnaissance perturbe l’estime de soi, si bien qu’elle cherche à la rééquilibrer.

« En fait, je suis croyante mais les autres non. Du coup, pour ma part, il me faut aller à l’église chaque dimanche. Mais si un jour de fête traditionnelle, tel que le nouvel an lunaire ou *Chusuk* (*Thanks giving day* en anglais, jour qui permet de réunir tous les membres de la famille à l’occasion de la moisson) tombe un dimanche, je vais malgré tout à l’église sans culpabilité en laissant ma belle-mère au soin des autres membres. Ça signifie que puisque je m’occupe d’elle tout le temps, j’ai le droit de dire : occupez-vous d’elle au moins cette fois pour une journée. Vous verrez combien c’est difficile. J’ai le droit d’aller à l’église. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

3.2. *Ambivalence de reconnaissance*

La reconnaissance des proches âgés permet à leurs aidantes principales d’avoir l’estime de soi, et d’être motivées pour le rôle qu’elles occupent.

« Elle manifeste quand même des remerciements. Elle dit « je vis grâce à toi, ma sœur. Je t’aime bien toi, ma sœur. Je n’ai que toi, ma sœur. Je n’ai besoin que de toi, ma sœur ». Si elle dit comme ça, ça me touche. » ^{Mme} Souk (fille)

^{Mme} Moun est très intime avec sa mère et remarque que celle-ci est devenue très affectueuse avec elle. Même si elle lui consacre tout son temps, l’affection de sa mère l’encourage à nourrir son estime de soi.

« Je lui ai dit « tu ne penses pas que ta fille est vraiment sincère ? », elle m’a répondu « évidemment, sans toi, je serais déjà là-haut. Je t’aimerai jusqu’à ce que la mort m’en empêche ». Ma mère m’apprécie beaucoup. Ça me fait très plaisir. » ^{Mme} Moun (fille)

Mme Seong, qui prend soin de sa belle-mère depuis plus de 21 ans (lors du premier entretien), éprouve le sentiment de son efficacité par la reconnaissance non seulement de sa belle-mère mais aussi de sa famille et de tout son entourage.

« On me demande souvent comment je prends soin d'elle alors que c'est une tâche pas facile du tout. Chaque fois qu'on me demande ça, je me trouve très courageuse en me rappelant ce que j'ai fait jusqu'à maintenant pour elle. Ça m'encourage d'autant plus. Ça fait déjà 21 ans que je la prends en charge à la maison. 21 ans ! Vous pouvez imaginer ? Je n'arrive même pas moi-même à comprendre comment j'ai pu... » Mme Seong (belle-fille)

Mme Seong est également reconnue par son beau-frère cohabitant. Chaque fois qu'elle se met en colère contre sa belle-mère, il la reconforte en lui disant « belle-sœur, retiens-toi, parce que tu es un ange ». Nous verrons combien sa belle-mère était fière que sa belle-fille soit sincèrement gentille avec elle, comme si elle était sa fille. Cela montre bien que les belles-filles ne sont plus aussi dévouées qu'auparavant, et que leurs comportements sont devenus formels aujourd'hui⁸⁷⁴. Stimulée par cette reconnaissance de sa belle-mère, Mme Seong, à son tour, défend le caractère de cette dernière qui est connu comme « particulier » dans son quartier, à tel point que certains coiffeur et personnel de clinique ne souhaitent pas qu'elle vienne.

« Moi aussi, franchement, j'ai peur d'elle, mais moi non plus je ne comprends pas. Je ne comprends pas... Je pense à prendre soin d'elle jusqu'à sa mort. Je me demande qui d'autre que moi peut s'occuper d'elle... Si elle criait ou n'en faisait qu'à sa tête, je pourrais penser différemment... mais elle a bien écouté mes paroles. Mon beau-père m'a souvent insultée quand j'avais fait une erreur. Malgré tout, j'ai laissé faire comme ça, et j'ai fait la cuisine comme si de rien n'était. Je n'ai jamais évité mon rôle. Chaque fois qu'il l'a fait, ma belle-mère m'a bien défendue. Son cœur est très joli. Elle dit tout le temps aux personnes que sa belle-fille est très gentille et qu'on ne peut acheter nulle part un tel ange même en payant. Les autres personnes ne comprennent pas si je leur dis que ma belle-mère est très gentille. Mais c'est parce qu'elles ne connaissent pas vraiment son caractère. Elle n'est pas ouverte aux autres autant qu'à sa famille... » Mme Seong (belle-fille)

La reconnaissance n'est pas forcément exprimée par des compliments. Mme Byeon, dont la belle-famille est avare de remerciements, a de l'affection pour sa belle-mère qui l'apprécie. Cette dernière manifeste ses émotions de façon indirecte, mais Mme Byeon en a conscience.

« En faisant sa toilette, je lui ai dit « je t'aime bien ». Je pense qu'elle a réfléchi à ma place, elle a réagi en me disant « tu dois t'ennuyer... tu dois t'ennuyer... ». J'ai l'impression qu'elle n'arrivait pas à exprimer ses sentiments désolés pour moi. Sa réponse m'attriste. » Mme Byeon (belle-fille)

⁸⁷⁴ Il est nécessaire de se rappeler les termes japonais qui désignent les attitudes des belles-filles, « *gimu* » et « *giri* » et ces différences.

Si certaines aidantes principales ne sont pas facilement reconnues par d'autres, proposer le rôle de remplaçant, par exemple, est efficace. La sœur aînée de ^{Mme} Jong, qui avait refusé au début d'assumer cette tâche de soin, a eu l'occasion de s'occuper de sa mère pendant une semaine. Cette expérience lui a donné l'occasion de reconnaître la peine de sa sœur, ^{Mme} Jong.

« À un moment donné, ma petite sœur a reconnu que j'avais de la peine pour assurer les soins de maman, et comme elle n'est pas disponible pour s'occuper de maman, elle l'a emmenée et confiée à notre sœur aînée. Une semaine après, lorsque je suis allée la chercher, ma sœur aînée a pleuré en me voyant. Elle m'a dit « comment je pourrais faire pour toi moi... Je ne savais pas à quel point cette tâche est difficile... Je suis désolée. ». Je lui ai dit que ça va, c'est ma fatalité et j'ai dépassé ça maintenant. » ^{Mme} Jong (fille)

« C'est ma fatalité », dit-elle. Elle qui n'a jamais eu de liberté à cause du *sizipsal-i* depuis le début de son mariage, a une attitude totalement différente de celle qu'elle avait au début, car elle en voulait à sa sœur aînée qu'elle jugeait indifférente à sa situation.

Curieusement, ^{Mme} Seo, dont la pression psychique est relativement plus forte que chez les autres aidantes principales, reçoit la reconnaissance de ses deux belles-sœurs. Mais cette reconnaissance a un effet paradoxal. Car plus elle est appréciée par elles, plus elle ressent le fardeau psychique, ce qui l'amène à se préoccuper toujours davantage des soins.

« On reconnaît mon travail alors je ressens une lourde charge mentale. Je me dis souvent qu'il faut mieux faire... on m'apprécie tant qu'il faut vraiment bien faire... Ma belle-sœur m'a dit que ce n'est pas la peine de tout faire parfaitement, mais pour ma part, je pense quand même qu'il faudrait que je fasse de mon mieux le plus possible. » ^{Mme}Seo (belle-fille)

La pression psychique la conduit à se préoccuper toujours de l'heure (en cherchant l'horloge des yeux). Cela pourrait peut-être s'expliquer par la quête de reconnaissance en continu. Les membres de sa belle-famille apprécient ^{Mme} Seo à qui ils ont confié en quelque sorte la « transmission de leur souci ». L'inquiétude permanente, qui devrait être la leur, n'a fait que se déplacer sur elle.

« En fait, mes belles-sœurs sont trop contentes que leur mère soit chez nous. Elles ont dit devant moi qu'elles auraient dû faire ça plus tôt et qu'elles se sentent à l'aise depuis que leur mère est ici... En plus elles ont dit qu'elles n'ont plus de souci et même pas besoin d'en avoir à propos de leur mère maintenant. Chaque fois qu'elles disent ça mine de rien devant moi, je suis embarrassée. Je ne sais pas comment réagir à ça. » ^{Mme} Seo (belle-fille)

Pour ^{Mme} Seo, la reconnaissance de ses belles-sœurs semble inappropriée. Car il s'agit moins de remerciements pour la prise en soin de leur mère que de la reconnaissance de les avoir libérées de leur propre responsabilité envers elle. Ainsi, la reconnaissance par les autres membres de la famille peut avoir un côté pernicieux et conduire les aidantes principales à assumer toujours plus

et mieux les tâches nécessaires.

4. À la recherche de la gloire de Dieu

É. Durkheim, dans *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, définit la religion comme « un système solidaire de croyances et de pratiques relatives à des choses sacrées, c'est-à-dire séparées, interdites, croyances et pratiques qui unissent en une même communauté morale, appelée Église, tous ceux qui y adhèrent »⁸⁷⁵. Pourtant, au XXI^{ème} siècle, où la valeur de l'individu s'accroît, quand on parle de religion on a tendance à souligner davantage l'attitude spirituelle individuelle plutôt que la vie collective religieuse⁸⁷⁶. S'il est vrai que toutes les religions sont spiritualistes, c'est parce que « les puissances qu'elles mettent en jeu sont, avant tout, spirituelles et [que] d'autre part, c'est sur la vie morale qu'elles ont pour principale fonction d'agir »⁸⁷⁷. Le point de départ de la vie religieuse n'est pas le dogme qui nous fait réfléchir et enrichit notre connaissance, mais l'idéal qui nous fait agir et nous aide à vivre. Grâce à lui, le fidèle « sent en lui plus de force, soit pour supporter les difficultés de l'existence, soit pour les vaincre. Il est comme élevé au-dessus des misères humaines, parce qu'il est élevé au-dessus de sa condition d'homme ; il se croit sauvé du mal. »⁸⁷⁸

En ce sens, pour É. Durkheim, les aspirations religieuses pour une société idéale ne sont pas « purement illusoire », mais font partie de la société réelle comme « un produit naturel de la vie sociale » qui n'est rien hors de nous⁸⁷⁹. L'élément principal qui fonde la religion est non pas la croyance, mais le culte. Autrement dit, ce n'est pas la spiritualité en tant que telle, mais l'action, qui s'effectue en aspirant à l'idéal. Par l'action (les activités religieuses), les croyants peuvent sans cesse en prendre conscience, l'entretenir et la faire perdurer⁸⁸⁰. Mais cette concentration est « une exaltation de la vie morale qui se traduit par un ensemble de conceptions idéales où vient se peindre la vie nouvelle qui s'est ainsi éveillée ; elles correspondent à cet afflux de forces psychiques qui se surajoutent alors à celles dont nous disposons pour les tâches quotidiennes de l'existence. »⁸⁸¹. De ce fait, « les forces religieuses sont des forces humaines, des forces morales. »⁸⁸². Si les cultes d'aujourd'hui peuvent être individualisés ou intériorisés puisque les personnes ne se rassemblent pas forcément, c'est parce que la vie morale religieuse imprègne la

⁸⁷⁵ É. Durkheim. 1960 [1912]. *op.cit.* p.65.

⁸⁷⁶ M. Weber. 1992. *Essais de sociologie des religions*. I., Editions A Die trad. par J.-P. Grossein, p.42.

⁸⁷⁷ É. Durkheim. 1960 [1912]. *op.cit.* p.600.

⁸⁷⁸ *Ibid.* p.595.

⁸⁷⁹ *Ibid.* p.601-604.

⁸⁸⁰ *Ibid.* p.596-603.

⁸⁸¹ *Ibid.* p.603.

⁸⁸² *Ibid.* p.599.

vie quotidienne. Ce n'est qu'une transformation de la forme et la conscience collective demeure⁸⁸³.

La religion ne peut pas être étrangère à la pratique de la vie quotidienne, au contraire les deux sont toujours liées. Nous avons constaté que plus de la moitié des aidantes principales interrogées sont chrétiennes (protestantes), et elles nous ont parlé de leur attachement à la religion, grâce auquel elles ont pu continuer à prendre soin de leurs proches âgés, d'où la nécessité de nous attarder sur ce point. Comment la religion aide-t-elle les aidantes principales à faire face aux épreuves rencontrées ?

4.1. *Un péché le matin et une pénitence le soir*

Avec l'évolution des cultes collectifs vers les cultes individuels, la pratique de la vie morale chrétienne est passée d'un formalisme extérieur à une pratique intériorisée, et des anciennes aux nouvelles lois chrétiennes. Les caractéristiques de la loi ancienne étaient une série de règles dans lesquelles la concordance des comportements était importante. Les usages nouveaux ne consistent plus forcément à adopter en public une conduite conforme au dogme, mais ils s'effectuent plutôt en privé⁸⁸⁴. L'individu est désormais seul responsable de sa vie morale car le jugement formaliste des autres, qui pouvait lui imposer explicitement de la culpabilité dans le sens où « on me châtie, donc je suis coupable ⁸⁸⁵», n'a plus d'effet aujourd'hui. Ce regard extérieur est remplacé par son propre regard intérieur, c'est-à-dire par le jugement de Dieu à l'égard de soi-même⁸⁸⁶ : « je me sens coupable ». Ce sont aujourd'hui la subjectivité, l'authenticité et l'intentionnalité du sujet dans le déroulement de ses actes qui comptent. Toutefois, la conscience collective demeure : son regard ne peut pas être dissocié du regard de Dieu : « l'objectivité s'affirme, la subjectivité se rassure »⁸⁸⁷. Dans le monde chrétien, la culpabilité se manifeste sous le nom de péché⁸⁸⁸. Pas de péché sans foi ; pas de foi sans péché⁸⁸⁹. Pour le croyant, l'existence de Dieu est omniprésente : « Dieu voit tout ». Ayant peur de Son jugement, ^{Mme} Byeon souhaite prendre soin de sa belle-mère authentiquement (ou sincèrement),

⁸⁸³ « La religion semble tenir tout entière dans le for intérieur de l'individu, c'est encore dans la société que se trouve la source vive à laquelle elle s'alimente. » *ibid.* p.607.

⁸⁸⁴ Boltanski explique que la loi nouvelle souligne donc l'agapè ou l'amour au détriment de la justice. (L. Boltanski. 2011 [1990]. *op.cit.* p. 205-207.)

⁸⁸⁵ Cela nous rappelle l'exemple que nous avons pris pour l'homme qui n'a pas pleuré lors des obsèques de sa mère, voir le chapitre sur le hyo de la première partie.

⁸⁸⁶ Cela ne veut pas dire que la faculté de jugement envers soi-même est apparue lors de la loi nouvelle, mais seulement nous soulignons que la subjectivité est renforcée au détriment du formalisme auparavant.

⁸⁸⁷ J. Sarano. 1957. *La culpabilité*, Paris, Armand Colin, p.135.

⁸⁸⁸ « le péché, [...] implique ma relation vivante avec [...] Dieu. Il est référence à mon Dieu et à notre Alliance, à laquelle je ne suis jamais assez fidèle. Mon sentiment de manquer à Dieu, de ne pas répondre à Son amour par autant d'amour, traduit une expérience aussi concrète qu'insondable, qui a nom péché » (*idem.*)

⁸⁸⁹ *Ibid.* p.134-135.

et non pas par obligation en accomplissant des actes à contrecœur.

« Si les parents ont sept enfants, ils les élèvent tous, même au détriment de leur santé. Mais je pense que c'est rare de trouver des enfants qui aiment leurs parents de la même façon que les parents aiment leurs enfants. C'est pour ça que je me repens et que je m'efforce de ne pas être hypocrite parce que je serai jugée devant Lui. Il connaît si je fais les choses sincèrement ou fausement. Ça me fait peur. Il a reproché aux pharisiens d'avoir agi fausement et d'avoir fait semblant de croire en Dieu seulement en apparence, par le respect des formalités. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

^{Mme} Byeon regrette d'avoir été mécontente lors de la prise en charge de sa belle-grand-mère. À cause de cette mauvaise pensée, elle croit que Dieu, qui sait tout, lui impose à nouveau d'assumer des soins, pour sa belle-mère cette fois.

« Quand j'étais enceinte, j'avais beaucoup de difficultés pour prendre soin de ma belle-grand-mère. À ce moment-là, je souhaitais que Dieu l'emmène le plus vite possible. J'ai pensé que si je n'étais pas enceinte, je pourrais m'occuper d'elle bien soigneusement. Mais après sa mort, j'avais des remords. Mais voilà, je ne suis pas enceinte maintenant. Ce que j'imaginai se réalise vraiment. Dieu m'a écoutée. Pourtant, le cœur à ce moment-là et le cœur maintenant n'est pas le même... »^{Mme} Byeon (belle-fille)

Elle éprouve des remords parce qu'elle n'a pas été sincère pendant les soins à sa belle-grand-mère. Consciente de son péché, elle s'est repentie et continue à se repentir chaque fois que des mauvaises pensées la gagnent. *Stricto sensu*, le remords et le repentir sont différents : le premier est un regret de nature éthique, qui est assimilé à « l'angoisse, l'angoisse morbide, l'angoisse repliée sur elle-même, une sorte d'angoisse qui se dévore »⁸⁹⁰, ce qui fait rester dans la faute, le désespoir et le passé. En revanche, le repentir est tourné vers l'avenir en transformant ce qui a été fait. Il est comme la capacité pour l'homme de réparer sa vie pour l'améliorer⁸⁹¹. Le repentir souligne les actions, alors que le remords insiste sur la personne⁸⁹².

Par l'action, le repentir apporte non seulement le rétablissement de la relation rompue avec Dieu⁸⁹³, mais aussi une guérison de l'âme⁸⁹⁴ : « une cure par laquelle l'âme se guérit elle-même, la seule voie de récupération de ses forces perdues. Et surtout, il n'y a aucune partie de notre vie passée qui, dans sa signification et sa valeur, puisse ne pas être modifiable, dans la mesure où en

⁸⁹⁰ J. Lacroix. 1977. *Philosophie de la culpabilité*, Paris, PUF, p.52.

⁸⁹¹ *Ibid.* p.55-56.

⁸⁹² V. Jankélévitch. 2019 [1933]. *La mauvaise conscience*, Barcelone, Flammarion. p.118. ; « S'il peut privilégier le futur, s'il peut même détruire le passé non en tant que fait mais en tant qu'acte, c'est qu'il est la conséquence [...] (J. Lacroix. 1977. *op.cit.* p.62-63.)

⁸⁹³ Le pardon de Dieu ne se confond pas avec le pardon de la morale – simple remise de la faute. (J. Sarano. 1957. *op.cit.* p.136.)

⁸⁹⁴ A. Corbin. 1999. « Le secret de l'individu », dans Ariès P. et Duby G. *Histoire de la vie privée*, 4. De la Révolution à la Grande Guerre, Tome IV, Collection « L'univers historique », p.439-441.

tant que partielle, elle peut être intégrée, selon un ordre nouveau, au sens total de notre existence. »⁸⁹⁵ D'ailleurs, les « larmes du repentir » sont un coup de baguette magique qui annule les mauvais souvenirs comme si de rien n'était⁸⁹⁶.

« Je suis un être humain, donc je suis épuisée après avoir effectué mon travail et les tâches domestiques. Parfois, je me dis pourquoi moi je dois le faire toute seule. On ne peut pas aimer ceux qui nous blessent parce qu'on est un être humain. La prière me libère⁸⁹⁷. Je dis à Dieu que je me sens traitée avec injustice dans telle ou telle situation. Une fois que j'ai pleuré et que j'ai le nez qui coule, toutes les émotions négatives disparaissent comme si de rien n'était. Aime ton prochain (rire) ! »^{Mme} Byeon (belle-fille)

4.2. Responsabilité face à la vie d'ici-bas

Le péché et le repentir occupent aussi la vie quotidienne de ^{Mme} Jong. Dans les actions qu'elle entreprend, elle semble ressentir ses limites pour oublier les épreuves rencontrées au cours des soins à sa mère.

« Je commets un péché le matin, je m'en repens le soir en priant. Je les répète tout le temps. J'ai beau me débarrasser du stress, il revient le soir. Je prie Dieu d'emmener maman ailleurs, ou sinon moi. Il me fait un reproche en me disant « dis donc, cela ne se passera point comme tu veux. » Moi... Je n'ai aucune envie de rester ici-bas. Je n'ai d'espérance que dans l'au-delà. Tous les soirs, je prie en disant « Mon Seigneur, je n'ai aucune envie de rester ici-bas. J'ai marié mon fils, j'ai fait tout ce qu'il fallait. Tu peux m'emmener vers Toi (en larmes) »^{Mme} Jong (fille)

^{Mme} Jong souhaiterait la mort. Mais l'espérance religieuse d'une vie au Royaume de Dieu lui permet de surmonter son désespoir.⁸⁹⁸ Cela ne signifie pas pour autant pour le chrétien d'adopter une attitude de fuite ou négliger la réalité. La confiance et la patience⁸⁹⁹, vertus chrétiennes, imposent à chacun sa responsabilité face à la réalité pour la gloire de Dieu⁹⁰⁰. D'ailleurs, le repentir sauve de la désespérance en fixant une tâche à accomplir⁹⁰¹. Pour un croyant, l'au-delà s'inscrit dans une dimension existentielle⁹⁰². ^{Mme} Jong, malgré ses difficultés, a le sentiment de sa responsabilité envers sa mère et de la solidité de sa croyance en Dieu. M. Weber montre que, pour les protestants, serviteurs de Dieu, l'accomplissement du devoir

⁸⁹⁵ J. Lacroix. 1977. *op.cit.* p. 63.

⁸⁹⁶ N. Sarthou-Lajus. 2002. *La culpabilité*, Paris, Armand Colin, p.133.

⁸⁹⁷ « L'amour des ennemis s'oppose à notre sentiment naturel et inné et pourrait, par conséquent, revêtir le caractère négatif indiqué plus haut. » (A. Nygren, 2009 [1944], I, p.63.)

⁸⁹⁸ N. Sarthou-Lajus. 1997. *op.cit.* p. 209-219.

⁸⁹⁹ « La patience, du latin *patior* – souffrir -, est une vertu qui consiste à supporter les contradictions, les malheurs de l'existence, à répondre de ses paroles, de ses actes devant l'autre, dans la souffrance et l'incertitude du sens » (*ibid.* p.217.)

⁹⁰⁰ *Idem.*

⁹⁰¹ J. Lacroix. 1977. *op.cit.* p.55-56.

⁹⁰² V. Jankélévitch. 1994. *Penser la mort ?*, Paris, Liana levi, p.46-47.

professionnel (ou l'ascèse professionnelle) est important car chacun accepte sa vocation assignée par Dieu « une fois pour toute »⁹⁰³. Si l'on considère sa propre vocation comme la réalité de chacun, on ne peut que s'y consacrer même si elle est désagréable, parce que c'est la volonté de Dieu⁹⁰⁴. Ainsi, nous pouvons supposer que, pour les personnes interrogées croyantes, la responsabilité envers la gloire de Dieu, en tant que fidèle chrétienne, s'ajoutera aux autres moteurs entraînant la prise en soin. Mme Kwak révèle qu'elle aurait déjà divorcé sans sa croyance en Dieu.

« Sans la religion, j'aurais pu déjà divorcer. Ma croyance m'a conduite jusqu'ici... Si je me comporte de façon incohérente avec la Parole, Dieu ne m'écouterà pas, Il me jugera plus tard, n'est-ce pas ? C'est la seule chose qui compte. Sans religion, je ne pourrai pas. Malgré mon tempérament, je me dis que je devrais prendre soin des parents au moins à un niveau normal. »^{Mme Kwak (belle-fille)}

4.3. *Agapè, tout est grâce de Dieu*

Sous le regard infini de Dieu, il faut obéir à Ses commandements, parmi lesquels le commandement d'aimer se situe au centre des exigences de la loi : « Tu aimeras le Seigneur, ton Dieu, de tout ton cœur » ; « Tu aimeras ton prochain comme toi-même. »⁹⁰⁵. Aristote dans *l'Éthique à Nicomaque* mettait l'accent sur la notion de *philia*, qui peut s'étendre de l'amitié à deux à la vertu morale, sociale et politique, et qui se caractérise par la réciprocité. Elle porte sur la reconnaissance de mérites mutuels et sur une règle d'égalité et de justice⁹⁰⁶. Contrairement à la *philia*, l'agapè chrétien est un don gracieux, le don de soi ou le don de sa vie sans recherche de rendement. Il encourage l'amour sans jugement et la patience responsable par rapport à la réalité, en attendant l'avènement du Royaume de Dieu. Pourtant, la mise en pratique de l'agapè, plus précisément aimer son prochain (ou son ennemi)⁹⁰⁷, ne semble pas systématique pour les chrétiens. Mme Byeon souligne que l'on peut aimer ses ennemis grâce à la force de Dieu ou l'amour de Dieu, mais en se niant soi-même.

« Si une personne nous déplaît, on doit prier. Les ennemis peuvent être tout le monde : mari,

⁹⁰³ M. Weber. 2004 [1904-1905]. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Gallimard, traduit par J.-P. Grossein, p.212.

⁹⁰⁴ Ce qui est intéressant, c'est que M. Weber mentionne le changement de profession : « le changement de profession n'est, lui-même, nullement considéré comme répréhensible en soi, dès lors qu'il n'intervient pas à la légère, mais pour embrasser une profession plus agréable à Dieu. » (*ibid.* p.213.) Pourtant, il n'en demeure pas moins que le niveau de pénibilité (on le suppose) de la réalité ne se réduira pas.

⁹⁰⁵ « Tu aimeras le Seigneur, ton Dieu, de tout ton cœur » (Marc, 12 :30) ; « Tu aimeras ton prochain comme toi-même. » Le commandement d'aimer se situe au centre des exigences de la Loi.

⁹⁰⁶ « Chaque partie reçoit de l'autre les mêmes avantages ou des avantages semblables, ce qui est précisément la règle entre amis » (Aristote, *l'Éthique à Nicomaque*, livres VIII et IX)

⁹⁰⁷ « Aimez vos ennemis et priez pour ceux qui vous persécutent » (Matth., 5 :44)

enfant, belle-famille...⁹⁰⁸ Je n'arrive pas à aimer comme je veux parce que l'on ne peut pas aimer la personne qui nous blesse, parce que l'on est seulement un être humain. L'amour... la Parole biblique présente l'amour en tout. Il n'y a que l'amour. Comme j'aime Dieu, je suis reconnaissante pour tout ce qui m'entoure... »^{Mme} Byeon (belle-fille)

L'*agapè* est le symbole du sacrifice de Jésus. Il a été crucifié en prenant sur ses épaules les péchés des hommes, et s'est acquitté de leurs dettes. Sa mort leur a ainsi apporté la rédemption. Il semble que les aidantes principales chrétiennes tendent à se sacrifier au sein de leur famille. ^{Mme} Souk dit qu'elle se sacrifie en s'occupant de sa mère, pour apporter l'harmonie dans sa famille et pour honorer Dieu. Elle veut aussi prouver l'existence de Dieu par son exemple à sa famille qui n'était pas croyante au début. Elle se prend pour « l'instrument de Dieu »⁹⁰⁹.

« En fait, ma famille n'était pas croyante. Il ne faut pas que Dieu soit critiqué à cause de moi. Même si je dépense beaucoup ou si je fais quelque faute que ce soit... Moi je suis employée comme un instrument qui montre et fait ressentir l'existence de Dieu. Si moi seule je me sacrifie, ma famille reste tranquille... ma famille me remercie pour ça. C'est la raison pour laquelle je ne peux pas abandonner mon rôle, même s'il m'est parfois difficile. »^{Mme} Souk (fille)

^{Mme} Byeon souligne encore davantage que les autres qu'elle se sacrifie pour sa famille. Elle considère cela comme une vertu indispensable : une seule personne doit faire un sacrifice pour tous.

« Selon la Parole biblique, il ne faut pas se plaindre. Je trouve que je ne dois pas me plaindre quelle que soit la situation. J'ai une seule chose à faire, c'est remercier Dieu, parce qu'il y a un sens, Son sens, dans cette situation. Quand j'ai envie de me plaindre ou de juger les autres, je me dis « regarde tes oignons toi (vers elle-même) ». Si on réfléchit bien, il suffit qu'une seule personne se comporte bien avec patience dans la situation où elle est. Si une personne fait bien les choses, tout va bien. Si on rejette une erreur sur les autres, l'harmonie familiale est rompue. Quand un parent âgé est malade, la plupart des gens qui s'occupent de lui se plaignent en se disant que les autres ne participent pas. Mais ils pourraient plutôt penser qu'il suffit d'agir bien tout seul en ne comptant pas sur les autres. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

Ainsi, l'*agapè* représente la grâce de Dieu : « tout est grâce »⁹¹⁰. Il enseigne le renoncement à l'exercice de la puissance, la découverte des véritables valeurs, l'ignorance de la rancune, et l'amour du prochain et des ennemis. Tout prend à son tour la forme de la manifestation de l'amour pour Dieu⁹¹¹. Sans doute, ce point de vue permet aux aidantes principales chrétiennes d'envisager de façon positive la situation où elles se trouvent. Pour les chrétiens, penser à Jésus

⁹⁰⁸ C. Spicq, 1958, *Agapè dans le Nouveau Testament. Analyse de textes*, vol. I, Paris, Gabalda. p.186.

⁹⁰⁹ M. Weber. 1992. *op.cit.* p.45-46.

⁹¹⁰ N. Sarthou-Lajus. 1997. *op.cit.* p. 183.

⁹¹¹ N. Sarthou-Lajus. 2002. *op.cit.* p.136 ; L. Boltanski, 2011 [1990]. *op.cit.* p.202.

sur la croix est censé montrer que rien n'est impossible face aux difficultés rencontrées.

« Quand on vit sa vie en mettant en avant la religion, on se rend compte que tout est grâce de Dieu. Je me dis que si je considère ma belle-mère comme Jésus sur la croix, je n'aurai pas de limite à ce que je peux faire pour elle. Comme Jésus le disait, il faut considérer le corps du prochain comme mon corps. Je me dis qu'il ne faut pas la traiter brutalement, mais il faut imaginer qu'elle se crucifie pour moi⁹¹². Ma belle-mère a un peu de difficulté pour bouger alors je me dis qu'il ne faut pas me faire valoir pour une seule petite aide. Ce n'est pas possible... On me dit que « tu mérites », mais si je réfléchis, tout arrive par la grâce de Dieu. Il n'y a rien que je puisse faire seule, je ne peux même pas maîtriser ma pensée. Je prie Dieu tous les jours pour lui demander de me faire bénéficier de Son amour. Il est très important de ne pas oublier la grâce que j'ai reçue. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

CHAPITRE 3. VIVRE AVEC SON PROCHE AGE DEPENDANT COMME ALTER EGO

Les aidantes principales ne peuvent pas ressentir la même douleur physique ou psychique que leurs proches âgés qui souffrent de maladie ou de dépendance. La douleur ne peut être ressentie que par la personne concernée qui la subit : « la souffrance est éminemment personnelle. Aucun être ne souffrira de la même manière »⁹¹³. Selon D. Argoud et B. Puijalon, « seule la métaphore donne une structure à des expériences qui ne sont pas formulables dans notre système conceptuel conventionnel. Comme l'amour, le temps, la mort, la vieillesse [...]. »⁹¹⁴.

« Elle me dit qu'elle éprouve de la douleur comme si elle était pieds nus au milieu d'un lac congelé. Je me demande combien elle a mal au point de donner la métaphore du lac congelé... Je prie Dieu d'emmener maman. »^{Mme} Tae (fille)

La douleur ne peut pas être objectivée ni exprimée clairement par le langage⁹¹⁵. Même si la personne cherche à l'exprimer par le langage, celle qui l'écoute ne peut jamais vraiment la saisir : « la douleur a un pouvoir de « dé-objectivation », elle détruit tout objet et produit un pur sujet, pur sujet parce que réduit à l'état de « sentant » »⁹¹⁶. Les comportements et les symptômes des maladies physiques ou mentales des proches âgés peuvent susciter

⁹¹² « Dieu crucifié signifie que tout ce qui souffre, tout ce qui est crucifié est divin » (J. Lacroix. 1977. *op.cit.* p.15)

⁹¹³ N. Benevise. 1993. *Journal d'une infirmière*, Paris, Pion, p.181.

⁹¹⁴ D. Argoud et B. Puijalon. 1999. *op.cit.* p.130.

⁹¹⁵ E. Scarry. 1985. *The body in pain. The making and unmaking of the world*, New York et Oxford, Oxford University Press.

⁹¹⁶ M. Winance. 2003. *op.cit.* p.12.

l'incompréhension des aidantes principales. Elles ne peuvent qu'imaginer la douleur de leurs proches âgés en interprétant leurs langages, comportements ou réactions. Et elles peuvent compatir à leur souffrance.

« La compassion est un « se sentir soi-même dans ses semblable »⁹¹⁷. Compatir, c'est-à-dire souffrir avec – et non pas souffrir comme –, est une expérience psychique qui implique d'endurer les modifications de sa propre affectivité, telles qu'elles sont générées par les manifestations de la souffrance d'autrui. C'est accroître son propre sentiment d'exister en se rendant disponible à la souffrance d'autrui, c'est-à-dire, fondamentalement, en tenant une action pour soulager cette souffrance. Ma main sur ton front brûlant. »⁹¹⁸

P. Corcuff propose, comme régime d'action, l'interpellation éthique dans le face-à-face (ou compassion) en prenant appui sur la phénoménologie du visage et la « responsabilité pour autrui » d'E. Lévinas⁹¹⁹. C'est le visage qui joue le rôle le plus fondamental parmi toutes les régions du corps dans des contextes de co-présence⁹²⁰ : « le visage toujours se donne à un accueil et l'accueil accueille seulement un visage »⁹²¹. Pour E. Levinas, le visage a deux facettes. De la faiblesse d'une part car la peau du visage est celle qui reste la plus nue, exposée et menacée, directement sans défense. Et elle est donc la plus démunie du fait d'une pauvreté essentielle qui s'y inscrit⁹²². Aux yeux des aidantes principales, le visage de leurs proches âgés malades est marqué par la vieillesse, la peine, la faiblesse ou la solitude. Cela peut leur inspirer de la pitié : « le fait d'être « pris », en pratique et de manière non nécessairement réfléchi, par un sentiment de responsabilité vis-à-vis de la détresse d'autrui, dans le face à face et la proximité à des corps »⁹²³. Dans l'étude de P. Corcuff, un extrait de l'entretien avec une infirmière révèle la compassion qui émerge face à ses patients : « quelqu'un qui souffre ou qui a une douleur quelconque, y compris psychique, et qui te prend la main, qui est triste, tu sens un petit peu le poids de sa douleur dans la manière qu'il a de te serrer la main »⁹²⁴.

D'autre part, regarder le visage de l'autre qui souffre peut être violent car cela menace la tranquillité de celui qui le regarde : « l'exposition à la misère des autres fait alors jouer une tension quotidienne entre un sens ordinaire de la compassion et un sens non moins ordinaire de

⁹¹⁷ P. Audi. 1997. *Rousseau, éthique et passion*, Paris, PUF, p.172.

⁹¹⁸ P. Molinier. 2003. *op.cit.* p.101.

⁹¹⁹ P. Corcuff. 1996. « Ordre institutionnel, fluidité situationnelle et compassion [Les interactions au guichet de deux CAF] ». *Recherches et Prévisions*, no.45, p. 27-35.

⁹²⁰ A. Giddens. 2012 [1984]. *op.cit.* p.50-51.

⁹²¹ J. Derrida. 1997. *op.cit.* p.51.

⁹²² E. Levinas. 1982. *Ethique et infini*, France, Livre de poche, p.79-80.

⁹²³ P. Corcuff. 1996. *op.cit.* p.31.

⁹²⁴ *Idem.*

la préservation de son intégrité personnelle »⁹²⁵. Mais pour E. Lévinas, si la faiblesse du visage peut déclencher un acte d'agressivité, le visage dispose également d'une puissance qui nous interdit de tuer et impose la responsabilité de chacun⁹²⁶. C'est parce que la puissance vient « des enchevêtrements complexes de l'expérience du sentiment et de l'intention »⁹²⁷. Les sentiments éprouvés sont façonnés par l'interaction entre les protagonistes⁹²⁸.

De ce point de vue, quelles épreuves rencontreront-elles les aidantes principales dues à la co-présence avec leurs proches âgés tout au long de la prise en soin en cohabitation ?

A. Incompréhension des aidantes principales à l'égard de leurs proches âgés et stratégies

1. Comportements liés au vieillissement et troubles comportementaux

1.1. Comportements incompréhensibles

Si la maladie complexifie la communication, les soins seront plus difficiles. Le langage est comme « un médium d'intercompréhension non tronqué, où locuteur et auditeur, partant de l'horizon de leur monde vécu interprété, se rapportent à quelque chose à la fois dans le monde objectif, social et subjectif, afin de négocier des définitions communes de situations. »⁹²⁹.

« Elle avait un handicap de langage. Un jour elle m'a indiqué le haut avec son doigt mais je n'avais rien compris à ce qu'elle voulait me dire. Ce qu'elle voulait, c'était que je ferme le tiroir. Ça m'a pris une demi-heure pour comprendre. »^{Mme Yeo (belle-mère décédée)}

« Aucune conversation n'est possible. Elle a un problème d'acuité de l'ouïe. ça donne des malentendus. Si elle porte son appareil auditif, elle arrive presque à comprendre mais ce n'est pas possible par téléphone. C'est pour ça que ma voix est toujours forte même lorsque je parle avec quelqu'un d'autre. »^{Mme Kwak (belle-fille)}

Les belles-mères de ^{Mme Yeo} et ^{Mme Kwak} ont du mal à se faire comprendre. Leurs belles-filles doivent s'adapter : Kwak a pris l'habitude de parler à voix forte, et elle doit se contrôler pour que ses cris ne paraissent pas être de la colère vis-à-vis de sa belle-mère ou d'elle-même⁹³⁰. Par ailleurs, ^{Mme Kwak} ne comprend pas la routine quotidienne de sa belle-mère qui semble non significative.

« Elle ne fait rien toute la journée. Bien qu'elle ne puisse pas l'écouter, elle regarde sans cesse

⁹²⁵ *Ibid.* p.31-34.

⁹²⁶ E. Lévinas. 1982. *op.cit.* p.79-80.

⁹²⁷ A. Giddens. 2012 [1984]. *op.cit.* p.50-51.

⁹²⁸ P. Freund. 1990. *op.cit.* p.461.

⁹²⁹ J. Habermas. 2017 [1987]. *Théorie de l'agir communicationnel. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*, Tome 1, Paris, Fayard, p.111.

⁹³⁰ C. Avril. 2014. *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, La Dispute, p.39.

la télé depuis son lit. Elle laisse sottement passer la journée comme ça. »^{Mme Kwak (belle-fille)}

L'activité de regarder la télévision est considérée comme non-productive du fait de la caractéristique de « dé-cérébralisation »⁹³¹. Si les activités de loisirs hors de la maison peuvent être très variées selon les conditions de vie et le niveau d'éducation des personnes, à domicile elles sont beaucoup plus limitées pour les personnes âgées qui ne sont pas en bonne santé. Par ailleurs, certaines aidantes principales ont manifesté leur incompréhension face aux comportements de leurs proches âgés, qui ne semblent pas, à leurs yeux s'accorder avec leur âge avancé. ^{Mme Park}, qui a accompagné sa belle-mère chez le gynécologue, se dit contrariée par cette demande qui lui semble absurde par rapport à son âge.

« Elle me demande de l'accompagner chez le gynécologue parce que ça l'irrite. Il n'y avait aucune personne âgée dans la salle d'attente sauf elle. C'est un peu marrant, n'est-ce pas ? Je l'ai accompagnée pendant un mois. Parfois je ne la comprends pas. »^{Mme Park (belle-fille)}

Cela montre que les aidantes principales ne peuvent pas échapper aux « étiquettes » attribuées par la société aux personnes âgées et dépendantes, qui sont « discréditées ».

1.2. Ambiances léthargiques

Si la santé se dégrade encore, le manque d'énergie conduit les proches âgés à rester inactifs. Aux yeux des aidantes principales, de telles évolutions apportent une ambiance léthargique et froide à la maison.

« L'ambiance est mauvaise. Si l'on veut manger dans un restaurant, on a des ennuis à cause de maman. Parce qu'elle ne peut pas marcher, cela nous demande de la force pour la soutenir, en plus elle se renfrogne, et elle refuse. »^{Mme Kyeong (fille)}

« Quand elle rentre à la maison après le centre d'accueil de jour, l'ambiance familiale se refroidit parce qu'elle s'assoit sur le canapé comme ça (la tête baissée) ... Heureusement, elle n'erre pas ni ne crie, mais elle s'assoit en pliant ses jambes, sans bouger. Personne ne pourrait s'asseoir comme elle. On doit dresser l'oreille pour entendre sa voix. Elle veut seulement dormir. Le week-end, elle ne va pas au centre de jour, je la réveille. Je lui prépare le repas, elle mange, puis il semble qu'elle regarde la télé, mais aussitôt elle s'endort. Dès qu'elle s'allonge, elle s'endort. Après une heure, je l'accompagne aux toilettes, et je l'assois, aussitôt elle s'endort. »^{Mme Chang (fille)}

Par ailleurs, certaines aidantes réagissent mal à l'aménagement de leurs maisons qui leur donne l'impression d'étouffer. Elles se sentent prisonnières, en voyant leurs logements ressembler à un hôpital.

⁹³¹ I. Ramonet. 2000. *Propagandes silencieuses Masses, télévision, cinéma*, Paris, Galilée, p.20.

« Nous avons acheté un fauteuil roulant, une canne, une chaise percée pour les toilettes... Toutes les choses sont là à la maison. C'est un hôpital maintenant. Dès qu'on a une personne malade à la maison, je dirais que vivre là, ce n'est plus une vie agréable pour la famille. Je ne veux pas rester à la maison. »^{Mme} Seong (belle-fille)

1.3. Soins aux malades mentaux VS soins aux malades physiques

L'ambiance morose provoquée par la léthargie et les plaintes des proches âgés, à la maison comme à l'hôpital, pèsent sur les aidantes principales. Si l'adaptation au vieillissement ne va pas de soi pour les personnes concernées⁹³², nous constatons que les proches âgés se plaignent beaucoup que les symptômes des maladies ne disparaissent pas et que ce sont les aidantes qui doivent les écouter et répondre. Lorsque l'état de santé très dégradé d'un proche âgé dure longtemps, cela peut devenir un facteur de stress chronique pour son aidant principal⁹³³. Et plusieurs études soulignent que les aidants principaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont plus de détresse psychique que lorsqu'il s'agit d'une maladie physique. En effet, ils ne savent pas bien comment traiter les symptômes des maladies mentales, d'où leur difficulté⁹³⁴. Ils ont déclaré surtout leurs difficultés émotionnelles, soit du fait du stress à cause des symptômes d'Alzheimer de leurs proches âgés, soit du fait de la blessure émotionnelle entre les deux protagonistes. Les soins physiques leur semblent moins difficiles. ^{Mme} Moun, qui a passé ses journées pendant 6 mois à ne se préoccuper que des soins pour l'escarre de sa mère et qui a finalement réussi à la guérir complètement, affirme qu'elle n'a jamais pensé que cette tâche lui donnait de la peine.

« Quand à cause de l'escarre j'ai tourné très régulièrement son corps pesant et l'ai soignée, je n'ai jamais pensé que ça m'était difficile. Bien sûr que c'est embêtant quand je suis malade. Mais se blesser l'une et l'autre... contrôler mon émotion quand je suis en colère... Si j'é mets une parole brutale, ma mère sera blessée. Moi aussi. C'est ce qui m'est le plus difficile. »^{Mme} Moun (fille)

Pour certaines aidantes principales qui prennent soin de leurs proches âgés atteints de la maladie d'Alzheimer, les symptômes de cette maladie sont une source de stress.

« Elle a pris le repas du matin, mais un peu plus tard elle demande pourquoi je ne lui sers pas le repas. Au milieu de la nuit, je vois qu'elle est en train de manger. En plus, juste après avoir

⁹³² S. Clément et M. Membrado. 2010. *op.cit.* p.109-128.

⁹³³ B. R. Reed *et al.* 1990. « Effects of caring for a demented relative on elders' life events and appraisals », *The Gerontologist*, vol.30, p.200-205.

⁹³⁴ M. Bonnet. 2006. *Vivre à domicile: entre autonomie et dépendance*, Paris, L'Harmattan ; M. M. Seltzer et L. W. Li. 1996. *op.cit.* ; H.-K. Choi and J.-E. Kim. 2015. « A comparative study of caregiving burden and the effects of the care receiver's helpfulness to the caregiver and caregiver's self-care on caregiving burden between dementia and non-dementia caregivers », *Alzheimer's & dementia*, vol.11, issue 7, p.599-600.; A. Lasserre. 2014. « Aide et aidant, malade et maladie d'Alzheimer ». *Empan*, vol.94, no.2, p.71-75.

pris le repas du matin, elle me demande pourquoi je ne lui donne pas le diner. On entend souvent cette histoire : une fille est venue voir sa mère à la maison mais celle-ci lui dit que sa belle-fille ne lui donne pas les repas tous les jours. Les autres personnes qui viennent de temps en temps ne la connaissent pas, alors elles pensent « c'est vrai ? ». Hélas, cette histoire est devenue mon histoire. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Les aidantes principales ressentent comme un fardeau très lourd les symptômes de la maladie d'Alzheimer, mais l'évolution des troubles peut amener un soulagement.

« Avant, pendant 5 ans, c'était tellement terrible que je n'arrivais pas à réaliser que c'était ma mère. Au début, elle a déliré, insulté, et elle a fait semblant de reconnaître des personnes inconnues dans la rue. Elle avait des hallucinations. Si je l'avais retenue sur le lit, c'est moi qui serait tombée. Elle m'a hurlé comment j'ai pu lui faire ça... Pourtant, incroyablement, elle est devenue tranquille. Je respire enfin. Si ça continue comme ça, je peux vivre avec elle jusqu'au bout. Parfois je la trouve mignonne. » ^{Mme} Rye (fille)

^{Mme} Souk n'hésite pas à dire que la maladie d'Alzheimer rend la famille malheureuse, mais elle ne conclut pas pour autant que le cas de maladie mentale est plus difficile qu'une maladie comme le cancer de son père.

« Lorsque mon père est décédé, il nous a dit « laissez-moi partir tranquillement ». Il n'a même plus bu d'eau. Sa mentalité était puissante. Les familles se sentent malheureuses si leurs parents âgés sont atteints de la maladie d'Alzheimer parce qu'ils ne prennent pas conscience de la réalité, ne reconnaissent pas leurs propres enfants... Tout de même, heureusement elle peut bouger. Quand j'imagine qu'elle pourrait être grabataire, je sais qu'il y aurait d'innombrables conséquences... Entre la maladie d'Alzheimer et le cancer, lequel serait le mieux... Parfois je me pose la question même si on ne peut pas choisir volontairement sa maladie. » ^{Mme} Souk (fille)

De nombreuses études mettent l'accent sur la difficulté des soins de la maladie mentale⁹³⁵. Toutefois, le degré de difficulté ressenti peut varier selon la situation des aidants : leur âge, l'aide qu'il trouve auprès de leur famille, etc.

2. Stratégies face aux comportements incompréhensibles

Nous avons relevé chez les aidantes principales six types de stratégies face aux comportements des proches âgés dépendants : tendresse, humour, accoutumance, *coping* actif, évitement, prière (exorcisme).

2.1. Tendresse

Face aux plaintes, à la dépression, à la culpabilité ou encore aux symptômes de la maladie

⁹³⁵ B. R. Reed, A. A. Stone et J. M. Neale. 1990. *op.cit.* ; S. H. Zarit *et al.* 1998. « Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use », *Journal of Gerontological Society*, vol.53, no.5 p.S267–S277.

d'Alzheimer de leurs proches âgés, les aidantes principales se sont efforcées de garder une attitude optimiste et d'apporter un soutien moral en parlant tendrement⁹³⁶.

« Elle me dit souvent « je ne fais que manger comme si j'étais un parasite ». Elle a l'air souvent coupable à cause de sa maladie. Je lui réponds « mais non, j'aime que tu manges bien ». N'est-ce pas que ça me serait plus difficile si elle ne mangeait pas ? Elle me dit encore « qu'est-ce que je fais encore sur la terre... » »^{Mme} Kyeong (fille)

Il en va de même pour^{Mme} Byeon. Sa belle-mère, protestante croyante, manifeste souvent sa culpabilité par rapport à sa maladie en la liant à un péché religieux.

« Si on s'évanouit une fois pour cause d'AVC, on en subira un deuxième et un troisième. Parce qu'il est impossible de se rétablir à 100 %, la personne concernée doit l'accepter et avoir la volonté de faire les exercices pour son rétablissement. Mais comme ma belle-mère n'a pas de force sur un côté du corps, elle a du mal à bouger. Elle se plaint souvent « pourquoi je ne me rétablis pas... qu'est-ce que j'ai fait comme péché, pourquoi j'ai le corps comme ça ». J'essaie de lui donner du réconfort en disant « n'est-ce pas qu'il est heureux que vous soyez avec la famille ? Il y a beaucoup de personnes qui ne le sont pas ». Mais cela ne la rassure pas... »^{Mme} Byeon (belle-fille)

^{Mme} Kang a tendance à tout expliquer en détail et calmement à sa mère. Elle a enlevé son lit, et dort avec elle sur un matelas neuf. Mais elle n'arrive pas à dormir profondément du fait du bruit de l'emballage plastique du matelas (qu'elle n'a pas enlevé pour le protéger), froissement produit par sa mère qui bouge tout le temps et qui passe une nuit blanche au moins deux fois par semaine.

« À cause de son délire, elle parle seule au milieu de la nuit. D'ailleurs, elle erre à l'intérieur de la maison les yeux à demi fermés. Même hier, assise sur la chaise à côté du matelas vers trois heures du matin, elle murmurait. Je lui ai demandé quel problème elle avait. Elle m'a répondu « ah, j'ai cuisiné de la viande de chien pour notre famille, mais les voisins sont venus tout manger. » Elle était furieuse à cause de ça. Je l'ai couchée en disant que tout irait bien après avoir dormi. »^{Mme} Kang (fille)

2.2. Humour

L'humour peut permettre de changer les représentations que l'individu a de la réalité et peut provoquer du plaisir, comme un « rafraîchissement mental »⁹³⁷. Il conduit à voir les choses autrement, il crée un nouveau sens⁹³⁸. De ce fait, l'humour est employé dans le monde des professionnels médicaux. M. Castra montre que, dans les services des soins palliatifs, l'humour

⁹³⁶ L. M. Funk et K. I. Stajduhar. 2009. « Interviewing family caregiving: Implications of the caregiving context for the research interview », *Qualitative Health Research*, vol.19, no.6, p.859-867.

⁹³⁷ C. Bottega. 2008. « L'humour est-il un outil de management ? », *Humanisme et Entreprise*, no.288, p.22-23.

⁹³⁸ D. Sibony. 2009. « Les sens de l'humour », *Le journal des psychologues*, no.269, p.30-35. p.33.

amène les soignants à se libérer d'une tension nerveuse trop forte⁹³⁹. Face au repli des proches âgés sur leurs corps, certaines aidantes principales utilisent l'humour.

« Même si je lui dis de prendre dans le frigo des aliments à grignoter, elle ne le fait presque jamais. Mais si je lui apporte à manger, elle mange tout. Je rigole en lui disant « je suis la servante et vous êtes la reine ». Elle rigole beaucoup et me dit qu'elle ne mange pas parce qu'elle n'a pas d'appétit. Je lui demande pourquoi vous mangez si je vous apporte le repas, elle me répond que c'est parce que je le lui apporte. »^{Mme Park (belle-fille)}

« Je ne me mets plus en colère contre elle parce que je ne la considère plus comme normale. Je dis plutôt avec humour : « Ohlàlà excusez-moi ma belle princesse. Je ferai mieux à partir de la prochaine fois. Je serai à votre disposition. » »^{Mme Moun (fille)}

2.3. *Accoutumance*

Pour P. Livet, l'accoutumance signifie que « nous contrôlons de mieux en mieux la réaction émotionnelle sans pour autant cesser d'éprouver une forme d'émotion »⁹⁴⁰. En ce qui concerne les infirmières, P. Corcuff explique que l'exposition continue à la souffrance d'autrui les conduit à se blinder pour à la fois préserver leur intégrité personnelle et pouvoir continuer leur activité⁹⁴¹. Les aidantes principales peuvent se trouver dans une situation similaire. Face aux délires ou aux comportements incompréhensibles, certaines aidantes principales laissent leurs proches âgés agir comme ils veulent.

« Elle sort tous les vêtements de l'armoire. Je ne sais pas combien de fois elle répète ça. Ça ne sert à rien que je l'empêche. Si je dépense mon énergie à l'interdire, ça m'épuise davantage. Je la laisse faire. »^{Mme Kyeong (fille)}

« Je cache quelques objets à son insu quand je sors. Sinon, elle les touchera et les abîmera, ou c'est elle qui va les cacher. Je m'y suis habituée. »^{Mme Jong (fille)}

« J'étais très choquée d'entendre que maman m'a appelée « madame ». Mais j'ai mis de côté mon bouleversement et j'ai commencé à répondre à ma mère, « oui oui madame je le ferai ». J'ai vu que son visage s'est aussitôt épanoui et semblait satisfait. »^{Mme Geum (mère décédée)}

2.4. *Coping actif*

Certaines réagissent de façon plus entreprenante pour pouvoir prodiguer les soins sur le long terme. ^{Mme Yeo}, qui n'a pas cohabité avec sa belle-mère avant de la prendre en charge, n'avait aucun problème relationnel avec elle. Celle-ci connaissait pourtant des conflits avec ses autres belles-filles. Mais parce que le mari de ^{Mme Yeo} était le benjamin de la famille, sa belle-mère n'était pas trop stricte avec elle. Toutefois, depuis la prise en charge en cohabitant, elle a

⁹³⁹ M. Castra. 2003. *op.cit.* p.303.

⁹⁴⁰ P. Livet. 2002. *Émotions et rationalité morale*, Paris, PUF, Coll. Sociologies, Notes du chapitre 1.

⁹⁴¹ P. Corcuff. 1996. *op.cit.* p.31.

commencé à être autoritaire. ^{Mme} Yeo s'est rendu compte que leur cohabitation ne serait pas possible si elle restait tout le temps gentille avec sa belle-mère.

« Si elle n'était pas une personne de la famille, et si c'était seulement pour un ou deux jours, je pourrais être gentille et patiente, mais c'est une autre histoire en ce qui concerne les soins de ma belle-mère en cohabitant. Il faut être franche pour faire face à long terme. Sinon, on ne peut pas résister. » ^{Mme} Yeo (belle-mère décédée)

Face à la plainte répétitive de sa belle-mère, qui la contrarie, Park réagit de façon plus entreprenante.

« Ma belle-mère se plaint toujours de son état de santé en disant « j'ai mal ». On sait déjà qu'elle est malade pourtant. Chaque fois qu'elle dit ça, je la persuade de vivre positivement. Si on dit « j'ai mal j'ai mal », on a de plus en plus mal. Quand on a une maladie, on ne peut pas vivre autrement qu'avec. Je lui demande si actuellement elle ne vit pas plus longtemps que son mari. J'essaie de changer sa façon de penser, en disant qu'il faut donc profiter de la vie. Je plaisante même en lui proposant d'avoir un copain (rire). » ^{Mme} Park (belle-fille)

Le raisonnement de ^{Mme} Park selon laquelle il faut vivre de façon entreprenante malgré la maladie, évoque la « grande santé » proposée par F. Nietzsche⁹⁴². Ce régime conduit non seulement à faire face aux maladies, mais aussi à pouvoir créer un nouveau rythme de vie en renouvelant ses propres normes et en agissant⁹⁴³. Nietzsche considère que ce n'est pas le corps épuisé qui conduit à l'affaiblissement des volontés de puissance, mais le contraire. La neurasthénie peut être un facteur qui empêche de parvenir à la grande santé. Mais cette idée est peut-être trop idéalisée et les personnes atteintes d'une maladie grave rencontrent parfois des limites pour y accéder en réalité. Par contre, l'attitude des aidantes peut contribuer à aider leurs proches âgés à s'adapter à la vie avec la maladie, mais aussi à réduire le fardeau qu'elles-mêmes peuvent avoir ressenti. ^{Mme} Park essaie d'amener sa belle-mère à changer d'idées ou de comportements, passant d'une attitude passive et négative à une posture active et positive.

« Elle a tendance à être dépendante de moi pour tout même si elle peut le faire seule. Si je pose un verre d'eau sur la table à côté d'elle, elle ne veut pas bouger du tout. Elle mange bien mais digère mal, parce qu'elle ne bouge pas. Elle me demande un comprimé pour la digestion, sinon elle va chez le médecin en disant « j'ai mal ». Ça, on peut l'améliorer si on bouge. Donc je ne lui donne rien directement, mais je le pose sur la table pour la faire se lever. Je m'en fous même si elle m'en veut. Quand elle se plaint « ça me gratte », je lui demande de s'exposer au soleil. Elle reste tout le temps dans sa chambre, allongée sous sa couette. Elle ne s'intéresse à rien. Il y a beaucoup de choses que je ne comprends pas, mais moi aussi je dois vivre avec elle. Il faut penser positivement. Je vois qu'elle essaie de changer de

⁹⁴² F. Nietzsche, *Fragments posthumes*, OPC, t. XIV, n° 14 [121], Paris, Gallimard.

⁹⁴³ G. Le Blanc. 2008. *op.cit.* p.100-101.

comportement petit à petit. Déjà elle se plaint moins. (rire) »^{Mme}Park (belle-fille)

2.5. Évitement

La prise de distanciation émotionnelle permet à l'individu de pouvoir continuer son activité en préservant une « intégrité personnelle »⁹⁴⁴. L'évitement paraît un moyen efficace pour prendre de la distance émotionnelle⁹⁴⁵. Selon M. Druhle, les infirmières ne se précipitent pas sur des tâches qui leur causent de l'aversion, alors qu'elles préfèrent la conversation avec les malades ou la médiation dans les soins techniques⁹⁴⁶. D'ailleurs, elles délèguent certaines tâches aux aides-soignants⁹⁴⁷. Dans la même ligne, P. Corcuff montre qu'un agent à l'accueil de la CAF demande sa mutation dans les bureaux car il n'arrive pas à continuer son travail suite à « l'appel infini de la détresse des allocataires »⁹⁴⁸. Connaissant bien sa belle-mère, ^{Mme} Jeong se rend compte qu'il vaut mieux refouler immédiatement son émotion ou éviter d'être ensemble, plutôt que de répliquer chaque fois que sa belle-mère s'irrite.

« J'évite ma belle-mère quand j'ai l'impression que quelque chose ne lui plaît pas. Quand elle se met en colère, j'évite tout de suite le lieu où elle se trouve, pour ne pas créer un gros problème. En fait, mon caractère est aussi ardent que le sien. C'est fatigant d'être face à face. C'est mieux de réagir comme ça. Il ne faut pas répliquer dans une telle situation. » ^{Mme} Jeong (belle-fille)

« Elle disait à ses belles-filles que je prenais tout l'argent de la pension de mon père. Et elles la croyaient... Alors je lui disais qu'il faudrait bien réfléchir où tu l'a mis. Depuis, chaque fois que je dis ça, elle me dit « toi, folle, tu me considères tous les jours comme une menteuse » puis elle me jette des grossièretés incroyables... Elle ne les dit à personne d'autre que moi et seulement quand nous sommes entre nous. Ça m'a rendu vraiment folle. Pour éviter ça, j'ai dormi plusieurs fois à l'hôtel à côté de chez moi. » ^{Mme} Sun (fille)

2.6. Prière voire exorcisme

Lorsque leurs proches délirent, certaines aidantes principales, croyantes protestantes, les considèrent comme possédés par un mauvais esprit.

« Au début quand elle ne me reconnaît pas mais m'appelle « madame », je la vois comme si elle n'était pas maman. Ses yeux ne sont pas ceux de ma mère. Ça me fait frémir. Vous vous rendez compte. Quand je change sa couche, elle m'appelle « madame, madame » alors qu'elle

⁹⁴⁴ P. Corcuff. 1996. *op.cit.* p.32.

⁹⁴⁵ A. Campéon, B. Le Bihan, C. Martin. 2012. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : Le vécu des aidants familiaux », *Vie sociale*, no.4, p.123.

⁹⁴⁶ M. Druhle. 2000. « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », In Cresson, G. Et Schweyer, F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Editions ENSP, p.15-29.

⁹⁴⁷ A.-M. Arborio. 1995. « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol.13, no.3, p.93-126.

⁹⁴⁸ P. Corcuff. 1996. *op.cit.* p.33.

est ma mère... Je me demandais si elle était emportée par un démon ou quoi... »^{Mme Geum}
(mère décédée)

Dans la Bible, les possessions, qui se manifestent par un état pathologique, sont guéries par Jésus en vertu d'une puissance divine⁹⁴⁹. Même si cette idée mystique et charismatique n'est plus facilement acceptée dans la civilisation moderne du fait du développement de la médecine, le discours d'É. Durkheim résonne toujours : « Il n'y a (donc) pas, au fond, de religions qui soient fausses. Toutes sont vraies à leur façon : toutes répondent, quoique de manières différentes, à des conditions données de l'existence humaine »⁹⁵⁰ Le métier d'exorciste, comme celui du médium-guérisseur, existe toujours aujourd'hui (la pratique se fait en collaboration avec la médecine), mais aussi les croyants chrétiens continuent à prier pour lutter contre les esprits mauvais dans la vie quotidienne⁹⁵¹.

« Ses symptômes s'aggravent surtout le soir. Elle ne me reconnaît pas. Elle vient de dîner, mais elle le nie. Au moment de dormir, je vois qu'elle fait un mauvais rêve. La famille de ma mère n'est pas croyante, donc il y a beaucoup de mauvais esprits. Je prie beaucoup à cause de ça. Donc chaque fois qu'elle fait un mauvais rêve, j'entre dans sa chambre. Je prie et je récite le « symbole des apôtres ». Elle redevient calme et s'endort tout de suite. » Jong (fille)

« Je prie quand ma mère discute avec un mauvais esprit, puis elle s'endort. Mère n'est pas croyante pourtant. Je prononce le Pater dans le creux de son oreille. Elle me suit en ânonnant. Elle me dit « le bébé ne vient pas de nos jours ». Je ne sais pas quel bébé. C'est un fantôme. » Rye (fille)

B. Vie dans l'angoisse de la mort de son proche âgé malade

Auparavant, les dernières heures du mourant étaient un événement crucial de la vie collective et le voisinage se mobilisait pour aider la famille. Les funérailles étaient formalisées et chacun connaissait son rôle, quels que soient ses sentiments⁹⁵². En Corée du Sud, sous l'influence confucianiste, il était absolument primordial de respecter les rites. La procédure des funérailles est si compliquée que le contenu de ses règles occupe un quart de l'ouvrage confucianiste « classique des rites ». Toutefois, dans les sociétés modernes la mort est aujourd'hui devenue déritualisée, dé-formalisée et dé-socialisée, ce qui l'a transformée en expérience privée : « La mort prend alors congé de la vie sociale et tend à devenir une expérience solitaire : on ne la vit ni n'en

⁹⁴⁹ « Jésus guérit beaucoup de gens qui souffraient de toutes sortes de maladies et il chassa aussi beaucoup d'esprits mauvais. Il ne laissait pas parler les esprits mauvais, parce qu'ils savaient, eux, qui il était. » (Marc 1 :34)

⁹⁵⁰ É. Durkheim. 1968 [1912]. *op.cit.* p.3

⁹⁵¹ En Île-de-France, près de 2,500 personnes ont recours à des séances d'exorcisme chaque année. (<http://www.slate.fr/story/158473/boom-exorcistes-independants-france>)

⁹⁵² L.V. Thomas. 2003 [1975]. *op.cit.*

parle plus en public ; la mort est « masquée » tant comme événement que comme idée »⁹⁵³. J.-H. Déchaux en introduisant le concept d'un processus d' « intimité », souligne que même si de nos jours l'approche de l'agonie manque généralement de forme, la formalité est remplacée par la sincérité et l'émotion⁹⁵⁴. Si le rite effectué par la collectivité contribuait à renforcer les liens sociaux autour du mourant et de sa disparition, l'« intimité » de la mort fait partie de l'individualisation⁹⁵⁵. Selon E. Morin, l'individualisation de la vie sociale fragilise l'homme face à la mort⁹⁵⁶. Aujourd'hui, c'est d'ailleurs à l'hôpital que de nombreux mourants passent les dernières heures de leur vie⁹⁵⁷. Cela signifie que les soins dans les derniers temps de la vie, qui étaient à la charge de la famille, sont désormais davantage accomplis par des équipes de soins palliatifs⁹⁵⁸.

Si la vie a pu être prolongée grâce à la médecine, cela n'empêche pas l'affaiblissement de l'organisme et l'apparition de pathologies multiples. Toutefois, la médecine dispose de moyens pour maintenir la vie⁹⁵⁹ : « la mort n'est plus considérée comme la fin « d'un processus naturel » mais elle semble dorénavant soumise à la maîtrise technique et au pouvoir des médecins »⁹⁶⁰. Tandis que la médecine peut réduire ou effacer temporairement la souffrance, cette dernière ne peut pas disparaître tant que sa cause ou la maladie n'est pas guérie. Plus la vie est prolongée, plus la douleur l'est également. Il en résulte un nouveau modèle de « bonne mort » ou du « bien mourir »⁹⁶¹. Si elle comprend un aspect moral autant que physique, il semble bien que la souffrance soit un critère principal pour cette période.

« [...] nous souhaitons mourir en paix plutôt que dans l'angoisse et l'agitation ; nous préférons mourir entourés plutôt qu'abandonnés et solitaires ; nous pensons que la mort doit donner lieu

⁹⁵³ J.-H. Déchaux. 2001. « La mort dans les sociétés modernes : la thèse de Norbert Elias à l'épreuve », *L'Année sociologique*, vol.51, janvier, p.163. ; P. Aries. 1976. *L'homme devant la mort*, Paris, Le Seuil ; L.V. Thomas. 2003 [1975]. *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot. ; C. Le Grand-Sébillé et F. Zonabend. 2012. « Faire société avec les morts », *L'Esprit du temps*, no.142, p.11-30. ; N. Elias. 1998 [1982]. *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgois éditeur, p.20.

⁹⁵⁴ J.-H. Déchaux. 2002. « Mourir à l'aube du XXI^e siècle », vol.25, no.102, mars, p.264.

⁹⁵⁵ J.-H. Déchaux. 2001. *op.cit.* p.165.

⁹⁵⁶ E. Morin. 1970. *L'homme et la mort*, Coll. Points no. 77. Paris, Seuil. p.24-28.

⁹⁵⁷ B. Fromage. 2012. « Vivre en fin de vie », *Revue internationale de soins palliatif*, vol.27, p.104. ; M. Castra. 2010. « L'émergence d'une nouvelle conception du « bien mourir » - Les soins palliatifs comme médicalisation et professionnalisation de la fin de vie », *Revue internationale de soins palliatifs*, vol.25, p.14.

⁹⁵⁸ Ceux-ci sont définis comme « un modèle de soin qui cherche à associer aux savoir-faire traditionnels auprès des malades mourants des techniques modernes de lutte contre les douleurs et symptômes spécifiques aux phases avancées et terminales des maladies chroniques » M. Castra, 2007. « Des solidarités face à la mort. L'expérience des professionnels en soins palliatifs », In Paugam, S., *Repenser la solidarité l'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, p.765.

⁹⁵⁹ P. Hintermeyer. 2007. « Une mort sans souffrance ? », *Cliniques méditerranéennes*, no.75, p.137.

⁹⁶⁰ M. Castra. 2015. « Les transformations sociales de la fin de vie et de la mort dans les sociétés contemporaines », *Empan*, no.97, p.13.

⁹⁶¹ J.-H. Déchaux. 2002. *op.cit.* p.266.

à une reconnaissance sociale ritualisée et non survenir dans l'anonymat et l'indifférence »⁹⁶²

Pourtant, on peut se demander si les soignants, qui doivent tous les jours faire face à la souffrance, la solitude et la mort en étant proches des malades, ne seront pas hantés par cette idée. Sans doute infirmiers et aides-soignants subiront-ils moins les effets à cause de leur professionnalisme, mais les aidantes principales ne sont ni formées ni préparées. Si « on peut reconnaître cette présence de la mort à chaque instant de la vie à travers le mouvement de transformation perpétuelle, disparition/apparition de tous les phénomènes »⁹⁶³, contrairement aux soignants qui prodiguent les soins à plusieurs patients, elles ne s'occupent que de leurs proches âgés malades, si bien qu'elles sont sensibles à la moindre évolution de leur état de santé. Elles sont contraintes de voir, de leurs propres yeux, le processus de mort et l'idée de la mort restera présente longtemps.

« L'émotion ressentie face à un être proche, le fait de partager une histoire commune, de devoir se situer dans une histoire affective ne saurait se comparer à la position d'un intervenant professionnel et étranger, inscrite dans un rapport plus neutre. »⁹⁶⁴

1. « Je vois la mort sur son visage »

La vieillesse pathologique marque l'approche de la mort. Regarder le visage des proches âgés dépendants interpellent l'émotion de leurs aidantes principales. ^{Mme} Byeon n'a pas oublié les expressions du visage qui exprimait la solitude de sa belle-grand-mère à qui elle a prodigué les soins avant la prise en charge de sa belle-mère aujourd'hui.

« Quand ma belle grand-mère laissait la porte d'entrée en permanence ouverte et regardait dehors en espérant que l'un quelconque de ses enfants ou de ses petits-enfants viendrait la voir, tandis qu'ils sont rarement venus sous prétexte de leurs occupations... Plus les parents sont devenus faibles, plus on doit venir les voir... Je l'ai trouvée très triste. Je n'aimais pas voir ça chaque fois qu'elle l'a fait. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Le changement d'expression du visage, de malveillant à doux au fur et à mesure de la maladie, fait également pitié aux aidantes principales. Cela renvoie sans doute à la perte de puissance.

« De nombreuses personnes deviennent violentes avec l'avancée de la maladie tandis que ma belle-mère est devenue très douce. Elle avait auparavant un visage qui faisait peur, mais maintenant il a l'air doux, ce qui me fait plutôt pitié. Cela me donne envie de la soigner de mon mieux. J'aimerais bien qu'elle me hurle dessus plutôt que d'être comme ça. Même si je lui fais des reproches, elle ne réplique pas, mais reste calme et elle ne fait que me sourire. C'est ce qui me fait pitié... » ^{Mme} Seong (belle-fille)

⁹⁶² P. Hintermeyer. 2007. *op.cit.* p.138.

⁹⁶³ B. Fromage. 2007. *op.cit.* p.232.

⁹⁶⁴ F. Saillant et É. Gagnon. 2001. *op.cit.* p.64.

On tend à considérer autrui comme étant en conscience et en capacité de communiquer⁹⁶⁵ alors que la maladie mentale empêche de jouir d'une vie « normale ». Mme Kyeong aussi a pitié devant le visage de sa mère, qui lui paraît vide du fait de la maladie d'Alzheimer. Elle pense qu'il serait préférable qu'elle soit décédée plutôt que de mener une vie sans aucun sens.

« Au début son état de santé m'a tracassée parce que son symptôme était gênant... mais maintenant elle est devenue beaucoup plus calme et il m'est pénible de la voir... J'ai pensé qu'il serait mieux qu'elle meure le plus vite possible. Au début, je me disais pourquoi ne meurt-elle pas vite... Mon mari a pitié d'elle quand elle regarde par la fenêtre. À nous aussi ça fait du bien de regarder par la fenêtre, mais quand elle le fait, elle me fait pitié. Même la nuit, quand je la vois, elle est en train de regarder par la fenêtre. » Mme Kyeong (fille)

Mme Chang a également pitié de sa mère qui semble vivre sans éveil à la vie. Elle continue à lui prodiguer des soins sans espoir d'amélioration et éprouve un sentiment de vide face à la maladie d'Alzheimer. En même temps, la proximité de la mort la préoccupe.

« Si je la regarde, ça me désole. Il me faut prendre conscience qu'elle est malade mais parfois je l'oublie. Chaque fois, je me dis comment peut-on vivre comme ça... il serait mieux qu'elle s'en aille... Quand les autres m'appellent pour savoir comment va maman, je me demande quelle est la question, me demandent-ils si c'est le moment de son départ ou quoi ? Qu'est-ce qu'elle fait... qu'est-ce qu'elle sait... Elle ne sait rien. En fait elle porte un dentier. Quand elle s'endort sans l'enlever, je la vois dormir mais je l'examine en me demandant si elle est morte... ça sert à quoi de vivre comme ça. » Mme Chang (fille)

Elle préfère la mort à la souffrance. En voyant les yeux excessivement tristes dans le visage d'un malade dans un état presque végétatif à l'hôpital, elle a pensé qu'il est préférable de mourir plutôt que de souffrir ainsi. Ce point révèle le dilemme entre la vie et la mort.

« Je me dis parfois « Mon Dieu, regarder ma mère me fait mal au cœur ». Mais si on se met à la place des personnes âgées, elles ont plutôt plus de peine que nous qui les regardons. En fait, mon mari était hospitalisé quelques mois, mais à côté de lui, il y avait une dame âgée dans un état chronique presque végétatif. Moi j'avais envie d'enlever l'appareil respiratoire pour qu'elle s'en aille. Les personnels soignants l'ont fait changer de position pour empêcher l'escarre. C'est alors que j'ai vu qu'elle était en larmes. À mes yeux, ça ne donnait que de la souffrance à cette personne. Elle était pitoyable. Je ne sais pas si je suis méchante, mais je pense comme ça... » Mme Rye (fille)

2. « Je vois le processus de la mort »

S'il n'y a pas de critères standardisés qui permettent de repérer l'entrée en agonie, c'est parce que l'on en prend conscience intuitivement, de façon indicible et incertaine, et souvent cela

⁹⁶⁵ P. Hintermeyer. 2007. *op.cit.* p.138.

arrive suite à l'expérience de deuil de personnes proches. Mais cette perception subjective s'accompagne de la constatation d'un processus irréversible de dégénérescence biologique⁹⁶⁶. Quant à la maladie d'Alzheimer, la détérioration cérébrale détruit la fonction intellectuelle, qui fonde l'« être humain normal et social », même si les autres organes (cœur et poumons) fonctionnent plus ou moins bien. S. Clément indique que la prise en compte de la finitude se manifeste davantage chez les personnes âgées que chez ceux qui les prennent en charge⁹⁶⁷. Mais les aidantes principales y pensent en permanence, ou du moins très souvent dans le cas où leurs proches âgés ont perdu complètement ou presque entièrement leur capacité intellectuelle. En prodiguant tous les jours les soins, elles peuvent repérer l'évolution sensible de leur état de santé. Il est possible qu'en constatant la dégradation physique ou morale du malade, elles éprouvent des sentiments inexprimables composés de tristesse, de pitié, de peine ou de peur. Ce constat les conduira à penser sans cesse à la mort. Face à la peur de la mort qui peut survenir à tout moment, les aidantes principales ne peuvent rien faire que rester à côté en continuant à prodiguer les soins nécessaires.

« D'une certaine manière, je vois le processus de la mort, c'est ce qui m'est très difficile. Ceux qui viennent la voir de temps en temps ne peuvent pas remarquer particulièrement qu'elle diminue. ça m'est difficile de la voir s'éteindre. Depuis qu'elle a fait une chute, elle ne veut pas se lever. Elle ne pèse que 41,5 kilos, elle a perdu 3 kilos récemment. Comme elle ne bouge pas, elle fait sous elle. Dans la plupart des cas, avant de mourir, on défèque beaucoup. Chaque fois qu'elle fait comme ça, ça me fait peur. »^{Mme Souk (fille)}

« Les cellules autour de son anus se sont modifiées peu à peu. On m'a dit qu'une fois l'intestin descendu et sorti hors du corps, les cellules meurent. Elles ressemblent à de la peau brûlée donc de couleur différente... J'ai dit à mon petit frère que maman va de pire en pire. Elle sera bientôt grabataire. Il est presque l'heure... Le médecin m'a dit que son cerveau n'est plus capable de donner l'ordre de fermer l'anus. Même si on essaie de l'opérer, on ne pourra pas être certain qu'elle se réveillera ou pas d'une anesthésie du fait de la mort du cerveau. On m'a dit « il est nécessaire de l'opérer pour que la famille soit libre de tout souci. Sinon on laisse le patient comme ça même si ce sera pénible pour la famille ». Je la vois mourir de jour en jour. Ça m'est vraiment pénible. De plus en plus amaigrie, « en panne », effondrée... Sa vie est en train de s'éteindre... »^{Mme Sun (fille)}

Si la peur de la mort vient avant tout de la souffrance,^{Mme Sun} souhaite alléger la douleur de sa mère, mais sans rien pouvoir faire. Regarder son visage « s'éteindre » l'afflige mais elle éprouve inconsciemment un sentiment ambivalent : l'envie impulsive de l'étrangler pour arrêter sa souffrance.

⁹⁶⁶ M. Drulhe et S. Clément. 1990. « Le mourir et le lien social ». *International Review of Community Development*, vol.23, p.115.

⁹⁶⁷ S. Clément et M. Membrado. 2010. *op.cit.* p.117.

« Parfois je veux vraiment la laisser aller là-haut parce qu'il me paraît que cela l'aiderait plutôt. J'ai failli l'étrangler. J'ai vraiment envie qu'elle s'arrête là pour qu'elle ne subisse plus de souffrance. Ça me rend complètement folle de la voir ainsi. Je voudrais consulter une spécialiste psychologue... » ^{Mme} Sun (fille)

3. Peur du dernier moment

Plus lourd est le symptôme de la maladie des proches âgés, plus grande est la nécessité de surveiller leur état de santé. Les situations d'urgence peuvent survenir à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit, en semaine ou en week-end. Et si les aidantes principales ne peuvent recourir immédiatement à une aide extérieure, elles ont la responsabilité de réagir avec discernement⁹⁶⁸. La crainte de ne pas se montrer à la hauteur les conduit à être constamment angoissées. ^{Mme} Byeon, malgré son statut professionnel d'aide-soignante en hôpital gériatrique, reconnaît ses limites lorsqu'elle rencontre une situation imprévue concernant l'état de santé de sa belle-mère.

« Le 7 mai dernier elle a été soudainement plus malade mais je n'ai pas pu réaliser d'où venait le problème. Alors elle a été conduite aux urgences. Si elle est paralysée ou malade de quelque façon que ce soit, je suis embarrassée. Je ne sais pas comment je peux l'aider. Même si je suis familière d'être avec des patients à l'hôpital où je travaille, ça ne me sert à rien dans une telle situation. Si un problème lui arrive au milieu de la nuit. En fait, il y a des circonstances où je peux aider et d'autres où je ne peux pas. Je ne sers à rien dans ce cas-là... » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Son titre d'aide-soignante ne peut lui garantir que les mesures d'urgence correctes seront prises. F. Saillant et É. Gagnon soulignent que les aidantes principales ne peuvent pas éviter de déléguer la responsabilité aux services médicaux et spécialisés au cas d'une chute, d'une aggravation de la maladie, ce qui place la famille aux deuxième plan dans le système d'aide. En effet, les aidantes, tout en restant toujours responsables de leurs aidés, « se sentent démunies, sans compétence, et craignent d'insécuriser davantage les aidés »⁹⁶⁹. Ajoutons que si l'aidante principale est célibataire, autrement dit, si elle ne cohabite qu'avec la personne aidée, sa réaction et sa décision pèseront de façon beaucoup plus lourde et importante lorsqu'une urgence se produira. Dans une telle situation, ^{Mme} Souk se sent seule responsable de sa mère, ce qui lui pèse beaucoup moralement.

« En fait, j'ai eu l'expérience de la sauver en urgence. Nous sommes allées dans un bain public. À ce moment-là son état de santé était meilleur que maintenant. Elle est sortie dans le

⁹⁶⁸ *Ibid.* p.59.

⁹⁶⁹ *Ibid.* p.59-60.

vestiaire pour boire de l'eau mais elle n'est pas rentrée. Tout d'un coup de nombreuses personnes sont allées vers les toilettes, j'ai vu qu'elle s'était évanouie. J'ai téléphoné au service d'urgence et un répondeur m'a demandé de lui faire boire de l'eau. Ensuite, elle a été sauvée en vidant son intestin. Elle s'est trouvée dans une telle situation plusieurs fois... J'ai beaucoup réfléchi en regardant ma mère... je me suis dit qu'il faut correctement décider... bien réagir... »^{Mme Souk (fille)}

L'entrée en agonie n'indique pas le moment précis⁹⁷⁰. En fait, rencontrer une situation d'urgence ne veut pas dire forcément que l'ultime moment est arrivé, car les progrès de la médecine permettent d'ajourner la mort⁹⁷¹. Comme^{Mme Souk} l'a montré, la manière de réagir et les mesures d'urgence permettent au malade de rester en vie. Les aidantes principales se sentent obligées d'appeler les membres de la famille pour leur dire de venir, car ce peut être le dernier moment. Mais si la situation d'urgence est résolue et favorablement terminée, et si de telles situations surviennent plusieurs fois, l'urgence sera remise en cause. Lorsque^{Mme Souk} a résolu la crise, elle n'a raconté cet événement à sa famille (sa belle-sœur) que quelques jours plus tard. Mais dans d'autres situations d'urgence, elle a choisi de réunir tous les membres en signalant la possibilité que ce soit le dernier moment, elle s'est pourtant rendu compte qu'une mauvaise décision pouvait les déranger en leur faisant effectuer des aller-retours fréquents. En même temps, elle a peur que sa décision lui soit aussi reprochée comme une faute de bon sens, au cas où la situation tournerait différemment.

« Je croyais qu'elle pourrait mourir parce qu'un symptôme inhabituel est apparu... Je me demandais comment faire. Je ne l'ai dit à personne à ce moment-là, mais quelques jours plus tard j'ai dit à ma belle-sœur au téléphone qu'il y avait eu une situation urgente. Même si la situation s'est heureusement terminée sans problème, au cas où je déciderais toute seule dans une telle situation. Parce qu'elle n'est pas seulement ma mère [mais la mère des autres aussi] et parce qu'on pourrait me reprocher la décision que je prendrai seule. Tout de suite ma belle-sœur m'a dit qu'elle me fait confiance. Quand ma mère était hospitalisée, j'ai appelé tous les membres de ma famille pour leur faire rencontrer maman parce qu'il était probable qu'elle décède. Nous avons organisé une réunion familiale. S'il y a urgence, je devrai réfléchir sans trop hésiter. Je ne dois pas obliger les autres à faire des allers et retours tout le temps suite à ma mauvaise décision, parce qu'ils sont occupés. C'est décider toute seule qui me fait peur. »^{Mme Souk (fille)}

Si elle est seule responsable à l'ultime instant, elle sera le seul témoin. Elle seule pourra raconter les derniers moments de sa mère, mais elle n'aura personne non plus avec qui partager le sentiment éprouvé.

« Si elle meurt quand je suis seule avec elle, cela me sera très douloureux parce que je serai

⁹⁷⁰ M. Drulhe et S. Clément. 1990. *op.cit.* p.115.

⁹⁷¹ V. Jankélévitch. 1994. *op.cit.* p.25.

seule pour constater son dernier moment, son agonie. Je serai le seul témoin. La dernière scène me préoccupera... »^{Mme Souk (fille)}

Selon V. Jankélévitch, à l'instant de la mort, ceux qui regardent le moribond se représentent ce moment comme celui du silence le plus extrême, par opposition à l'existence qui l'entourne⁹⁷². La fin de vie démontre l'impuissance de l'être humain, et celui qui regarde mourir la ressent profondément. C'est le moment où l'individu qui meurt, qui a pu compter durant sa vie sur l'aide des autres, se retrouve seul pour franchir le dernier pas lui-même. Ce que le témoin survivant ressentira lors de cette expérience réelle ne sera pas comparable à ce qu'il a imaginé ou appris sur ce sujet. Les aidantes principales disent que cet instant est le moment le plus effrayant. Ce point ne peut pas être négligé quand on évoque les difficultés rencontrées par les aidantes principales.

Cependant, si la mort souligne l'impuissance de l'être humain, elle peut aussi être une force.

4. La mort, conduisant des dilemmes moraux

Pour les personnes d'un âge avancé, le sentiment de la finitude s'inscrit dans l'histoire de leur relation avec les autres. Elles constatent que le nombre de personnes de leur entourage faisant partie de la même génération diminue. Elles perdent peu à peu les témoins qui gardent en mémoire leurs histoires communes (événements sociaux ou histoires individuelles) et qui peuvent les évoquer les uns pour les autres.

« Si on perd le conjoint qu'on a pu garder jusque-là, c'est le dernier représentant de la vie intime qui s'en va, et désormais, sans plus personne comme témoin de l'étendue de sa vie, il reste le recours à l'imaginaire de l'appartenance à la grande nature ou à la longue famille. »⁹⁷³

L'histoire d'un individu s'inscrit dans la mémoire du monde d'autrui, surtout des membres d'une famille à laquelle il a conscience d'appartenir : « elle met en scène le sujet dans un « nous », s'énonce à partir d'autres, ancêtres ou contemporains, vivants ou morts. Elle évoque les souvenirs ou les traditions d'une mythologie familiale, s'étant imposée au cours du temps dans l'histoire du groupe et dans la succession des générations. »⁹⁷⁴ Même si la personne aidée et la personne aidante n'appartiennent pas à la même génération, elles gardent la mémoire de l'histoire familiale, et elles partagent les mêmes moments quotidiens dans les soins. Les mères sont les témoins de l'enfance des filles surtout de la naissance jusqu'au stade du miroir, période pour laquelle on n'a aucun souvenir précis. Si, donc, pour les filles ainsi que pour les belles-

⁹⁷² *Ibid.* p.33.

⁹⁷³ S. Clément et M. Membrado. 2010. *op.cit.* p.124.

⁹⁷⁴ A. Muxel. 1996. *Individu et mémoire familiale*, Paris, Nathan, p.14.

filles, les souvenirs de la période des soins sont partagés seulement avec leurs proches âgés, la perte de cette existence sera celle du seul témoin de leur mémoire « intime » à elles deux. La conscience de la finitude pousse plusieurs aidantes principales, surtout les filles, à essayer de garder l’empreinte de chaque moment. Elles prennent souvent des photos, si possible, pour mémoriser les moments passés.

« Quand elle rentre du centre d’accueil de jour, je lui donne un verre de jus de fruit, puis elle dort une demi-heure comme si elle était un bébé. Je prends sa photo et l’envoie à ma petite sœur. » ^{Mme} Jong (fille)

« Je suis très triste. Je la prends en photos ou vidéos le plus souvent possible. Mais chaque fois que je la prends en photos, je vois qu’elle change... » ^{Mme} Souk (fille)

Par ailleurs, M. Membrado indique que non seulement les femmes aidantes sont entièrement soumises à la pression normative des injonctions sociales, mais elles sont en même temps concernées par des revendications d’autonomie⁹⁷⁵. Si la mort de leurs proches âgés permet aux aidantes principales de se libérer de la prise en soin, l’idée de la mort les motive plutôt pour la prise en soin jusqu’au bout. ^{Mme} Souk espère se libérer de cette lourde tâche mais immédiatement lui vient l’idée qu’elle aura des regrets après la mort de sa mère, si elle ne fait pas de son mieux maintenant. Même si ces dilemmes moraux ne cessent de la hanter, elle privilégie la prise en charge en continu car cela apporte du sens à sa vie.

« Je ne sais pas jusqu’à quand elle pourra être là. Je pense que ce sont les deux côtés de la monnaie. Comment dire... Parfois je me dis « ah, j’aimerais bien me libérer », mais aussitôt, « j’aurais des regrets si je ne fais pas de mon mieux »... On dit que la personne qui s’en occupait aura beaucoup plus de peine que les autres après la mort. Mon entourage me dit « ne t’efforce pas trop ». Si je n’ai pas le sens de l’importance de sa vie ni de la conviction, je peux suivre ce conseil en faisant ce que je veux, mais je ne pense pas comme ça. Je la traiterai avec dignité jusqu’à la fin pour ne pas avoir de regret. J’ai pris la ferme résolution de le faire. » ^{Mme} Souk (fille)

Malgré sa personnalité joyeuse, ^{Mme} Jong n’a pas caché qu’elle souhaite parfois la mort de sa mère pour être libérée. Si elle manifeste son épuisement en disant « j’en ai marre », son comportement à propos des soins est tout le contraire. Elle pense affectueusement à sa mère, et s’efforce de bien l’alimenter. Notamment, elle ressent de la culpabilité en comparant les soins que sa mère lui a donnés pendant son enfance avec les soins qu’elle lui prodigue actuellement.

« Elle aime la sauce de soja. Je me dis souvent qu’elle vit de la force du soja (rire). Moi je ne peux pas prendre de café à cause de l’œsophagite tandis que ma mère ne peut pas vivre sans café. On achète une boîte de café avec 200 sachets individuels (du café soluble) une fois par

⁹⁷⁵ M. Membrado. 1999. op.cit. p.128-129.

an. Chaque fois que je l'achète, je me dis « ah, je souhaite qu'elle meure après avoir consommé cette boîte ». Mais combien de boîtes jusqu'à maintenant... Je dis à mon mari qu'elle prend une boîte par an sans mourir. Il rigole beaucoup (rire). Par contre, ce matin, j'étais en train de cultiver le jardin devant la maison. Par les grandes fenêtres, j'ai vu qu'elle allait et venait dans la cuisine. Je me disais qu'elle avait faim. Je suis rentrée tout de suite, et je lui ai donné une pomme coupée en disant « je te préparerai bientôt le repas du matin ». En fait, elle dîne tôt donc elle mange bien le matin. En lui préparant la collation, je me disais « j'en ai marre ». Mais tout d'un coup, je me suis rappelée qu'elle a préparé mes repas jusqu'à 19 ans et lavé mes culottes souillées des règles... ça fait seulement sept ans que je prends soin de ma mère, n'est-ce pas que je suis égoïste ? » Jong (fille)

J.-C. Kaufmann indique que « la force intérieure qui crée l'élan n'est pas l'agacement ou la nervosité mais l'envie, proche du plaisir. La base de l'action n'est pas la répulsion (pour le désordre) mais l'attraction (pour l'ordre) »⁹⁷⁶. Le fait que les aidantes ne souhaitent pas avoir de regrets signifie qu'elles ont envie d'éprouver plus tard un sentiment de plaisir, de se sentir comblée et méritante. Sans aucun doute, l'envie de se libérer vient de la situation contrainte, tandis que le sens de l'importance de la vie joue le rôle de « fil conducteur » poussant les aidantes principales à continuer la prise en soin de leurs proches âgés. Ce sens de la valeur de la vie leur permet de penser à la mission à effectuer pour que tout soit en ordre. Les discours de Mme Byeon et Mme Tae montrent que ce qui conduit à donner du sens à la vie est la finitude de l'être humain.

« Compte tenu de son âge... Je n'ai jamais pensé à ça il y a cinq ans mais j'ai peur maintenant. Si elle décède soudainement, pourrai-je être sûre de n'avoir aucun regret ? Je me demande donc si je me conduis correctement... » Mme Byeon (belle-fille)

« Elle me fait pitié. Ses cheveux deviennent tout blancs. Parce qu'elle a un problème sur les racines des cheveux, elle ne peut pas se faire teindre. Chaque fois qu'elle se lève, je suis désolée de vous le dire comme ça, mais son visage ressemble à un fantôme qui me glace, parce qu'elle est maigre aussi. J'ai l'impression qu'elle va s'en aller... C'est pour cela que je suis soumise à maman même si elle dit n'importe quoi. » Mme Tae (fille)

Si, « l'Être authentique pour la mort, c'est-à-dire la finitude de la temporalité, est le fondement caché de l'historicité de l'homme »⁹⁷⁷, l'idée de la mort ou la finitude de l'être humain le conduit à donner un sens à la vie. Pour V. Jankélévitch, le paradoxe de la mort est que son non-sens donne un sens à la vie. C'est la raison pour laquelle elle peut véritablement donner sa force et son intensité à l'existence⁹⁷⁸. Si les aidantes principales ne renoncent pas à prodiguer les soins à leurs proches âgés, c'est en partie parce que la proximité de la mort, ou la finitude de la vie, les

⁹⁷⁶ J.-C. Kaufmann, 2011 [1997]. *op.cit.* p.234.

⁹⁷⁷ E. Morin. 1970. *op.cit.* p.297.

⁹⁷⁸ V. Jankélévitch. 1994. *op.cit.* p.40.

conduit à chercher du sens ou de l'authenticité à leur propre situation, chacune à leur manière.

C. Autour de la dépendance

La dimension fondamentale de la dépendance peut être éclairée par la mobilisation de la notion de vulnérabilité : « les êtres humains sont d'emblée vulnérables et le demeurent [...]. Cette vulnérabilité doit se comprendre comme vulnérabilité du corps – susceptibilité aux atteintes physiques, aux contraintes, aux privations – et comme vulnérabilité de l'identité – susceptibilité à l'indifférence, au mépris, à l'humiliation »⁹⁷⁹. La vulnérabilité ne concerne pas exclusivement les personnes démunies, mais tout être humain pour un soin adapté à ses besoins. En n'atteignant jamais l'autosuffisance, l'être humain ne cesse d'être dépendant, d'être vulnérable à l'égard de la société⁹⁸⁰. Les « bienfaits de la fortune » sont les éléments qui peuvent déterminer la réalisation de la vie agréable : les biens ou circonstances extérieurs d'un individu influent sur sa personnalité, sa formation, sa richesse ou son pouvoir⁹⁸¹. L'arrivée d'événements non attendus, non désirés, par exemple la maladie, la guerre, les catastrophes naturelles, voire la trahison ou la perte d'un être cher, tout cela peut menacer et altérer le cours de l'existence⁹⁸².

Malgré le fait que l'être humain a une existence intrinsèquement dépendante, on tend à considérer la dépendance comme un état anormal qui a besoin d'aide spécifique. Comme nous l'avons abordé au début de cette recherche, le mot de dépendance porte deux sens dans le dictionnaire (la liaison, le lien social et la mutuelle solidarité d'une part, la relation d'asservissement, d'assujétissement, de soumission, de subordination d'autre part), et ce mot est connoté plutôt négativement dans toutes ses représentations sociales.

1. Dépendance et domination

La notion de domination consiste à ce qu'« un agent en domine un autre si et seulement s'il dispose d'un certain pouvoir sur celui-ci, en particulier le pouvoir d'interférer arbitrairement dans ses actions. Il le tient sous son emprise et cette emprise est arbitraire »⁹⁸³. P. Pettit souligne que la domination fait l'objet d'un savoir commun⁹⁸⁴ : « le dominé perçoit donc les

⁹⁷⁹ M. Garrau et A. Le Goff. 2010. *Care, justice et dépendance: Introduction aux théories du care*. Paris, PUF, p.14.

⁹⁸⁰ M. Nussbaum. 1986. *La Fragilité du bien. Fortune et Éthique dans la littérature et la philosophie grecques*, trad. G. Colonna d'Istria et R. Frapet, Éditions de l'Éclat. p.273-288.

⁹⁸¹ M. Garrau. 2018. *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS Edition, p.39.

⁹⁸² *Ibid.* p.28.

⁹⁸³ P. Pettit. 2004 [1997]. *Républicanisme. Une théorie de la liberté et du gouvernement*, trad. P. Savidan et J. F. Spitz, Paris, Gallimard, p.77

⁹⁸⁴ *Ibid.* p.87

signes du pouvoir du dominant comme des signes perceptibles par tous, le dominant inclus ; et le dominant perçoit la vulnérabilité du dominé comme une vulnérabilité également connue de tous, le dominé inclus »⁹⁸⁵. C'est ce qui permet au dominant d'avoir la capacité d'interférer, et au dominé d'inhiber sa capacité de contester. Cette relation du dominant au dominé semble ainsi devenir naturelle et légitimée pour l'un comme pour l'autre : « L'effet de la domination symbolique (qu'elle soit d'ethnie, de genre, de culture, de langue, etc.) s'exerce non dans la logique pure des consciences connaissantes, mais à travers les schèmes de perception, d'appréciation et d'action qui sont constitutifs des habitus et qui fondent, en deçà des décisions de la conscience et du contrôle de la volonté, une relation de connaissance profondément obscure à elle-même. »⁹⁸⁶

1.1. Acquisition de la « capacité d'interférence » chez les belles-filles

Si la tradition peut légitimer l'autorité du statut de belle-mère, et si les belles-filles sont en quelque sorte contraintes d'y être soumises, il semble que cette autorité disparaisse lorsque les belles-filles prennent soin de leurs belles-mères. L'autorité tend alors à être transférée des belles-mères aux belles-filles. En effet, mis à part la raison culturelle et symbolique, il n'y a pas de motif légitime pour que les belles-filles s'occupent de leurs belles-mères.

« La belle-fille n'a fait que se marier avec son fils, c'est tout. Une de mes amies habite avec le couple de son fils. Au début, sans raison particulière, le comportement de sa belle-fille ne lui plaisait pas du tout. Mais un jour elle s'est rendu compte « je n'avais jamais changé ses couches, ni lavé son linge, ni fait la cuisine pour elle, mais pourquoi est-ce que je pense forcément qu'elle est ma "belle-fille" ? »^{Mme Jong (fille)}

Les belles-filles disposent du droit de choisir de continuer ou de renoncer, dans la mesure où elles sont épuisées. Si les belles-filles renoncent à leur rôle d'aidante principale, cela signifie l'entrée en établissement, si personne ne peut prendre le relais. En en prenant conscience, les belles-mères n'ont plus d'autres choix que d'être soumises à leurs belles-filles. Les enfants de la belle-mère de ^{Mme} Yeo refusaient de la prendre en charge, parce que son caractère très fort avait souvent provoqué des conflits avec ses belles-filles. En dernier recours, le couple de Yeo l'a prise chez lui. Lorsque sa belle-mère est arrivée, les conflits avec ^{Mme} Yeo ont été nombreux pendant les six premiers mois des quatre années durant lesquelles elle a soigné sa belle-mère. Un jour après une dispute, ^{Mme} Yeo, ne pouvant plus tolérer ses comportements obstinés, lui a proposé d'aller en établissement. En colère, la belle-mère fut contrainte d'accepter.

⁹⁸⁵ M. Garrau. 2018. *op.cit.* p.270.

⁹⁸⁶ P. Bourdieu. 2002 [1998]. *op.cit.* p.58-59.

« Avant, elle n'en faisait qu'à sa tête et imposait son opinion. Il fallait aller vers elle tout de suite si elle m'appelait dans une autre chambre, même si j'étais en train de faire la toilette de mes enfants. Elle avait tendance à crier et à donner des ordres. Un jour je lui ai dit « si vous aimez agir comme ça, je vous propose d'aller en établissement ». Elle croyait que je n'oserais jamais dire cela en public. Devant l'établissement, elle ne voulait pourtant pas descendre de la voiture mais finalement elle a passé à contrecœur quelques jours en établissement. Elle a même renversé la table de ses repas. Quelques jours après, mon époux est passé la chercher et lui a dit « il faudra bien écouter ce qu'elle dit parce que c'est elle qui prend soin de toi. Je suis venue te chercher sans son autorisation. Si elle te refuse, tu devras revenir ici ». Aussitôt elle a fait des histoires en prenant son fils à la gorge. Depuis cet épisode violent, elle était devenue très timide. Elle regardait d'abord ma physionomie pour voir si ça me dérangeait ou pas. Si je prends du recul, elle me fait pitié... Comme elle était plus âgée que moi, j'aurais dû patienter... Par contre je me dis en même temps est-ce que je ne me mets pas en colère contre mes enfants bien que je les aime... Ce n'est pas parce que j'ai de la haine. C'est seulement parce que ce qui vient de se passer me met en colère. Parfois on passe un moment agréable, parfois non. C'est exactement comme quand j'élève les enfants. » ^{Mme} Yeo (belle-mère décédée)

Les aidantes principales ne peuvent s'empêcher d'intervenir sur l'autonomie de leurs proches âgés, pour protéger leur sécurité. ^{Mme} Seong s'est fâchée contre sa belle-mère qui est sortie seule pour acheter une couette à son fils benjamin, et qui est tombée dans l'escalier. La chute lui a cassé le jambe. ^{Mme} Seong, déjà stressée par la prise en charge des soins, a annoncé devant tout le monde qu'elle ne pouvait plus s'occuper de sa belle-mère.

« Aussitôt mon premier beau-frère a osé parler d'envoyer maman en établissement. En fait, elle était avec nous. Il a dit ensuite que je l'avais suffisamment prise en charge jusqu'à ce moment-là. Comme je n'en pouvais plus, personne ne pourrait s'occuper d'elle. Il m'a dit qu'il paierait les frais d'entrée. Alors, je n'avais rien d'autre à dire que l'accepter devant elle. Je lui ai dit « vous l'avez entendu ? Voulez-vous aller en établissement ? » « Non je ne veux pas y aller. Je suis désolée ». « À partir de la prochaine fois, je ne pourrai plus m'occuper de vous si vous recommencez ainsi à agir toute seule ». Ce soir-là on a beaucoup pleuré en nous prenant dans les bras. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

Réduire l'autonomie des personnes âgées dépendantes pose un problème ambivalent. La liberté d'aller et venir, et d'effectuer les tâches quotidiennes est entravée, alors que ces personnes ne sont pas des mineures. Pourtant, les aidantes principales sont tout à la fois responsables de la sécurité de leurs proches âgés, tout en assumant les conséquences de la prise de risque. Selon M. Beauvais, « toute pratique d'accompagnement se doit d'être pensée et agie au regard des singularités contextuelles propres à l'accompagné, singularités qu'il importe d'élucider en permanence »⁹⁸⁷. Pourtant, il est nécessaire d'être prudent avant de considérer forcément la

⁹⁸⁷ En ce sens, M. Beauvais propose la notion de « méta-responsabilité » de l'accompagnant, qui signifie « seule garante de sa première responsabilité envers l'autre, responsabilité ontologique, responsabilité de tout être humain

relation des soins comme une relation de pouvoir. Même si la « capacité d'interférence » peut être acquise par les belles-filles en tant qu'aidantes principales, cette capacité n'est pas tout à fait arbitraire. D'ailleurs, on ne peut négliger l'affection qui a pu s'établir au fil du temps dans la relation entre belles-mères et belles-filles, particulièrement lorsque ces dernières se sentent mal à l'aise après leurs reproches, ou confrontées à la culpabilité manifestée par leurs belles-mères. En fait, les belles-mères ne sont pas tout à fait privées de leur autorité. De même, le sentiment d'obligation (ou la responsabilité morale) ne disparaît pas chez les belles-filles, même si elles obtiennent une « capacité d'interférence ». Park montre que la situation de belle-fille disposant de la « capacité d'interférence » n'est pas facile à gérer. Les yeux au ciel elle nous révèle que son statut de belle-fille la met inconsciemment mal à l'aise. Mais elle suppose que sa belle-mère ne sera jamais tout-à-fait à l'aise non plus, même si elle essaie de faire de son mieux.

« Dans ma tête, je ressens un peu... quelque chose comme un devoir ? Je ne suis pas tout à fait à l'aise. Je suppose qu'il en est de même pour ma belle-mère car elle était une reine qui vivait comme elle voulait. Mais ici, bien que ce soit la maison de son fils, c'est moi qui suis la reine de cette maison, alors qu'elle est désormais une personne invitée. Un jour cette pensée m'est venue en voyant son comportement. C'est la raison pour laquelle elle a peur de fouiller dans le frigo. »^{Mme Park (belle-fille)}

1.2. Invisibilité de la maltraitance : « puisque je suis sa fille »

Pour ceux qui exercent un métier de service, il est essentiel de se contrôler au niveau émotionnel, mais il se peut que parfois cette exigence ne soit pas respectée. A.R. Hochschild montre par exemple que plus leurs émotions sont contraintes, moins les hôtesse de l'air sont souriantes⁹⁸⁸. Cela fait partie d'une forme de rébellion contre les règles. Par contre, elles ne s'imposent pas dans la sphère privée, ni au domicile où elles sont appliquées différemment par chaque individu. En cas de prise en charge des proches âgés dépendants, lorsque les aidants principaux rencontrent de nombreuses difficultés, il se peut qu'ils n'arrivent pas à contrôler leur sentiment de colère⁹⁸⁹. Cela risque éventuellement de prendre la forme d'un genre de maltraitance⁹⁹⁰. La violence ne se limite pas aux aspects visibles comme les agressions physiques, mais comprend aussi les aspects invisibles, comme les cruautés psychiques ou morales. Selon le rapport du

impliqué dans une relation intersubjective ». Celle-ci inclut même un « devoir d'ingérence ». M. Beauvais. 2004. « Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement », *Savoirs*, mars, no.6, p.103 et p.108.

⁹⁸⁸ C. Shilling. 2003. *The body and social theory*, London, Sage Publications. Chapter 5. ; A.R. Hochschild, 1983, *op.cit.*

⁹⁸⁹ L.B. Schiamberg and D. Gans. 1999. "An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children, *J Elder Abuse Negl.*, no.1, p.79-103.

⁹⁹⁰ Conformément à la classification de 1992 par le conseil de l'Europe, la maltraitance se définit comme « violences physiques, violences psychiques ou morales, violences matérielles et financières, violences médicales ou relatives aux soins, négligences actives et passives et privation ou violation de droits » N. Moguen-Boudet, S. Courtois et M.-C. Mate. 2003. « Maltraitance des personnes âgées et communication », *Empan*, no.52, p.134-138.

Ministère coréen des affaires sociales et de la santé, en 2016, 428 personnes âgées (de 60 ans et plus) victimes d'une maltraitance ont été enregistrées dans 29 centres coréens de la protection pour les personnes âgées. En ce qui concerne le profil des victimes, les femmes sont plus nombreuses (72,3 %) que les hommes (27,7 %). Parmi l'ensemble des victimes, 67,3 % cohabitent avec leurs abuseurs. On constate que 75,5 % des abuseurs font partie de la parenté des victimes, parmi lesquels 37,3 % de fils, 20,5 % de conjoint(e)s et 10,2 % de filles. En ce qui concerne les caractéristiques de la violence, sur 6 811 cas constatés de la maltraitance (cumulés sur plusieurs types), 40,1 % sont des violences psychiques ou morales, 31,3 % des violences physiques, 11,4 % des négligences. Le domicile est le lieu où les violences surviennent le plus souvent, pour 88,8 %. Parmi 4 280 victimes, 26 % sont des personnes qui éprouvent les symptômes de la maladie d'Alzheimer ou qui sont déjà diagnostiquées⁹⁹¹.

La relation affectueuse et privée tend à être « recouverte d'un voile, car elle met au jour, outre la nudité des corps et les recoins de l'intimité, quelques-uns des rouages cachés de la domination »⁹⁹². Nous allons montrer les maltraitances supposées et commises par les aidantes principales principales, surtout chez les filles, et leurs épreuves constatées qui en sont la cause.

1.2.1. Manque de reconnaissance

Le manque de reconnaissance de la personne atteinte d'une maladie mentale à l'égard de son aidante principale peut provoquer la maltraitance. Pour ^{Mme} Chang, l'irritation et le raisonnement « parce qu'elle est ma mère » se combattent dans sa tête. Elle ne se sent pas reconnue par sa mère même si elle s'en occupe seule, parce que les membres de sa fratrie ne sont pas dans les conditions convenables pour la prendre en charge. En effet, quand sa mère habitait avec sa petite sœur (handicapée, donc pour l'aider), elle refusait de passer même une nuit chez ^{Mme} Chang. Son état de santé actuel l'oblige à vivre chez elle, mais elle suppose que sa mère n'est pas à l'aise avec elle. En effet, elle la voit pleurer beaucoup chaque fois que son autre sœur qui habite à Séoul avec sa propre belle-mère, vient voir leur mère. ^{Mme} Chang nous a indiqué que sa sœur mène son activité professionnelle, malgré la cohabitation avec sa belle-mère. Tout cela provoque chez elle un sentiment de jalousie et d'injustice, si bien qu'elle s'irrite constamment contre sa mère.

« Je pense que je respecte le *hyo* à un niveau inférieur à 30 %. Comme je vous l'ai dit, mon caractère est un peu violent. Je demande à maman « assied-toi là ! ». Si mon mari me demande de ne pas agir comme ça, ça m'irrite encore plus. Au milieu de la nuit, quand elle va

⁹⁹¹ Ministry of Health and Welfare. 2018 *op.cit.* p.82.

⁹⁹² H. Helena et M. Pascale. 2012. « Les ambigüités du care », *Travailler*, no.28, p.12.

aux toilettes, elle me touche, ça m'énerve aussi. Donc je crie contre elle, et tout le monde se réveille à cause de moi. Mon mari me demande de me taire. Je ne peux pas me taire. Comment vivre alors dans cet état-là. Je me dis qu'il me faudrait quand même parler doucement, mais j'oublie aussitôt. » ^{Mme} Chang (fille)

Mécontente du manque de reconnaissance de sa mère, elle cherche à l'obtenir par la menace verbale.

« Souvent, je lui dis « personne ne peut te soigner maman, sauf moi, tu le sais ? ». Parfois je suis gentille avec elle, mais parfois je suis méchante. Je me plains de tout à maman. J'essaie de ne pas penser « qui va faire ça sinon moi ? ». Ça me fait paraître prétentieuse. Abandonner cette idée n'est pas facile. » ^{Mme} Chang (fille)

La mère de ^{Mme} Jong, atteinte de la maladie d'Alzheimer, ne cherche que ses autres enfants, ce qui stresse ^{Mme} Jong qui menace de la taper.

« Le stress arrive sans raison, il vient même lorsque les tâches ne m'est pas difficile. Elle répète mille fois ce qu'elle a déjà dit, et elle recherche tout le temps ses autres enfants. Même si elle allait chez les autres enfants, elle ne serait pas mieux traitée, pourtant elle les recherche, ça me met en colère. Si je lui dis par plaisanterie « est-ce que tu veux recevoir un coup de poing ? », elle fait semblant aussi de me frapper en me disant « à ta mère ! ». Moi je peux vraiment la taper parce que je suis sa fille et parce que ma mère oublie aussitôt, à cause de sa maladie. Moi aussi je fais comme ça. J'oublie vite. » ^{Mme} Jong (fille)

1.2.2. Trouble de l'image en miroir

De nombreuses filles aidantes principales attribuent la cause de leur colère envers leurs mères à leur statut de « fille »

« Quand je vois maman s'habiller en s'accoutrant de plusieurs choses en même temps, je sais bien que c'est parce que maman n'a plus d'intelligence. Mais comme je suis sa fille, je me mets facilement en colère. » ^{Mme} Kyeong (fille)

La dépendance de sa mère provoque l'hostilité chez ^{Mme} Rye. Étant aide-soignante, elle s'occupe de personnes âgées à leur domicile et supporte chez elles les symptômes de la maladie, alors qu'elle les refuse chez sa mère. L'image en miroir lui fait peur.

« Bizarrement, si je m'occupe d'un autre malade d'Alzheimer, je ne suis pas en colère même si son comportement n'est pas normal. Toutefois si maman agit exactement comme ça, ça me met en colère. Evidemment, elle fait comme ça parce qu'elle est atteinte de la maladie d'Alzheimer et elle est très âgée. Mais pourquoi maman me tape-t-elle sur les nerfs, alors que l'autre ne le fait pas ? Je me le demande... Il me semble que c'est parce qu'elle est ma mère et elle est mon miroir. J'ai peur de devenir comme ça... » Rye (fille)

« Je vois mon avenir quand je vois maman. J'ai 60 ans, mais je me vois par avance à 70 et à 80 ans... » Hyosun (fille)

1.2.3. Épuisement

Quand les aidantes principales rencontrent des difficultés dans les soins, elles ne parviennent pas à contrôler leurs émotions. ^{Mme} Geum, célibataire et aide-soignante à l'hôpital, a pris soin de sa mère, décédée de la maladie d'Alzheimer, sans aucune aide de ses deux frères, dont l'un a même privé sa mère de l'héritage laissé pour celle-ci lors du décès du père. Avec des difficultés financières, sans intervention extérieure professionnelle (elle-même est dans la profession) elle devait s'occuper entièrement de sa mère en travaillant à côté. Sans réfléchir, mais par épuisement, elle a frappé les fesses de sa mère plusieurs fois lors de soins hygiéniques. Un jour, sa mère l'a dénoncée à la police.

« Parce qu'elle est grabataire, elle fait ses besoins sous elle. Même jusqu'à trois fois par jour sur son lit. Ça me gêne beaucoup. Ça sent fort et tout est pêle-mêle. Alors je lui ai mis une couche parce que je devais travailler. Je l'ai plusieurs fois frappée sur les fesses en criant « maman » ! Une fois, elle a quitté la maison à quatre-pattes. En fait je ne ferme pas la porte. En cas de feux, pour que quiconque puisse venir... parce que je suis démunie. Au milieu de l'hiver, elle a quitté la maison quand je l'ai frappée sur les fesses et elle est allée le déclarer à la police en disant qu'elle ne pouvait pas vivre dans la violence. J'ai passé ma colère sur ses fesses et je lui ai reproché de ne pas faire ça correctement, parce que j'avais beaucoup d'autres choses à faire. Parce que c'est ma mère, je considérais qu'elle était docile. Un agent de police m'a avertie qu'à partir de la prochaine fois je serai condamnée à une amende et je ferai de la prison. » ^{Mme} Geum (mère décédée)

Ne reconnaissant pas ^{Mme} Geum, sa mère a fait sa déclaration à la police avec objectivité comme s'il s'agissait d'un tiers. L'enquête nationale coréenne sur le contexte de la maltraitance révèle la réticence des personnes âgées à déclarer les abus de leurs enfants à domicile⁹⁹³. La maltraitance, relatée dans les médias, est illustrée par des cas extrêmes, tels que des violences physiques très graves qui risquent d'entraîner la mort. S'il ne s'agit pas de telles extrémités, l'intimité familiale excusera tout, avec le risque que de tels agissements deviennent quotidiens et considérés comme une chose banale. Si on pense à la relation intime entre une mère et sa fille, l'affirmation de Jong « je peux vraiment la taper parce que je suis sa fille » semble légitime ou du moins envisageable pour la plupart des filles interrogées. Pourtant, si on considère l'intimité entre mère « malade » et fille soignante, ce sera une autre histoire, car la mère souffre de maladie⁹⁹⁴ : « [Les personnes âgées] sont parfois victimes de troubles psychologiques, affectifs ou organiques, mais, le plus souvent, elles sont victimes d'une déshumanisation de leur environnement »⁹⁹⁵. Après l'épisode de la déclaration à la police, la

⁹⁹³ Ministry of Health and Welfare. 2018. *op.cit.*

⁹⁹⁴ C. Delsol. 2013. « Digne parce qu'il souffre », *Gérontologie et société*, vol.36, no.144, p. 31-40.

⁹⁹⁵ P. Ancet, N.-J. Mazen, F. Mourey et P. Pfitzenmeyer. 2009. « Manifeste », *In* Ancet, P., Mazen, N.-J., Mourey, F.

mère de ^{Mme} Geum lui a demandé de la traiter doucement, et celle-ci s'est aperçue pour la première fois que sa mère avait conservé sa dignité humaine.

« Après une douche, elle m'a dit « Madame, pourriez-vous me traiter doucement s'il vous plaît ? ». À ce moment-là, je me suis aperçue qu'elle avait gardé de la dignité humaine. Je n'y avais jamais pensé jusqu'à ce moment-là. Ses yeux étaient très sincères. Certainement elle a conscience de l'existence de sa fille dans sa tête, mais sa fille l'a confiée à cette dame et celle-ci n'est pas gentille. Parce que pour elle je suis une personne inconnue, elle pense que je ne suis pas gentille. En pleurant, je lui ai dit « Madame, je vous traiterai doucement et je ferai attention à mes paroles ». » ^{Mme} Geum (fille)

Le malade est toujours un « être humain du seul fait qu'il est humain »⁹⁹⁶. Il peut ressentir si l'autre le traite bien. Selon la loi de Ribot, pour les malades d'Alzheimer, les souvenirs affectifs s'éteignent plus difficilement que les souvenirs intellectuels⁹⁹⁷. L'étude de M. Lee indique que les aidants familiaux tendent à moins abuser de leurs proches âgés lorsque ces derniers éprouvent de l'incapacité physique plutôt que mentale⁹⁹⁸. E. Goffman, quant à lui, pointe que les gens « normaux » considèrent les personnes affligées d'un stigmate (entre autres d'une maladie mentale) comme inférieures et même pas tout à fait humaines⁹⁹⁹.

« Auparavant elle délirait. Normalement, c'est pratique de faire ses besoins dans une couche. Mais elle a refusé de le faire, même dans son état-là. Je me rends compte qu'il ne faut pas la traiter n'importe comment. En apparence, il semble qu'elle n'a plus d'intelligence, mais ce n'est pas vrai. » ^{Mme} Hyosun (fille)

Si l'épuisement est une des causes qui entraînent la maltraitance, il ne signifie pas simplement celui qui vient de la surcharge, mais il faut tenir compte du manque de ressource comme cause de surcharge. Plusieurs études montrent que les aidants familiaux qui habitent le plus longtemps avec leurs proches âgés malades, ceux qui, de plus, manquent de soutien physique, moral et financier, ceux qui sont confrontés aux comportements les plus problématiques de leurs proches âgés, et qui subissent davantage de stress chronique, ceux-là tendent à les maltraiter¹⁰⁰⁰.

« Si j'avais de l'argent ou si je pouvais l'envoyer en établissement, je n'aurais pas pu vider

et Pfitzenmeyer, P.(dir.), *Vieillir dans la dignité un combat pour demain*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, p.10.

⁹⁹⁶ P. Ricœur. 1988. « Pour l'être humain du seul fait qu'il est humain », *In* De Raymond, J.-F. (dir.), *Les Enjeux des droits de l'homme*, Paris, Larousse.

⁹⁹⁷ S'y ajoute la loi Ribot qui décrit les différentes étapes de la perte de mémoire : les souvenirs les plus récents s'effacent avant les plus anciens ; les automatismes moteurs résistent le plus longtemps. (É. Minnaërt. 2008. « Le corps-vieux : Un lieu de mémoire ? », *In* Ameisen, J.-C., Le Blanc, G. Et Minnaërt, É. *op.cit.* p.12.)

⁹⁹⁸ M. Lee. 2008. « Caregiver Stress and Elder Abuse among Korean Family Caregivers of Older Adults with Disabilities », *Journal of Family Violence*, vol.23, p.707-712.

⁹⁹⁹ E. Goffman, 2015 [1963]. *op.cit.* p.15.

¹⁰⁰⁰ M. Lee. 2008. *op.cit.*; E. Yan et T. Kwok. 2011. « Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers : an inquiry into the role of caregiver burden », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.26, p.527-535.

ma colère sur elle. Si elle n'était pas ma mère, je n'aurais pas éprouvé autant d'émotion. Comment pourrait-on frapper une autre mère¹⁰⁰¹... J'étais vraiment désolée pour elle. »^{Mme Geum (mère décédée)}

1.3. « L'argent signifie la puissance »

A. Memmi dit que « la vieillesse apparaît comme un ensemble de ruptures de pourvoyances, cumulatives, progressives et surtout non-réversibles »¹⁰⁰². Si on se souvient que le taux de pauvreté dépasse 45 % chez les personnes âgées de plus de 65 ans en Corée du Sud, et que le système de pension nationale n'a été appliqué à tous les citoyens de ce pays que dans les années 90, les personnes âgées coréennes ont davantage de risque d'être dépendantes financièrement. Le rapport de 2017 sur le contexte des personnes âgées coréennes montre que 85 % des personnes âgées interrogées déclarent recevoir une aide financière de leurs enfants : 53,2 % de la part du couple du fils aîné, 21,2 % du couple d'un fils autre qu'aîné, 12,9 % de la fille aînée et/ou de son époux, 10,0 % d'une fille autre qu'aînée et/ou de son époux. Toutefois, seules 23 % (712 personnes) déclarent soutenir financièrement un membre de leurs familles : 42,5 % un petit-enfant, 29,6 % le couple de leur fils aîné et 11,6 % le couple de fils autres que l'aîné¹⁰⁰³. Si on tente de comparer avec le contexte d'un autre pays comme la France, selon A. Weber, 25 % des personnes âgées de 60 ans et plus sont aidés financièrement ou matériellement par leur entourage, mais l'aide financière ou matérielle seule ne dépasse pas 2 %. D'ailleurs, 22 % des personnes reçoivent exclusivement un soutien moral (écoute, compagnie)¹⁰⁰⁴. Les résultats statistiques révèlent clairement que la situation des personnes âgées coréennes les conduit davantage à se trouver en situation dépendante financière et matérielle. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que l'on puisse négliger l'existence de ceux qui possèdent leurs propres ressources financières.

1.3.1. Capacité financière des aidantes principales

La « capacité d'interférence » se manifeste très nettement chez^{Mme} Hyeon, du fait que sa belle-mère ne dispose pas de ressources financières. ^{Mme} Hyeon dirige (en tant que locataire) sa petite boutique de coiffure sans employé, dans un quartier de classe moyenne et supérieure. Elle assure la plupart des coûts de la vie de sa famille et des soins de sa belle-mère, parce que son mari ne

¹⁰⁰¹ C. Mercadier, 2002, *op.cit.* p.147 ; C. Mercadier montre que l'anonymat permet aux soignants de garder l'impartialité. Toutefois, l'OMS indique que des violences risquent davantage dans les institutions du fait que le personnel est mal formé ou surchargé de travail.

¹⁰⁰² A. Memmi. 1992. « La vieillesse ou la dissolution des pourvoyances », In Kessler, F. (dir.), *La dépendance des personnes âgées*, Revue de droit sanitaire et social, no.3, p.410.

¹⁰⁰³ K.-H. Jeong *et al.* 2017. *op.cit.*

¹⁰⁰⁴ A. Weber. 2015. « Des enquêtes nationales pour connaître l'aide apportée par les proches en raison d'un handicap ou d'un problème de santé », *Informations sociales*, no.188, p.47.

gagne pas beaucoup. Bien qu'elle-même ne gagne pas énormément, son chiffre d'affaires peut couvrir les dépenses, mais tout juste, parce qu'elle doit également subvenir aux frais d'éducation de ses enfants, un lycéen et une étudiante. ^{Mme} Hyeon juge que, même si elle laisse la maison sens dessus dessous, sa belle-mère n'ose pas lui faire des remarques, faute de ressources financières.

« On n'aime pas les belles-mères sans argent, n'est-ce pas ? J'ai l'impression que je la respecte moins parce qu'elle n'a pas d'argent. D'ailleurs, elle a perdu son mari vers vingt ans. S'il était là, je l'aurais traitée prudemment, mais comme il n'est pas là, j'ai tendance à la considérer comme un peu inférieure. Elle se plaint peut-être de mon comportement dans son for intérieur, parce que je ne range pas bien la maison à cause de ma fainéantise, mais elle ne me dit rien. Mon mari accepte de faire quelque chose pour sa mère, mais il ne touche absolument pas aux tâches ménagères. Elle ne peut pas me demander de faire ça de telle ou telle façon... Elle mange les repas faits à ma manière. J'ai l'impression qu'elle me surveille du coin de l'œil. Cela signifie qu'elle n'est pas à l'aise avec moi. C'est parce que je ne suis pas sa fille et qu'elle n'est pas ma mère. » ^{Mme} Hyeon (belle-fille)

Dans son discours, ^{Mme} Hyeon n'hésite pas à dire qu'elle considère sa belle-mère comme inférieure. Entre les deux femmes, on voit une distance assez claire. Sans doute, cela apparaît-il d'autant plus que ^{Mme} Hyeon manque d'affection pour sa belle-mère, et peut-être vice versa. Pourtant, malgré son agacement, elle reconnaît sa responsabilité envers sa belle-mère, car elle a précisé : « j'achète tout ce qu'elle aime manger. Je ne suis pas avare ». Cela se traduit par le fait qu'elle s'applique à bien jouer le rôle symbolique de belle-fille. En ce qui concerne ^{Mme} Byeon, au début, c'est son beau-père qui subvenait aux coûts médicaux de sa belle-mère, parce qu'il avait gagné de l'argent dans un commerce de primeurs, puis dans un petit boulot. ^{Mme} Byeon, qui ne travaillait pas quand elle élevait ses enfants, pense qu'elle a pu vivre grâce à ses beaux-parents.

« Quand on m'a dit que je prenais en charge mes beaux-parents [dans le sens plutôt de cohabiter car ils n'étaient pas malades à cette époque-là], j'ai trouvé ça un peu bizarre car je considérais que c'était moi qui étais prise en charge par eux, parce qu'ils se sont occupés de tout l'aspect économique tandis que moi j'ai seulement préparé les repas et élevé mes enfants. Comment j'oserais dire que je les prends en charge. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Pour elle, la capacité économique a plus de valeur que la tâche ménagère, et c'est la raison pour laquelle elle est reconnaissante à ses beaux-parents. Néanmoins, son discours a évolué :

« Le coût des soins de ma belle-mère a été assumé par mon beau-père jusqu'à récemment, mais il ne peut plus depuis qu'il a arrêté de travailler. Alors, dans ma famille, moi seule gagne de l'argent. Mes deux beaux-parents sont malades, et mon mari ne peut pas travailler parce qu'il s'est blessé à la main. C'est pour ça que mon mari ne saurait pas vivre sans sa femme. Il

dit souvent « sans toi, notre famille n'irait pas bien ». Il s'est aperçu de l'importance de sa femme (rire). Mais au cours des soins, je me dis « ah, Dieu attribue un talent différent à chacun, mais pourquoi suis-je devenue une personne qui juge ? pourquoi suis-je devenue orgueilleuse ». J'essaie d'être humble. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

Même si assurer les soins n'engendre pas nécessairement une relation de domination, les propos de ^{Mme} Byeon montrent que l'on peut facilement y parvenir.

1.3.2. Capacité financière des proches âgés dépendants

Pour certaines belles-filles, les soins sont payés avec les ressources financières de leurs proches âgés malades. La belle-mère de ^{Mme} Seo assure à part entière le coût de ses propres soins, mais aussi la subsistance de sa famille qui vit avec elle. Parce que le mari de ^{Mme} Seo ne travaille pas depuis dix ans en raison de sa mauvaise santé (un infarctus du myocarde), ce couple dépend financièrement en totalité de la mère. Celle-ci a pu épargner jusqu'à sa retraite et de plus la pension nationale lui est versée tous les mois grâce à son ancien métier, joueuse de badminton, ce qui laisse supposer que son caractère est assez indépendant.

« Ma belle-mère est capable financièrement alors que nous ne le sommes pas. Du coup, elle subvient à tous nos besoins. Parfois elle nous propose de faire livrer quelques choses à manger comme un poulet frit. Nous ne pouvons pas le proposer parce qu'on n'a pas d'argent. Je pense qu'elle peut rester digne parce qu'elle dispose de la capacité financière. C'est pour ça que j'ai appris d'elle qu'il faut avoir de l'argent. L'argent signifie la puissance. Ma belle-mère n'a jamais gardé mes enfants quand ils étaient bébés. Elle me disait qu'elle n'avait pas de raison de s'en occuper. Elle se consacrait entièrement à son activité sociale. Elle sortait à 5h du matin et rentrait à 17h. D'ailleurs, elle a fait un tour du monde. Il n'y a pas de pays où elle n'est pas allée. Comme son mari est décédé jeune, elle a pu faire tout ce qu'elle voulait. »
^{Mme} Seo (belle-fille)

Comme nous l'avons déjà évoqué, ^{Mme} Seo éprouve une telle pression psychique que ses yeux s'orientent toujours vers l'horloge murale pour vérifier l'heure, de crainte de ne pas respecter l'horaire des repas. Elle n'exprime pas son mécontentement en tant que belle-fille qui n'a reçu aucun soin physique de la part de sa belle-mère, car celle-ci a de l'argent qui donne un privilège. Du fait que sa belle-mère dépense pour tout ce dont la famille a besoin, ^{Mme} Seo ne trouve pas « injuste » qu'elle ait autrefois refusé de garder ses enfants. L'argent est une sorte de « lubrifiant », un moyen qui l'encourage à bien prendre soin de sa belle-mère.

2. Dépendance, familiarité et affection

Le film intitulé « Une affaire de famille », qui a remporté la Palme d'or du festival de Cannes en 2018, se pose la question de ce qu'est la famille. Une « famille » pauvre du Japon composée

de personnes sans lien du sang, mais réunies par simple choix, mène une vie commune économiquement instable. Surtout Yuri, emmenée à la maison par Osamu et Shota qui avaient pitié d'elle maltraitée par ses propres parents, ressent de l'affection familiale et la tendresse maternelle de *Nobuyo*, qu'elle n'avait jamais connue auprès de sa propre mère. *Nobuyo* elle-même la considère affectueusement comme sa fille. Un jour, l'enlèvement d'une mineure est dévoilée par hasard. *Nobuyo*, endossant volontairement les erreurs de tous, est condamnée à la prison. *Yuri* est renvoyée chez ses parents et continue d'être maltraitée. *Nobuyo* énonce un propos très révélateur lors de l'interrogatoire : « ne devient-on mère que lorsqu'on a donné naissance ? ». En fait, si la famille représente à la fois le lien biologique et le lien juridique, la famille d'aujourd'hui illustre la complexité et la possible incohérence des sentiments de filiation. Ce film montre que l'affection croît en cohabitant, en partageant et en vivant tous les moments ensemble, que ce soit de la tristesse, du bonheur, des querelles et de la réconciliation. Pour R. Lenoir, la famille est tant une structure cognitive qu'une structure sociale, alors que la familiarité est engagée à la constitution de famille¹⁰⁰⁵. J.-C. Kaufmann souligne que la familiarité ne va pas de soi parce qu'on est une famille : « Ce n'est pas la famille qui produit la familiarité, mais à l'inverse la familiarisation de l'univers proche qui produit la famille. La familiarité n'est nullement un état fixe et donné, elle résulte de mécanismes complexes et précis qu'il importe de mettre en évidence. »¹⁰⁰⁶ Par ailleurs, l'émotion jaillit de la constatation de la vulnérabilité d'autrui. L'affection étayée par la moralité joue le rôle de protection des êtres humains face aux dangers¹⁰⁰⁷. Elle est définie comme « l'ensemble des attitudes que nous devons adopter dans le but de protéger les êtres humains des blessures qui peuvent naître des présuppositions communicationnelles du rapport à soi [...]. La moralité est la quintessence des attitudes que nous sommes mutuellement obligés d'adopter afin de garantir ensemble les conditions communes de notre intégrité personnelle »¹⁰⁰⁸.

Dans les soins, la relation entre mère et fille s'appuie sur la parenté selon le lien du sang, tandis que la relation entre belle-mère et belle-fille s'appuie sur la parenté par alliance. Compte tenu de ce que la familiarité ne va pas de soi dans la parenté consanguine, ce n'est pas forcément parce que les filles sont particulièrement affectueuses qu'elles sont devenues aidantes principales de leurs mères¹⁰⁰⁹. Même si le « *hyo* » est inscrit dans la norme traditionnelle en Corée, l'affection est plutôt proche de la dimension émotionnelle universelle de l'individu dans la relation. Le

¹⁰⁰⁵ R. Lenoir. 2003. *op.cit.* p.24-27.

¹⁰⁰⁶ J.-C., Kaufmann. 2001. *op.cit.* p.99

¹⁰⁰⁷ A. Honneth. 2002. *op.cit.* p.129

¹⁰⁰⁸ *Ibid.* p.137.

¹⁰⁰⁹ Pour autant, on ne peut pas dire non plus qu'elles n'ont aucune affection envers leurs mères.

statut de belle-fille et ses rôles sont entièrement structurés par la norme traditionnelle, si bien que l'affection ne s'inscrit pas comme une obligation entre belle-mère et belle-fille lors du mariage, ni même après. La prise en soin d'un proche âgé en cohabitation, qui fait connaître l'ensemble des émotions tant négatives que positives apportera-t-elle un changement sur la relation entre deux protagonistes ?

2.1. Mères et filles : Réconciliation et/ou renforcement de la relation

Quand les filles prennent en charge les soins de leurs mères, cela ne signifie pas que leur relation mutuelle était affectueuse dès le début. ^{Mme} Geum, qui a frappé les fesses de sa mère sous le coup de la colère et de plusieurs difficultés, notamment financières, n'avait pas été particulièrement affectueuse à l'égard de sa mère. Parce que sa mère préférait ses fils, ^{Mme} Geum ne se sentait pas traitée comme un être précieux. Dans ce contexte, avoir dû prendre en charge leur mère, elle-même plutôt que ses frères, l'avait contrariée. C'est avec rancœur qu'elle s'est occupée de sa mère jusqu'à l'épisode de la maltraitance. La supplique inattendue de sa mère « madame pourriez-vous me traiter doucement s'il vous plaît ? » l'a bouleversée et fait disparaître toute la rancune qu'elle avait ressentie jusqu'à ce moment-là. D'ailleurs, cela lui a permis de regarder différemment sa mère et de voir la femme qu'elle était. Il s'agit du moment de l' « accueil de l'autre ».

« Comme quand la neige fond à l'arrivée du printemps. À partir de ce moment-là, j'ai commencé à me dévouer à maman avec sincérité. J'ai fait tout ce que j'ai pu. Depuis, on s'est bien amusées en dansant et chantant tous les jours avec un micro en installant le programme du karaoké sur l'ordinateur. De cette façon, on s'est mises à être affectueuses l'une envers l'autre. En fait je l'ai regardée comme une femme avant de devenir maman. J'avais pitié de sa vie. Elle a été frappée par son mari, elle n'était pas aimée par lui, ni par ses fils, et ni même par sa fille, avec qui elle devait vivre. Alors, depuis ce moment-là, j'ai commencé à souvent déclarer « je t'aime bien » » ^{Mme} Geum (mère décédée)

Cela montre que l'affection ne va pas de soi, même si les filles s'occupent de leurs mères, et même si la durée des soins s'allonge. Mais il semble nécessaire que naisse un sentiment électif. C'est lorsque ^{Mme} Geum a constaté la vulnérabilité de sa mère que ce sentiment est né dans son cœur. La phrase prononcée dans la situation de maladie d'Alzheimer reflète, aux yeux de ^{Mme} Geum, toutes les épreuves que sa mère a vécues jusqu'à ce moment-là. C'est alors qu'elle est parvenue à comprendre sa mère en tant que personne, femme et malade, autrement dit comme son alter ego. Cela montre que l'affection peut naître de la découverte de l'authenticité de son vis-à-vis.

Même si la relation entre mère et fille n'est pas mauvaise, une expérience de prise en charge

peut être l'occasion de renforcer l'affection. ^{Mme} Moun et sa mère ont vécu séparément et habité dans des régions différentes avant la prise en charge. Il suffisait que ^{Mme} Moun téléphone régulièrement à sa mère, même si elle ne lui rendait pas souvent visite à cause de ses occupations dans son magasin. Si leur relation était assez ordinaire, sans événement particulier jusqu'à l'expérience de soins, celle-ci leur a permis de penser tendrement l'une à l'autre.

« Au début, je me demandais si j'oserais faire ça [les soins], mais en faisant ça, je suis amenée à continuer. C'est parce qu'elle est ma mère. Puis... en le faisant, je suis devenue plus affectueuse envers elle. Maman a terriblement aimé son fils, mais il ne l'aide pas autant qu'elle l'a fait pour lui. Maman est à l'aise avec moi maintenant. D'ailleurs, son caractère a changé. Elle me montre souvent de l'amabilité en me demandant avec un sourire « je suis belle ? » » ^{Mme} Moun (fille)

Plus l'affection se renforce et plus la sollicitude réciproque se raffermi, Moun est amenée à penser davantage au dévouement de sa mère pour ses enfants, ce qui la stimule pour continuer à lui prodiguer les soins.

« Je ne pense pas que ce que je fais maintenant soit le *hyo*. Il y a un proverbe qui dit « un parent peut prendre soin de dix enfants tandis qu'ils ne sauraient pas s'occuper de leurs parents ». Je n'arrive pas à sa cheville même si je fais de mon mieux. Quand j'ai été opérée de la thyroïde il y a quelques années, l'opération a été plus longue que prévue. À l'hôpital, il y a une salle de prière. Pendant tout ce temps-là, elle n'a pas mangé ni quitté la salle... Quand j'en ai entendu parler, ah... comment expliquer ce que j'ai ressenti... Cela me revient en mémoire en faisant ça [les soins]. » ^{Mme} Moun (fille)

Depuis l'enfance, ^{Mme} Kang est la plus affectueuse de sa fratrie à l'égard de sa mère. Celle-ci lui rendait son affection, et elle était moralement dépendante d'elle. ^{Mme} Kang, en s'occupant de sa mère, s'est particulièrement rendu compte à quel point sa présence lui est précieuse.

« Je suis très heureuse d'être avec maman, même son existence... sa présence... Quand j'étais petite, j'ai souvent touché ses seins. Pour une fille, sa mère lui plaît par son existence même. Le nom « maman » la fait pleurer quand elle l'appelle. Je suis affligée de son état, mais je suis vraiment reconnaissante d'être avec elle. » ^{Mme} Kang (fille)

Il en va de même pour ^{Mme} Sun. L'affection qu'elle a reçue de sa mère pendant sa jeunesse devient de plus en plus claire à son esprit tout au long de la prise en charge. Comme les autres filles interrogées, elle pense que les soins qu'elle prodigue à sa mère ne peuvent pas être comparés à l'affection de sa mère. Elle souligne notamment qu'elle a appris de sa mère que la vulnérabilité n'est pas quelque chose de honteux à cacher.

« Ce n'est rien du tout par rapport à ce que maman a fait pour moi. Si elle ne m'avait pas pris la main, je n'aurais pas pu vivre aussi sainement et agréablement. Parce qu'elle m'a entourée

par ses larmes et son amour, j'ai pu arriver jusqu'ici. C'est elle qui m'a permis de vivre sans me cacher et sans honte. Si elle ne m'avait pas laissé voir quelques attitudes plus faibles, comment oserais-je montrer ma fragilité, n'est-ce pas ? Franchement ce n'est pas facile de faire ça à notre époque. Moi, je ne veux rien cacher. »^{Mme} Sun (fille)

Effectivement,^{Mme} Sun nous a conté le récit de sa vie sans rien cacher sur son errance dans sa jeunesse, et elle nous a dit combien sa mère était affectueuse envers elle. Ce souvenir est nettement inscrit dans son cœur, ce qui fait qu'elle ne saurait abandonner sa mère, qui n'a désormais plus de facultés intellectuelles, même si son entourage lui propose de la faire entrer en établissement.

« En fait, j'ai été violée par mon oncle de 12 à 14 ans. Je n'ai pu parler à personne, ni à ma mère. À 15 ans, j'ai commencé à travailler à l'usine et j'ai ouvert les yeux sur les hommes, ce qui fait que j'ai pu réaliser que j'avais été violée. Mon corps était mature, donc j'ai commencé à avoir mes règles à partir de 12 ans. J'étais la seule élève du collège qui avait des règles. En travaillant, je suis sortie avec des hommes. Si on m'achète une tasse de thé, je me sentais obligée d'en offrir une moi aussi. Je n'avais pas d'argent parce que je donnais tout mon salaire à ma mère. J'ai commencé à voler son argent. Avec son argent, je ne suis pas rentrée pendant quelques jours. Je suis revenue quand elle m'a attrapée et retenue avec ses mains. Vraiment elle m'a beaucoup cherchée en pleurant... Voici (en montrant son bras) la dernière trace de ma tentative de suicide. Quand je suis rentrée en étant rattrapée par elle, elle s'est mise à genoux devant moi, et m'a demandé « qu'est-ce que je t'ai fait de mal... Je pourrais agir autrement si je le savais »... C'est pour cela que j'ai pu arriver jusqu'ici. Son amour sans limite... sans attente... Comment expliquer ce sentiment-là. Je ne peux pas lui lâcher la main en ce moment comme quand elle m'avait faite. »^{Mme} Sun (fille)

Selon N. Nodding, l'émotion ressentie naturellement au cours des soins provient de l'impression d'obligation « je dois (*I must*) ». Cela provient surtout du souvenir des soins reçus, par exemple durant l'enfance, ce qui motive à prodiguer les soins en retour à la même personne ou à une autre¹⁰¹⁰. Si l'hospitalité ne résulte pas forcément du don, celui-ci ne peut pas s'expliquer si l'hospitalité est totalement absente¹⁰¹¹. Les filles manifestent que ce qu'elles font pour leurs mères ne peut pas égaler à ce qu'elles en ont reçu. L'hospitalité procurée par leurs mères auparavant est considérée comme plus généreuse que l'hospitalité ultérieure, c'est-à-dire les soins que les filles leur prodiguent.

2.2. Belles-mères et belles-filles : « parenté développée »

Si à notre époque les vieux sont marginalisés, les malades sont pourtant bien accueillis par la société.

¹⁰¹⁰ N. Nodding. 1986. *Caring : A Feminist Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley, University of California Press, p.79.

¹⁰¹¹ J. Godbout. 1997. « "Recevoir", c'est donner », *Communications*, no.65, p.35-48.

« La maladie peut être la seule réponse que les vieux trouvent à une rupture sociale qu'ils ne peuvent négocier. [...] Dans ce contexte de désocialisation, il est parfois moins angoissant d'être malade que d'être vieux. [...] à 80 ans certains préfèrent se dire malades plutôt que vieux. [...] En effet, au-delà des désagréments qu'elle occasionne, la maladie comporte pour la personne âgée un certain nombre de bénéfices secondaires : l'entourage est plus présent, se remobilise autour d'elle, lui rend visite et la maladie devient un instrument de lutte contre la solitude. »¹⁰¹².

Face au malheur d'autrui, il est difficile de refuser de se charger de l'autre, car « c'est notre propre fragilité qui nous trouble [...] : aider l'autre devient la raison de vivre de celui qui « aide » comme si la dépendance de l'autre assurait sa propre sécurité intérieure »¹⁰¹³. Plusieurs aidantes principales (y compris les filles) ont souligné spontanément, comme si c'était évident, que c'est surtout la situation de maladie, autrement dit l'état de dépendance, qui a été la raison pour laquelle elles prennent continuellement les soins en charge.

« Jusqu'à la fin il ne faut pas laisser tomber les parents. Je pourrais la laisser si elle était en bonne santé, mais non, parce qu'elle est malade. Ça me fait penser qu'il n'y a personne qui peut s'occuper d'elle, sauf moi. Si je la laisse, cela me hantera. »^{Mme Seong (belle-fille)}

Selon D. M. Merrill, même si le temps dédié est divers pour l'une et l'autre, plus les belles-filles et leurs belles-mères passent de temps ensemble, plus leur relation devient proche, donc elles se connaissent de mieux en mieux¹⁰¹⁴. Dans notre étude, l'état de dépendance fait naître chez les belles-filles un sentiment de pitié, mais aussi de responsabilité, ce qui leur fait penser « il n'y a personne qui peut s'occuper d'elle sauf moi ». Si on se souvient que le visage d'autrui possède à la fois deux faces, de la faiblesse qui peut déclencher un acte de violence, et de la puissance qui interdit de tuer et impose la responsabilité, les aidantes principales manifestent nettement ces aspects paradoxaux. Le visage pitoyable des proches âgés les conduit à souhaiter leur mort le plus vite possible, alors qu'il est, au contraire, l'une des raisons principales qui les entraînent à continuer la prise en charge.

« L'empathie est la conséquence du lien du soignant avec la personne en situation de dépendance. Inscrite dans le corps, l'épaisseur affective de l'expérience de la rencontre avec une personne dépendante s'appréhende ici à travers différentes échelles : [...], celle de l'impression consciente issue du retournement du regard du soignant sur l'expression de ses propres affects dans le regard de la personne dépendante¹⁰¹⁵. »

Si le soignant d'une personne âgée dépendante est de sa famille, l'empathie apparaît plus

¹⁰¹² B. Veysset. 1989. *op.cit.* p.106.

¹⁰¹³ B. Croff. 1994. *Seules, Genèse des emplois familiaux*, Paris, Métailié, p.61.

¹⁰¹⁴ D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.89.

¹⁰¹⁵ B. Andrieu et P. Gérardin. 2013. *op.cit.* p.147-148.

fortement que dans le cas où le soignant est un professionnel. Surtout quand les personnalités ont radicalement changé du fait de l'état de dépendance, passant de fortes à faibles. Les aidantes principales en ont manifesté de la peine. Malgré le *sizipsal-i* qu'elle a subi tout au long de la cohabitation avec sa belle-mère, ^{Mme} Kim n'a pas refusé son rôle d'aidante principale jusqu'au bout. Après son mariage, c'était son beau-frère qui devait cohabiter avec sa mère. Mais ^{Mme} Kim a insisté pour cohabiter avec elle, parce qu'elle avait pitié de sa belle-mère devenue veuve très tôt. Au cours de la cohabitation, son beau-frère lui a de nouveau proposé de prendre le relais, mais elle a refusé. Pourtant, un sentiment ambivalent apparaît face à la méchanceté de sa belle-mère.

« Quand j'ai cohabité avec elle, j'avais pitié d'elle, parce que mon beau-père est décédé d'une maladie quand ma belle-mère avait 33 ans. Ça fait 50 ans qu'elle était veuve. La pauvre. En tant que femme je pense qu'elle était vraiment malheureuse. C'est pour cela que je voulais faire de mon mieux pour elle. J'avais mal au cœur quand je pensais à ça, mais ça disparaissait dès qu'elle avait été méchante avec moi. Mon beau-frère m'a proposé de la prendre en charge, mais sa femme voulait divorcer à cause de ça. Alors, je lui ai dit « ne t'inquiète pas je vais continuer. » ^{Mme} Kim (belle-mère décédée)

Selon C. Lemarchant, « la relation désagréable ne semble pas absolument si conflictuelle, mais cela peut être fluctuant et ouvert à des potentiels positifs. En effet, elle peut être le moment clé qui apportera, une fois réconciliée, la relation plus proche qu'avant »¹⁰¹⁶. J. F. Gubrium montre que l'enfant adulte, ayant un conflit avec son parent âgé, le prend en charge en souhaitant améliorer leur relation¹⁰¹⁷. Si l'on admet que des conflits entre belles-mères et belles-filles ne peuvent être évités, cela ne semble pas durer longtemps dans la plupart des cas. En effet, l'acte des soins n'est possible que lorsque la personne aidante et la personne aidée sont en co-présence. L'affection s'inscrit dans cette situation. Nous avons déjà mentionné ce que dit ^{Mme} Kim pour son vécu de *sizipsal-i*. Elle devait le supporter sans oser répliquer à sa belle-mère parce qu'elle pensait que celle-ci était forte, tandis qu'elle-même était faible. Il semble que le fait de retenir son stress pendant les 32 ans de cohabitation lui était très pénible.

« Chaque fois que je racontais précisément à mon mari ce qui s'était passé avec elle, il ne le croyait pas du tout parce que son dévouement à sa mère était horriblement profond. Il n'y avait personne à mes côtés. Dans la rue, j'ai vu une femme folle, mais j'avais l'impression que moi j'allais devenir comme elle. Chaque fois que je voyais ma belle-mère, je ressentais qu'un rocher m'avait écrasée. J'ai même pris des médicaments psychiques. » ^{Mme} Kim (belle-mère décédée)

¹⁰¹⁶ C. Lemarchant. 1999. *op.cit.* p.159.

¹⁰¹⁷ J. F. Gubrium. 1988. « Family responsibility and caregiving in the qualitative analysis of the Alzheimer's disease experience », *Journal of Marriage and the Family*, vol.50, p.197-207.

Son discours illustre nettement l'attitude traditionnelle et typique des belles-mères coréennes vis à vis de leurs belles-filles. Si elle est l'une des aidantes les plus âgées dans notre étude, on peut remarquer que son cas est nettement différent de celui de ^{Mme} Yeo, soutenue par son mari. Il semble que ^{Mme} Kim est le personnage typique illustrant le *hyo*, car elle a cherché à l'appliquer à sa belle-mère, malgré le *sizipsal-i*. Souffrant et tolérant ses réprimandes, elle a gagné de l'argent en faisant du commerce de vêtements et de papeterie, et finalement elle a pu acheter une maison. Un jour, elle a répliqué à sa belle-mère, en mobilisant tout son courage, pour tenter d'obtenir la reconnaissance à l'égard de sa contribution à la vie du ménage. La réponse de sa belle-mère fut négative et encore empreinte de reproches. C'est à cette période qu'on lui a détecté un cancer débutant. Et quand sa santé s'est dégradée, l'histoire est devenue différente.

« Malgré beaucoup d'inconvénients, je n'ai jamais souhaité qu'elle disparaisse. À un moment donné, je lui ai dit « moi, j'ai acheté la maison en gagnant de l'argent activement. J'ai tenu le ménage jusqu'ici ». Elle m'a crié « ça c'est normal ! tu ne sais pas que l'autre [la famille de son autre fils] est devenu riche ? » Alors, je lui ai dit timidement « pourriez-vous me considérer de façon positive en envisageant la possibilité que vous allez être prise en soin par moi plus tard ? ». Elle m'a dit « pourquoi je serai prise en soin par toi ! ». Mais ça alors... Son attitude a complètement changé lorsque sa santé s'est dégradée... Elle m'a dit qu'elle était désolée et qu'elle n'avait jamais imaginé se trouver un jour dans un si mauvais état de santé. J'ai vu qu'elle ne pouvait rien faire toute seule, même pas prendre son médicament, mais elle ne m'a pas demandé mon aide facilement. Nous avons beaucoup pleuré à ce moment-là. Elle m'a dit qu'elle pensait parfois que je lui faisais pitié parce que je suis mariée dans une famille pauvre. Mais d'un autre côté, elle me considérait comme la garce qui a volé son fils. » ^{Mme} Kim (belle-mère décédée)

Par ailleurs, l'approche de la mort des proches âgés dépendants les entraînent à exprimer leur affection et leur reconnaissance envers leurs aidantes principales.

« Quand elle était hospitalisée à la fin de sa vie, elle ne voulait voir que moi. Donc j'étais avec elle. Au petit matin, je me suis levée tôt pour m'occuper de ses médicaments. En me disant « tu es un ange », elle a vraiment apprécié et m'a demandé de me rendormir vite parce qu'elle peut prendre ses médicaments toute seule. » ^{Mme} Kim (belle-mère décédée)

« Elle était hospitalisée pendant un mois avant sa mort, mais beaucoup de monde est venu qu'elle n'a pas bien accueilli. Elle a seulement dit « j'en ai marre. Je n'ai besoin que de Yeo. Va-t-en. » Lors de son agonie, elle n'a regardé que moi. » ^{Mme} Yeo (belle-mère décédée)

De même, la belle-mère de ^{Mme} Seong montre sa dépendance psychique à celle-ci, à sa fin de vie à l'hôpital. Elle lui a demandé plusieurs choses, deux jours avant son décès.

« Quand elle était hospitalisée, il y avait sa soignante individuelle, mais elle m'a tout le temps demandé d'apporter tel ou tel plat... Sans moi elle était dans l'inquiétude. Deux jours avant sa mort, elle m'a demandée de lui faire un shampoing, de couper ses ongles. Je pense qu'elle

savait qu'elle mourrait bientôt. Sa soignante faisait tout cela, mais exceptionnellement elle m'a demandé de faire... »^{Mme} Seong (belle-mère décédée)

Ainsi, l'expérience de prodiguer les soins et de les recevoir peut permettre aux belles-filles et belles-mères d'établir une relation proche ou même intime comme mères et filles. Nous avons constaté que la plupart des belles-filles considèrent leur belles-mères comme leur propre mère. C'est un mélange de parenté par alliance et de parenté quotidienne.

« Même si elle n'est pas ma mère, je me sens plus proche de ma belle-mère que de ma propre mère. « Loin des yeux, loin du cœur » c'est exactement ça. Elle est comme ma mère. Nous nous disputons souvent mais pour autant ça ne m'empêche pas de m'occuper d'elle. »^{Mme} Jeong (belle-fille)

« Elle est ma mère. Je l'appelle ma mère depuis longtemps. Je suis sa fille. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

Du point de vue de la belle-fille, la relation familiale basée sur un lien d'affinité (par alliance) devient désormais une relation familiale empreinte d'affection et d'amour. Dans cette perspective, même si nous ne pouvons pas généraliser, il nous semble qu'une affection toute particulière entre belle-mère et belle-fille se crée en partageant les moments tristes, heureux ou de colère au cours de la période des soins. Il s'agirait de la prise en charge par amour, en tant que fille, et non seulement belle-fille, au-delà du sentiment d'obligation imposé par la culture patriarcale. Comme nous l'avons expliqué, la parenté quotidienne, se limitant à l'absence de tout lien juridique, signifie que « la logique de maisonnée s'accompagne du développement de sentiments spécifiques liés au partage du quotidien »¹⁰¹⁸. À ce terme, s'ajoutant à la « parenté pratique » qui signifie « logique de filiation et alliance », nous proposons d'adjoindre le nouveau terme de « parenté développée » entre belle-fille et belle-mère. Cela correspond à la logique relationnelle qui s'accompagne du développement de sentiments particuliers liés au partage du quotidien à partir d'un lien d'affinité. Ainsi, la majorité des belles-filles ont choisi l'affection comme un des motifs principaux pour continuer à prendre en charge leurs belles-mères malgré les épreuves rencontrées. ^{Mme} Seong semble bien le décrire de façon simple. Le sentiment d'obligation et de responsabilité imposé par la culture patriarcale occupe une place dominante, tandis que l'émergence de l'affection particulière envers la belle-mère amène à oublier le sentiment de contrainte.

« Parce qu'elle est ma belle-mère. Si elle était une personne hors de ma famille, je ne le ferai jamais. Et aussi par le sentiment d'obligation, vu que mon mari est l'aîné... Le sentiment de

¹⁰¹⁸ S. Gojard, A. Gramain et F. Weber. 2003. « Le partage du quotidien. Service rémunérés et sentiments de parenté », In Weber F., Gojard S. et Gramain A. *Charges de famille*, Paris, La découverte, p.394.

responsabilité représente 99 % et l'affection 1 %. C'est ce que je vous affirme. Je suis gentille ? non... pas du tout. Comme nous vivons ensemble depuis longtemps... L'affection, c'est ce qui m'empêche de l'envoyer ailleurs. Je considère ma belle-mère comme ma propre mère. Peut-être plus proche que ma propre mère. Franchement, ça fait déjà longtemps que nous vivons ensemble. » ^{Mme} Seong (belle-fille)

2.3. Belles-mères et Belles-filles : « Incapacité » d'affection et attente d'une contrepartie

Toutefois, si l'expérience de prodiguer les soins et de les recevoir permet aux belles-mères et belles-filles d'établir une relation affectueuse, il semble que cela ne va pas de soi. Certaines belles-filles n'ont pas manifesté d'affection pour leurs belles-mères malgré la longue durée de la cohabitation. ^{Mme} Kwak cohabitait depuis 28 ans. Le fait que le mari soit *hyoza* implique qu'il y a une relation très proche entre la mère et le fils. Comme nous avons déjà évoqué, ^{Mme} Kwak exprime son mécontentement parce que son mari a passé beaucoup de temps avec sa mère depuis que cette dernière est veuve. Le fait que l'époux soit *hyoza* donne un sentiment d'isolement, mais il empêche aussi l'instauration d'une bonne relation entre belle-fille et belle-mère parce que l'échange est asymétrique.

« J'ai conscience d'être une victime. Comme mon mari est très *hyoza*, il ne pense qu'à sa mère, pas à moi. Il ne donne d'amour qu'à sa mère. quand j'y pense, ça me stresse. Si je réagissais différemment, cela ne provoquerait que de la querelle... » ^{Mme} Kwak (belle-fille)

Le manque d'affection des belles-filles envers leurs belles-mères peut les entraîner à attendre implicitement une récompense équitable pour leur effort de la prise en soin. Lorsqu'elle dit « j'ai conscience d'être une victime », ^{Mme} Kwak souhaiterait secrètement une compensation. Si elle s'aperçoit que l'affection de son mari s'oriente principalement vers sa belle-mère, et qu'elle n'arrive donc pas à attirer son attention, l'histoire du transfert de l'héritage à son beau-frère aîné l'embarrasse encore davantage.

« Franchement, mon mari est le cadet mais nous n'avons rien reçu en héritage de mon beau-père. Cela ne veut pas dire que l'héritage était important. Il a laissé seulement une maison. Il a transmis la maison à son fils aîné parce qu'il ne gagne pas beaucoup. On m'a menti en disant qu'il l'avait achetée après avoir gagné de l'argent, je l'ai cru naïvement. J'étais indifférente, mais depuis peu je repense à ça... Bien que n'ayant pas reçu d'héritage, nous l'avons prise en charge toute la vie... C'est nous qui payons tout. Les autres reçoivent de l'argent en ne la prenant pas en charge, tandis que moi... » ^{Mme} Kwak (belle-fille)

L'époux de ^{Mme} Kwak a déjà reçu des dons de ses parents (la vie, l'affection de ses parents et une bonne éducation), et il semble que le transfert de la maison à son frère lui soit indifférent. Par contre, ^{Mme} Kwak n'est pas autant aimée par son mari que sa belle-mère, alors que c'est elle qui doit s'occuper des soins (sauf quand son mari est à la maison) sans contrepartie, du fait qu'elle

ne bénéficie même pas de reconnaissance de la part de sa belle-mère. Elle se prend pour une « victime ». Pendant leur cohabitation de plus de 28 ans, elle aurait pu tisser avec sa belle-mère la « parenté développée », mais ces deux femmes n'ont pas pu la construire. Pendant l'entretien, nous n'avons trouvé aucune trace d'affection de la part de ^{Mme}Kwak envers sa belle-mère. Quand nous avons étudié les actes quotidiens des soins, elle a fortement manifesté son aversion pour la préparation des repas et pour l'aide aux toilettes de sa belle-mère. Elle ne trouve aucune raison qui l'encouragerait à mieux prendre soin de sa belle-mère.

Le souhait de recevoir une forme matérielle de compensation se manifeste clairement chez ^{Mme}Hyeon. Comme nous avons mentionné plus haut qu'elle considère sa belle-mère comme inférieure faute de capacité financière. Elle souhaite en vain que sa belle-mère lui donne de l'argent de poche.

« Si elle avait de l'argent, si elle me donnait de l'argent de poche en me disant de prendre un taxi pour aller au travail... La psychologie de l'être humain c'est comme ça. Si elle donnait de l'argent de temps en temps, sa belle-fille serait moins mécontente. L'argent joue le rôle de lubrifiant. Chaque fois que je prends le métro. Pfff... le taxi est confortable. Mon mari... comme elle est sa mère. Elle n'est pas ma mère, n'est-ce pas ? Franchement, pour que sa femme agisse bien envers sa mère, c'est lui qui doit soutenir sa femme. Si je suis agacée, je suis découragée et je n'en peux plus. Même la cuisine n'est pas bonne. S'il se plaint d'une petite chose, je lui réclame de l'argent. Ça le fait taire. » ^{Mme} Hyeon (belle-fille)

L'affection n'est pas proportionnelle au temps. Si pour ^{Mme} Hyeon la relation avec sa belle-mère n'est pas affectueuse, malgré leur cohabitation depuis 20 ans, elle ne fait pas l'effort de la faire évoluer mais, au contraire, elle trace une limite bloquant la relation entre belle-mère et belle-fille. Pendant l'entretien, elle a plusieurs fois souligné « c'est parce qu'elle n'est pas ma propre mère », comme si, pour elle, il est inimaginable d'être proche de sa belle-mère. De plus, en estimant que sa belle-mère est aussi mal à l'aise avec elle, ^{Mme} Hyeon essaie d'éviter au maximum les moments passés ensemble. Ainsi, certaines belles-filles, qui passent relativement moins de temps que les autres aidantes principales avec leur proche âgé, n'ont pas particulièrement de conflits avec leurs belles-mères, alors que celles qui passe davantage le temps ont pu construire la relation de parenté développée à partir de l'ensemble des émotions négatives et positives : « le temps n'est pas une simple expérience de la durée, mais un dynamisme qui nous mène ailleurs que vers les choses que nous possédons »¹⁰¹⁹

¹⁰¹⁹ E. Levinas. 1982. *op.cit.* p.53.

3. De la dépendance vers l'interdépendance

La notion de dette souffre d'une image négative, car, dans le monde marchand, elle porte « une obligation de rendre une chose ou une somme empruntée dont l'individu doit se libérer sous peine de s'exposer à des rapports de dépendance et de servitude »¹⁰²⁰. Pourtant, la dette dans le sens primitif dépasse le champ de l'économie, car « elle inaugure dès l'origine non seulement un lien social mais aussi un rapport moral original »¹⁰²¹. Panurge du *Tiers Livre* de F. Rabelais, fait, de façon humoristique, un éloge des dettes, qui sont considérées habituellement comme négatives¹⁰²². Il dissipe l'immense fortune qu'il a reçue de Pantagruel en quelques semaines seulement, et devant Pantagruel qui lui demande « *quand serez vous hors de debtes ?* »¹⁰²³, Panurge fait l'éloge des dettes en renversant la relation dominante entre créancier et débiteur. Le créancier, qui attend le remboursement, inquiète le débiteur et essaie de lui plaire pour qu'il lui rende vite son dû. C'est la raison pour laquelle il est avantageux de maintenir une bonne relation entre deux. Bien que l'éloge de Panurge pour les dettes semble utopique, nous sommes invités à réfléchir, en ne limitant pas seulement la relation créancier-débiteur à l'emprunt d'un objet, sur le fait que tous les êtres-vivants sont dépendants les uns des autres.

On parle souvent de la dépendance des personnes âgées vis à vis de leurs familles (surtout de leurs aidantes principales), tandis que l'on a tendance à taire la dépendance des familles envers leurs proches âgés dépendants¹⁰²⁴. Pourtant, si les générations ascendantes sont à la fois le témoin du temps passé et le témoin du temps qui passe, on peut dire sans aucun doute que leur présence apportera quelque chose aux générations descendantes¹⁰²⁵. Les personnes âgées ont donc une fonction irremplaçable, car elles portent un sens : « s'ils faillissent à cette mission plus personne ne sait vers quoi il tend. Eux seuls peuvent indiquer comment s'effectue la fin dernière, le grand passage. »¹⁰²⁶ De ce point de vue, si la théorie du don (donner, recevoir et rendre) permet de maintenir la relation entre les individus dans la société contemporaine comme dans la société archaïque, le lien créé par les soins a les mêmes conséquences. Nous verrons que les aidantes principales, ayant rencontré des épreuves au cours de la prise en charge de leurs proches âgés dépendants, pourraient en tirer des avantages ou des bénéfices.

¹⁰²⁰ N. Sarthou-Lajus. 2012. *Éloge de la dette*, Paris, PUF, p.8

¹⁰²¹ N. Sarthou-Lajus. 1997. *op.cit.* p.95.

¹⁰²² F. Rabelais. 1995. *Présentation et notes de Jean Céard*, Le Livre de Poche, de chapitre II à IV.

¹⁰²³ *Ibid.* p.53.

¹⁰²⁴ B. Veysset. 1989. *op.cit.* p.119.

¹⁰²⁵ *Ibid.* p.158.

¹⁰²⁶ *Ibid.* p.159.

3.1. Pilier qui maintient l'harmonie familiale

La présence des proches âgés contribue à maintenir la paix dans la relation familiale¹⁰²⁷. La présence de la belle-mère de Mme Jang, équilibrant l'ambiance dans la famille, l'a aidée à contrôler sa colère envers son mari ou ses enfants. Cela implique que le statut des parents âgés, malgré leur situation de dépendance, est toujours respectable.

« Sa présence a rassuré notre famille. En terme de... l'ambiance d'équilibre ? Pendant la prise en charge de ma belle-mère, nous ne nous sommes pas beaucoup disputés avec mon mari. Nous avons pris appui sur elle au niveau psychique. » Mme Jang (belle-mère décédée)

De même, la présence des proches âgés peut jouer le rôle d'intermédiaire, par exemple pour consolider le ménage de leurs enfants adultes¹⁰²⁸. Contrairement à l'étude de D. M. Merrill qui indique que la relation conflictuelle entre belle-mère et belle-fille peut mener au divorce chez les brus¹⁰²⁹, Mme Byeon avait renoncé à son idée de divorce, en pensant à ses beaux-parents qui étaient affectueux envers elle. Prenant du recul, elle évalue qu'elle a bien fait de décider de ne pas divorcer à ce moment-là.

« Mon mari est gentil mais il n'est pas une personne indépendante. Il a toujours travaillé sous les ordres de ses parents, donc il n'a pas l'expérience de travailler ailleurs. Je vois qu'il ne pense pas « si je ne travaille pas, ma famille meurt de faim ». Il n'a pas de force de vie. Je me suis souvent demandée pourquoi il n'a pas le caractère de ses parents. Cela m'était difficile. Mon mari ne sait rien faire. Je vis avec un tel mari. J'avais envie de divorcer mais mes beaux-parents étaient gentils avec moi. Je me suis dit si je quitte la maison, qui va s'occuper d'eux... » Mme Byeon (belle-fille)

La présence des proches âgés dépendants joue le rôle du noyau autour duquel le sentiment de cohésion familiale se maintient. Il est intéressant de noter que les belles-filles, qui n'ont pas manifesté d'affection envers leurs belles-mères, ont pourtant admis l'importance de leur présence. Mme Hyeon révèle que les membres de sa famille vivent chacun de façon différente et individuelle. Non seulement la présence de sa belle-mère stabilise l'ambiance et joue le rôle de pilier du foyer, mais de plus les autres membres de sa belle-famille lui téléphonent régulièrement. Elle se sent entourée.

« Je pense que la prise en soin est une bonne expérience. En fait, notre famille ne se réunit pas facilement. Je travaille la journée, le métier de mon mari n'est pas qualifié donc il rentre le matin, mon fils rentre tard aussi... On vit chacun à son rythme. Dans cette ambiance, ma belle-mère reste à la maison. On nous téléphone pour savoir si elle va bien. Même si elle est

¹⁰²⁷ M.-T. Casman. 2010. « Des liens avec des fils d'argent », In Carboneille, S. (coor.), *Penser les vieillessees. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli arslan, p.224.

¹⁰²⁸ *Ibid.* p.228.

¹⁰²⁹ D. M. Merrill. 2007. *op.cit.* p.151.

malade et reste à la maison, sa présence est importante. Plutôt que sa contribution... la présence de quelqu'un de vivant qui demande d'apporter un verre d'eau occupe une grande place. Si elle n'était pas là, je pense que l'on vivrait chacun individuellement, davantage que maintenant. »^{Mme} Hyeon (belle-fille)

Il en va de même pour^{Mme} Kwak. Elle apprécie beaucoup que tous les membres de sa belle-famille viennent chez elle lors des fêtes traditionnelles ou des événements familiaux.

« Quand on prend en charge un parent âgé, sa présence est imposante. Parce que ma belle-mère est là chez nous, tout le monde vient ici pour l'anniversaire et les fêtes traditionnelles, quelques événements que ce soit. C'est ce qui compte. Si elle était en établissement, il nous serait difficile de nous réunir régulièrement. »^{Mme} Kwak (belle-fille)

3.2. Effets éducatifs auprès des membres de la parenté

Nous avons remarqué qu'il y a deux types d'effets éducatifs, soit prodigués par les proches âgés dépendants à leurs petits-enfants, soit octroyés par les aidantes principales aux membres de leurs familles.

3.2.1. Effets éducatifs sur leurs petits-enfants de la part des proches âgés dépendants

Pour B. Bawin-Legros, les grands-parents qui gardent leurs petits-enfants pendant l'absence de leurs enfants adultes, peuvent jouer le rôle de « sous-traitants éducatifs »¹⁰³⁰. Dans ce cas, les petits-enfants sont susceptibles d'intérioriser la façon dont se comportent leurs grands-parents et d'accepter plus facilement leurs idées que celles de leurs propres parents. Si cet effet est plutôt observé avec des grands-parents dont la santé est plutôt bonne, il n'en reste pas moins que l'effet éducatif ne disparaît pas lorsque les grands-parents sont malades. Cela peut donner aux petits-enfants une occasion de constater une facette de la vieillesse autre que celle qu'ils pouvaient voir jusqu'alors. Sans doute, ils n'auraient jamais imaginé que leurs grands-parents pourraient changer de comportement à cause de symptômes de la maladie, et seraient donc fragiles. Cela peut leur donner l'occasion de chercher le sens de la vie¹⁰³¹.^{Mme} Hyeon, se basant sur un souvenir de son enfance, indique que l'expérience avec les personnes âgées pendant l'enfance influence les individus tout au long de la vie. De plus, cela permet de mieux comprendre la vieillesse.^{Mme} Kwak dit qu'elle a même pu apprendre de sa belle-mère.

« Sa présence me donne des avantages si je pense à mes enfants. Je me souviens comment mes parents ont traité ma grand-mère quand j'étais petite. Ce que l'on a vu étant petit s'inscrit

¹⁰³⁰ L'auteure classe les grands-parents en trois types : les sous-traitants éducatifs, les spécialistes et les grands-parents passifs. B. Bawin-Legros. 2003. *Le nouvel ordre sentimental. À quoi sert la famille aujourd'hui ?*, Paris, Payot, p.177.

¹⁰³¹ B. Veysset. 1989. *op.cit.* p.160.

et reste à l'esprit. On peut apprendre de cette façon. Parce que l'on a besoin d'aide quand on est âgé, c'est bien si on peut prodiguer les soins et si on peut les recevoir. » ^{Mme}Hyeon (belle-fille)

« D'ailleurs, mes enfants l'aiment beaucoup. Ma belle-mère les a bien élevés. Ils apprennent des personnes âgées de cette façon, et j'ai appris d'elle aussi, comme l'art de vivre, le savoir-faire ou la cuisine. » ^{Mme} Kwak (belle-fille)

Toutefois, il ne faut pas croire que les petits-enfants ne peuvent rien faire pour leurs grands-parents malades. La réciprocité éducative s'inscrit dans la relation avec les personnes âgées dépendantes.

« Il paraît impossible d'envisager l'action sociale vieillesse autrement que sous la forme d'un accompagnement et d'un échange de solidarités. Dans ce cheminement, dans cette quête de sens, il y a égalité entre le jeune et le vieux : le vieux a besoin du jeune pour subvenir à ses besoins mais aussi pour témoigner de son expérience présente, le jeune a besoin du vieux pour apprendre à se situer et à naviguer sur le fleuve de la vie. [...] Comprendre un vieux et cheminer avec lui dans son histoire, c'est découvrir quelque chose de la vieillesse et inaugurer un dialogue avec chaque vieux. »¹⁰³²

3.2.2. Effets éducatifs de la part des aidantes principales pour les membres de leurs parentés

Le rôle des aidantes principales n'est pas moins important. ^{Mme} Geum explique qu'elle a pu prendre correctement en charge sa mère, malgré les difficultés rencontrées, parce qu'elle avait appris cette façon d'agir de sa mère, qui avait elle-même pris en charge sa grand-mère malade. En ce sens, ^{Mme} Geum suppose que la manière dont elle traite sa mère peut donner l'exemple à ses neveux.

« J'apprécie beaucoup que la présence de ma mère soit bénéfique pour l'éducation de mes neveux. Comment dire... Moi aussi, quand j'étais petite, ma mère a pris en charge ma grand-mère. Elle a fait tout ce que ma grand-mère voulait. [...] Mes neveux sont venus une fois par semaine. Ils ont acheté à manger et nourri maman. Ma mère était affectueuse envers eux. Ils ont sans doute pensé « comme ma tante la traite soigneusement, je peux aussi le faire ». Ce n'est pas une obligation, mais la mentalité change. Ils apprennent. Si les parents prennent bien soin de leurs parents âgés atteints d'Alzheimer, leurs enfants ne manifestent pas une réaction de refus. » ^{Mme} Geum (mère décédée)

En ce sens, ^{Mme} Yeo pense que la prise en soin des parents âgés à la maison est efficace au niveau éducatif. Les aidantes se rendent compte que les soins ne sont pas seulement une affaire actuelle, de personne à personne, mais lient les générations sur le long terme.

« Pendant sa prise en charge, je n'étais pas tout à fait gentille avec elle. Je n'ai pas pu donner

¹⁰³² B. Veyssset. 1989. *op.cit.* p.160.

le bon exemple à mes enfants, parce que j'avais souvent des conflits avec elle. Je pense que mes enfants auraient pu penser que j'étais malpolie vis à vis de la personne âgée... J'ai fait de mon mieux quand même, mais je me demandais souvent si je pouvais montrer de telles attitudes à mes enfants... » ^{Mme} Yeo (belle-mère décédée)

Les aidantes principales peuvent avoir un effet éducatif non seulement sur leurs descendants, mais aussi sur leurs fratries, surtout celles qui ne sont pas impliquées dans les soins. Le frère aîné de ^{Mme} Geum ne s'intéressait pas aux soins qu'elle apportait à sa mère et ne l'a donc aidée ni physiquement, ni moralement ni matériellement. ^{Mme} Geum ne lui a même pas demandé son aide financière parce qu'elle savait qu'il lui dirait toujours qu'il n'a pas d'argent non plus. Pourtant, lors des funérailles de leur mère, son frère lui a avoué en larmes qu'il était désolé pour elle. Il s'est aperçu que sa famille a pu rester en paix grâce au sacrifice de sa sœur.

« Mon frère aîné a pleuré une fois parce qu'il était désolé pour moi. Sa femme a pleuré aussi. Je me disais qu'ils devaient être désolés. Mon frère m'a dit que pour lui il était naturel à ce moment-là que c'était moi qui devais prendre soin d'elle parce que je suis une femme et que je ne suis pas mariée. Il s'est rendu compte que notre famille a pu être tranquille grâce à mon sacrifice parce que je me suis débrouillée toute seule sans rien demander ni rien réclamer. Lors des funérailles, on m'a demandé comment j'ai pu prendre soin d'elle. » ^{Mme} Geum (mère décédée)

Selon G. Le Gouès, « on a d'autant plus de mal à s'aimer soi-même qu'on n'a pas été très aimé, qu'on est déjà en déficit d'amour, qu'on ne se sent difficilement aimable sans le regard d'autrui »¹⁰³³. ^{Mme} Geum a pitié de sa mère parce que celle-ci souffrait à cause de son mari qui la maltraitait, mais elle le supportait en consacrant son amour à ses enfants. Pourtant, elle a été trahie et blessée par ses fils, qui ont tous refusé de la prendre en charge. ^{Mme} Geum a supposé que sa mère en avait éprouvé une immense tristesse. Pourtant, ^{Mme} Geum lui a prouvé qu'elle était aimée par sa fille et qu'elle méritait d'être aimée. Elle lui a enfin fait retrouver son estime de soi.

« Pendant sa prise en charge, je lui ai appris qu'elle pouvait aussi être aimée et que je l'ai beaucoup aimée. Un jour, elle a dit à mon frère aîné « je t'aime mon fils ». Il était tellement touché par sa parole qu'il a pleuré. Après sa mort, je lui ai dit : maman t'a aimé inconditionnellement. » Geum (mère décédée)

3.3. Leçon de vie pour les aidantes principales

La présence des proches âgés dépendants peut contribuer à éduquer non seulement les enfants mais également les aidantes principales. L'effet éducatif influence davantage ces dernières, car elles vivent profondément les moments communs en prodiguant les soins. Cela doit leur

¹⁰³³ G. Le Gouès. 2008. *op.cit.* p.64.

permettre de trouver ou réaffirmer du sens à leur vie, ou de lui redonner de l'authenticité. Selon B. Veysset, aider les vieux consiste à apprendre d'eux, si bien que les aidants reçoivent beaucoup d'eux : « ils reçoivent du sens d'une vieillesse redécouverte et la perspective d'un sursaut de plénitude et d'ascendance jusque dans l'événement de la perte et de la mort. [...] On apprend du vieux ce qu'il apprend. Ce qu'il apprend quelquefois consciemment et activement, c'est le vieux sage, celui dont V. Hugo dit qu'il a de la lumière dans le regard »¹⁰³⁴. Malgré leur peine, le décès des proches âgés à la fin des soins peut permettre aux aidantes principales de se sentir comblées, d'éprouver satisfaction ou bien-être d'avoir fait l'effort de prendre soin du proche jusqu'au bout, malgré les difficultés rencontrées. Ces sentiments de satisfaction et de contentement ne sont pas des sentiments éphémères qui peuvent disparaître peu de temps après, mais ils restent présents tout au long de la vie.

« Malgré quelque regret, j'ai éprouvé de la satisfaction après son décès parce que je ne l'ai pas laissée isolée en établissement. Si elle était là-bas, j'aurais regretté. Je peux être fière de moi devant mon mari, mes enfants et d'autres membres de ma belle-famille. »^{Mme Yeo (belle-mère décédée)}

D'après L. Ngatcha-Ribert, une maladie peut parfois être comme un cadeau, car elle permet de prendre le meilleur des individus et de renforcer la connaissance de soi et des autres. Ce cadeau représente une « leçon de vie »¹⁰³⁵. Comme les soins s'inscrivent dans la dimension relationnelle, il serait étonnant que les personnes aidantes et aidées maintiennent tous les jours une relation de qualité parfaite, sans aucun conflit. Ainsi, les aidantes, agacées par les conflits avec leurs proches âgés, peuvent les blesser, les vexer ou se fâcher contre eux (et/ou vice versa) par la parole ou l'attitude. Après leur décès, de tels souvenirs risquent de laisser une culpabilité dans l'esprit des aidantes principales.^{Mme Seong, dont la belle-mère est décédée 5 mois avant notre dernier entretien, regrette quelques-uns de ses comportements.}

« L'être humain meurt soudainement. Je regrette d'avoir dit « plus tard » quand ma belle-mère m'a demandé tel ou tel service. J'aurais dû faire avec plaisir ce qu'il me fallait faire de toute façon... Pourquoi l'ai-je fait en râlant... C'est toujours sa propre pensée qui blesse, en fait. Les parents demandent quelque chose sans vouloir faire mal, mais c'est ma pensée qui me met en colère... moi-même. Ce n'est qu'un instant. On ne sait jamais quand ils vont décéder. Il faut répondre tout de suite « oui » quand ils demandent quelque chose... »^{Mme Seong (belle-mère décédée)}

Après la mort de leurs proches âgés, les aidantes principales vivent un deuil difficile.^{Mme Geum, étant en dépression, s'est aperçue que l'existence de sa mère l'occupait toute entière pendant sa}

¹⁰³⁴ B. Veysset. 1989. *op.cit.* p.159.

¹⁰³⁵ L. Ngatcha-Ribert. 2010. *op.cit.* p.78.

prise en soin. Elle a pu comprendre l'amour immense de sa mère.

« Après sa mort, j'ai pu m'apercevoir qu'elle était pour moi une grande montagne qui me protège. Parce qu'elle était là à côté de moi, et même si elle ne pouvait rien faire toute seule, son existence m'a protégée et motivée pour vivre dignement et sainement. Bien que j'aie eu des difficultés au cours de sa prise en soin, après sa mort, je me sens vide et en dépression. Ah... je ne savais pas à quel point elle portait la force pour moi. Après sa disparition, comme elle était importante pour moi malgré sa démence, sa propre existence telle qu'elle était m'a donné de la force. J'ai vu une personne âgée centenaire crier en disant « maman ! ». Je me disais que c'était marrant. On ne parviendra jamais à exprimer ce que représente l'existence de la mère... » ^{Mme} Geum (mère décédée)

L'amour envers les proches âgés acquis par l'expérience des soins pourra s'étendre jusqu'à l'amour pour des personnes inconnues. ^{Mme} Seong, attristée et instable, était dépendante à la nourriture tous les soirs, même après les repas. Elle nous a dit qu'elle ne peut pas désormais négliger les personnes âgées assises dans la rue, sous le soleil très chaud en été.

« Dans la rue, je ne peux pas passer en négligeant les personnes âgées qui sont assises au soleil, parce qu'elles me rappellent ma [belle-]mère... J'achète des yaourts, ça ne coûte pas cher, sur lesquels je mets une paille et je les leur donne. » ^{Mme} Seong (belle-mère décédée)

E. Goffman remarque que la société a tendance à ne pas distinguer un proche du malade mental (personne affligée d'un stigmaté) qu'il est aussi, mais à considérer qu'ils ne sont qu'un¹⁰³⁶. En ce sens, même si ^{Mme} Sun trouve que le fait qu'elle prodigue les soins à sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer est une situation honteuse aux yeux des autres, elle a tiré de l'expérience des soins une leçon qui lui semble la plus essentielle pour la vie : le plaisir d'aider.

« Pendant toute ma vie, jusqu'à maintenant, ce moment est le plus heureux pour moi. Franchement, cette situation est la plus honteuse, mais je suis heureuse. On ne peut rien emporter quand on est mort. Ça ne sert à rien d'être riche. J'aimerais bien vivre en donnant de l'aide avec ce que j'ai. » ^{Mme} Sun (fille)

¹⁰³⁶ E. Goffman. 2015 [1963]. *op.cit.* p.43.

PARTIE III. RECOURS A L'AIDE PUBLIQUE ENTRE EQUILIBRE ET DESEQUILIBRE

La politique de la vieillesse est définie, selon A.-M. Guillemard, comme « un ensemble de principes et d'interventions visant génériquement la population âgée », ce qui est une nouvelle définition unifiée de la vieillesse¹⁰³⁷. En effet, avant le développement de la politique relative à la vieillesse, la population âgée était exclue de la cible de l'action sociale, car sa prise en charge était confiée principalement à sa famille seule. La personne âgée, n'ayant aucune famille ni ressource, pouvait recevoir un secours minimum ou était envoyée en institution. L'idéologie de l'État-providence, qui est la référence dominante pour la politique sociale aujourd'hui dans les pays développés, étant en progression, la famille a été libérée de son rôle traditionnel, surtout de la responsabilité du soin. Le soin aux parents âgés n'est plus désormais considéré comme de la seule responsabilité de la famille, mais désormais elle est aussi celle de l'État et du marché. La mise en place du système de l'assurance de soin de longue durée a permis aux familles des personnes âgées dépendantes de prendre conscience de l'existence de l'aide formelle. Pourtant, contrairement à la défamilialisation qui est la finalité de l'État-providence, l'État tend à confier plus de part de responsabilité de soin à la famille, par manque de budget.

Dans la société coréenne, comme nous l'avons déjà indiqué, l'ensemble du contexte social et culturel n'était pas favorable au développement de la protection sociale, ce qui a entraîné un retard dans la mise en place de la Loi de la Protection sociale des Personnes Âgées (LPPA) en 1981 ainsi que dans la mise en vigueur de l'ASLD en 2008. Et, compte tenu de l'immaturité de la politique et de la culture du familialisme, on peut supposer probable que l'ASLD ne soit pas tout-à-fait favorable aux usagers. Quelles épreuves rencontrent les aidantes principales pour recourir aux services de l'ASLD ? Comment parviennent-elles à les surmonter ?

Mais avant d'aborder ce point, il est nécessaire de comprendre les notions d'« État-providence », « défamilialisation » et « refamilialisation », et analyser le fonctionnement du système de avec ses lacunes ainsi que ses atouts, pour le recours aux services l'ASLD, vécus par les aidantes principales, évaluées par les professionnels et relevées par des recherches scientifiques.

¹⁰³⁷ A.-M. Guillemard. 1980. *op.cit.* p.14.

État-providence

T. H. Marshall propose trois types de citoyenneté développés dans les démocraties occidentales entre les 18^{ème} et 20^{ème} siècles : la citoyenneté civique renvoyant aux droits à la liberté des individus ; la citoyenneté politique concernant le droit aux représentations et participation politiques ; la citoyenneté sociale, autrement dit le droit à la sécurité sociale¹⁰³⁸. C'est cette dernière qui constitue le principe fondamental de l'État-providence¹⁰³⁹. Au sens strict, la notion d'État-providence signifie « la monopolisation par l'État des fonctions de solidarité sociale ». Pourtant si, dans aucun pays, l'État ne les monopolise, c'est parce que l'État-providence pratique une réalisation partielle¹⁰⁴⁰. Il est préférable de dire que l'État-providence est un concept d'idéologie moderne, qui s'est répandu à partir des démocraties, et qui fait croire que l'État doit intervenir dans la société et le marché pour assurer à la fois l'égalité et le bien-être des citoyens contre les risques sociaux et individuels, à travers un ensemble de programmes sociaux (les assurances sociales, l'assistance sociale...) ¹⁰⁴¹.

Chacun des pays développés cherche sa forme d'État-providence. Si l'État-providence est un mécanisme qui corrige l'inégalité sociale, il crée en même temps un système de stratification¹⁰⁴². Certaines personnes considèrent qu'une dépense sociale élevée, étant un fardeau public, empêche le développement économique, tandis que d'autres estiment que la protection sociale joue le rôle de levier pour la croissance économique¹⁰⁴³. En fonction des valeurs choisies, les caractéristiques du modèle d'État-providence se manifestent différemment d'un pays à l'autre. Plusieurs modèles d'État-providence ont été proposés. H. Wilensky et C. N. Lebeaux catégorisent l'État-providence selon modèles résiduel et modèle institutionnel¹⁰⁴⁴. R. Titmuss a

¹⁰³⁸ T. H. Marshall. 1950. *Citizenship and Social Class and Other Essays*, Cambridge, Cambridge University Press, p.5-6.

¹⁰³⁹ Le terme d'État-providence peut être autrement appelé l' « État social (*Sozialstaat*) » en Allemagne, « *Welfare State* » (l'État de bien-être collectif) dans les pays anglo-saxons. Selon F.-X. Merrien, les caractéristiques des États-providence dépendent de l'histoire des pays, de leurs modes de prises en charge des risques sociaux, du type et de la quantité d'institutions et de services qu'ils mettent à la disposition des citoyens, voire du degré de développement économique, de la démographie, des relations entre les groupes sociaux, du degré d'individualisation des rapports sociaux et des valeurs culturelles qui imprègnent la société. De ce fait, sachant que chacun de ces termes porte des caractéristiques un peu différentes, notre étude ne s'attardera pas sur ce point. À l'instar du fait que la signification du terme d'État-providence tend aujourd'hui à converger vers celle du terme de *Welfare State*, nous suivrons cette tendance. (F.-X. Merrien. 2007. *L'État-providence*, Paris, France: Presses Universitaires de France, p.11, p.15 et p.20)

¹⁰⁴⁰ F.-X. Merrien. 2007. *op.cit.* p.11.

¹⁰⁴¹ D. E. Ashford. 1989. « L'État-providence à travers l'étude comparative des institutions », *Revue française de science politique*, vol.39, no.3, p.276-295, p.280. ; A. Orloff. 1996. « Gender in the Welfare State », *Annual Review of Sociology*, vol.22, p.51-78., p.52.

¹⁰⁴² G. Esping-Andersen. 1999. *Les trois mondes de l'État-providence*, Paris, PUF, p.37-38.

¹⁰⁴³ P. Alcock *et al.* 2001. *Welfare and wellbeing. Richard Titmuss's contribution to social policy*, Bristol University Press, Policy Press, p.113.

¹⁰⁴⁴ H. Wilensky, C. N. Lebeaux. 1965. *Industrial Society and Social Welfare*, Russell Sage Foundation.

proposé trois catégorisations, le « modèle résiduel », le « modèle d'accomplissement-performance industriel » et le « modèle de redistribution institutionnelle »¹⁰⁴⁵. C. Jones présente le « **capitalisme du bien-être** (*welfare capitalism*) » et le « **capitalisme du bien-être** (*welfare capitalism*) »¹⁰⁴⁶. W. Korpi et J. Palme développe ont proposé cinq modèles, modèle ciblé (*targeted model*), modèle d'État corporatiste (*state corporatist model*), modèle de sécurité de base (*basic security model*), modèle inclusif (*encompassing model*) et modèle volontaire¹⁰⁴⁷. Le modèle de G. Esping-Andersen est le plus connu. G. Esping-Andersen, en se basant sur la citoyenneté sociale, propose le concept de « démarchandisation (*decommodification*) » comme critère qui permet de repérer plus spécifiquement l'État-providence. La démarchandisation est, dans le sens des droits sociaux modernes, l'institution qui garantit le bien-être des individus sans dépendre de la vente de leur force de travail au marché. Les États-providence démarchandisant peuvent l'être à condition où « les citoyens puissent opter librement pour le non-travail lorsqu'ils considèrent cette solution comme nécessaire, sans perte potentielle d'emploi, de revenu ou de bien-être général »¹⁰⁴⁸. Ses typologies de l'État-providence consistent en régime libéral, régime conservateur corporatiste, régime social démocrate.

Pourtant, les typologies d'État-providence portant sur la citoyenneté et la démarchandisation ont été vivement critiqués par les chercheurs féministes, du fait qu'elles ont fait l'impasse sur la situation intérieure de la famille, en particulier sur le rôle des femmes¹⁰⁴⁹. Selon M. Daly, la nature qualitative de l'État-providence a été longuement ignorée, au profit de la nature quantitative¹⁰⁵⁰. Du fait de la division du rôle sexué, ce sont souvent les hommes qui subviennent aux besoins financiers de leurs familles à travers le travail rémunéré, tandis que les femmes s'occupent du travail domestique non-rémunéré à la maison. Ainsi, les femmes ont assuré le bien-être de la famille, et les hommes en dépendent pour réaliser le travail rémunéré, alors que les typologies d'État-providence ne tiennent compte que de la relation entre le travail rémunéré et le bien-être, au détriment de celle entre le travail rémunéré, le travail non rémunéré et le bien-être¹⁰⁵¹.

De ce fait, de nombreuses études proposent des typologies d'État-providence d'approche

¹⁰⁴⁵ R. M. Titmuss. 1974. *Social Policy*, George Allen and Unwin, p.30-32.

¹⁰⁴⁶ C. Jones. 1985. *Patterns of Social Policy: An Introduction to Comparative Analysis*, Tavistock Publications.

¹⁰⁴⁷ W. Korpi. 2000. *Faces of Inequality: Gender, Class and Patterns of Inequalities in Different Types of Welfare States*, LIS Working Paper Series, no.224, LIS Cross-National Data Center in Luxembourg, p.22-23.

¹⁰⁴⁸ G. Esping-Andersen. 2007. *op.cit.* p.37.

¹⁰⁴⁹ J. Lewis. 1992. *op.cit.* ; A. S. Orloff. 1993. « Gender and the social rights of citizenship: The comparative analysis of gender relations and welfare states », *American Sociological Review*, vol.58, no.3, p.303-328.

¹⁰⁵⁰ M. Daly. 1994. « A Matter of dependency: Gender in British Income Maintenance Provision », *Sociology*, vol.28, no.3, p.780.

¹⁰⁵¹ J. Lewis. 1992. *op.cit.*, p.160.

féministe. J. Lewis et I. Ostner ont catégorisé le modèle de M. Gagne-pain¹⁰⁵² (male-breadwinner family model) par degré : le modèle fort, le modèle modéré, le modèle faible¹⁰⁵³. De façon similaire, B. Pfau-Effinger présente six types d'aspect culturel du genre : modèle de famille économique ; modèle M. Gagne-pain/ Mme aidante au foyer ; modèle M. Gagne-pain/ Mme aidante à temps partiel ; modèle de deux époux Gagne-pain/ soutien par l'État ; modèle de deux époux Gagne-pain/ deux époux aidants ; modèle de deux époux Gagne-pain/ femme aidante marchandisée (embauchée)¹⁰⁵⁴. Pour S. McLanahan *et al.*, le degré de pauvreté des femmes doit être le critère de l'État-providence. Lorsque les individus qui s'occupent des tâches domestiques et des soins aux enfants ne travaillent pas ou travaillent à temps partiel, la difficulté économique du ménage peut directement menacer le bien-être de leurs familles¹⁰⁵⁵. Et le mariage et le travail diminuent le risque de pauvreté alors que la maternité l'augmente. Les seules mères qui se trouvent au-dessus du seuil de pauvreté sont celles qui sont en parentalité et travaillent après le mariage¹⁰⁵⁶. Selon A. Orloff, il faut tenir compte, comme critères de mesure de l'État-providence, de l'accès au travail rémunéré d'une part, de la capacité de former et de maintenir l'autonomie du ménage d'autre part¹⁰⁵⁷. Nous nous attarderons un peu plus sur ce thème.

Premièrement, si G. Esping-Andersen parle de la démarchandisation, au contraire le « droit d'être marchandisé (*right to be commodified*) » ou la « marchandisation » doit être octroyé aux femmes. A. Orloff trouve que le système social contribue à maintenir la relation inégalitaire entre femme et homme. Compte tenu de trois mécanismes principaux – la division du rôle selon le sexe ; le système des salaires différents sur le marché du travail (les salaires des hommes relativement supérieurs à ceux des femmes, et de nombreuses femmes au travail à temps partiel) ; le mariage traditionnel (qui impose la moralité sexuelle standardisée) –, les hommes

¹⁰⁵² Le modèle M. Gagne-pain, proposé par H. Land, consiste à ce que les hommes soient les pourvoyeurs de revenu à la famille, tandis que les femmes mariées sont exclues du marché du travail et ne doivent s'occuper que des tâches des soins à la maison sans aucune intervention publique. Elles sont donc contraintes d'être subordonnées à leurs maris pour le financement ainsi que l'impôt et les droits sociaux. Pourtant aucun pays ne correspond tout-à-fait à ce pur modèle, d'où J. Lewis et I. Ostner ont voulu préciser le degré pratique de ce modèle. (H. Land. 1980. « The family wage », *Feminist Review*, no.6, p.55-78.)

¹⁰⁵³ J. Lewis. 1992. *op.cit.*; J. Lewis et I. Ostner. 1991. « Gender and the evolution of european social policies », paper presented at the CES workshop on emergent supranational social policy: The EC's social dimension in comparative perspective, Center for European studies, Harvard University.

¹⁰⁵⁴ B. Pfau-Effinger. 1998. « Gender cultures and the gender arrangement – a theoretical framework for cross-national comparisons on gender », *Innovation: The European Journal of Social Sciences*, Special issue on 'The Spatiality of Gender' edited by S. Duncan, vol 11, no 2, p.147-166.; B. Pfau-Effinger. 2002. « Changing welfare states and labour markets in the context of European gender arrangements », *In Andersen, J. G., Jensen, P. H. Changing labour markets, welfare policies and citizenship*, Bristol University Press.

¹⁰⁵⁵ A. S. Orloff. 1993. *op.cit.* p.319.

¹⁰⁵⁶ S. McLanahan, L. Casper, A. Sorenson. 1995. « Women's roles and women's poverty », *In Mason K., Jenson A. M. (ed.). Gender and Family Change in Industrialized Countries*, Oxford, UK, Oxford University Press, p.258-278.

¹⁰⁵⁷ A. S. Orloff. 1993. *op.cit.* p.318-322.

tendent à s'adresser à l'État-providence en tant que travailleurs et êtres indépendants, tandis que les femmes font appel à lui en tant qu'épouses ou mères de famille et êtres dépendants. Donc les premiers bénéficient, en lien avec le travail, des assurances sociales en tant que contributeurs, tandis que les deuxièmes ont recours à des programmes d'assistance sociale pour l'aide à la famille¹⁰⁵⁸. Dans la plupart des cas, la relation de pouvoir dans le mariage se base sur la dépendance économique et l'accès au travail rémunéré. Mais, avant tout, si la domination masculine est rendue possible, c'est parce que seules les personnes qui occupent une place dans le marché du travail peuvent assumer le rôle de pourvoyeur économique de la famille¹⁰⁵⁹. En ce sens, même lorsqu'ils perdent la capacité de gagner leur vie, les revenus sociaux des hommes sont encadrés par leurs droits sociaux.

Deuxièmement, dans les structures du marché du travail adaptées au modèle M. Gagne-pain, le fait que les mères seules gagnent moins par rapport aux hommes et assument davantage la responsabilité du soin aux enfants révèle la vulnérabilité fondamentale des femmes. En effet, la fragilité des femmes mariées est cachée sous les ailes de M. Gagne-pain. D'après A. Orloff, le fait, qu'un mari est « celui éloignant de la pauvreté (*a husband away from poverty*) », engendre la situation financièrement défavorable des mères seules. C'est un facteur incitatif pour les femmes à se marier, ou à ne pas divorcer, malgré l'insatisfaction dans leur vie conjugale¹⁰⁶⁰. Pourtant, il faut noter que les revenus du mari ne sont pas partagés, à égal avec sa femme, car c'est la dépendance économique des femmes qui est utilisée comme un moyen pour les hommes de légitimer leur position de pouvoir dans leurs familles. Face à une telle position défavorable aux femmes, l'auteure souligne que l'État-providence doit faire en sorte que les personnes, qui s'occupent des tâches domestiques et des soins (donc les femmes), puissent former et maintenir l'autonomie de leur ménage, sans nécessité du mariage, qui leur permet d'obtenir l'accès aux revenus du M. Gagne-pain. Cela pourrait fonctionner comme la démarchandisation, qui permet au travailleur d'être délivré de la vente de sa force du travail.

Ainsi, les chercheurs féministes réclament que les femmes puissent profiter pleinement d'une citoyenneté équivalente à celle des hommes, et, pour ce faire, les soins non rémunérés (apportés aux enfants et aux parents âgés dépendants...) doivent être considérés comme « travail »¹⁰⁶¹. Selon W. Korpi, si l'inégalité du genre se manifeste dans la stratification socio-économique, c'est parce que le niveau d'aptitude de chacun des individus (pouvoir, capacité, liberté...) est

¹⁰⁵⁸ A. Orloff. 1996. *op.cit.* p.53-54.

¹⁰⁵⁹ A. S. Orloff. 1993. *op.cit.* p.318-319.

¹⁰⁶⁰ *Ibid.* p.319.

¹⁰⁶¹ J. Jenson. 1997. « Who cares ? Gender and welfare regimes », *Social Politics*, p.182-187. p.182.

influencé par l'auto-perception et l'identité forgées par l'interaction entre l'individu et tous les systèmes sociaux l'environnant (cultures, normes, famille, proches...). Du point de vue féministe, parce que la participation au marché du travail est liée aux positions et pouvoir que chacun possède au sein de la famille, il est nécessaire, comme condition préalable, de transférer le travail des soins de la famille au marché¹⁰⁶². Mais avant tout, l'évolution de l'idée des soins non rémunérés aux soins rémunérés a donné lieu au concept de *social care*, selon lequel le *care* n'est plus de dimension privée, mais elle est celle de l'ensemble de l'État, du marché, de la famille et la communauté¹⁰⁶³. Les politiques sociales / familiales se centrent désormais sur le *care* pour s'orienter vers la défamilialisation.

Défamilialisation

La notion de défamilialisation a été utilisée au début par les féministes, dans le sens de la « capacité de former et de maintenir le ménage autonome » selon le terme de A. Orloff. La défamilialisation est définie selon R. Lister comme « le degré auquel des individus peuvent maintenir un niveau de vie socialement acceptable indépendamment des relations familiales, que ce soit par le biais du travail rémunéré ou d'une prestation de la sécurité sociale »¹⁰⁶⁴. Pourtant, le sens évolue. Suite à la montée des critiques des féministes à l'égard des trois régimes d'État-providence, G. Esping-Andersen y ajoute un régime « familialiste » qui renvoie aux pays sud-européens, où la prise en soin des membres de la famille s'effectue dans la sphère familiale. L'auteur propose la notion de « défamilialisation », qui porte pourtant un sens un peu différent de celui des féministes.

« « Défamilialiser » la politique sociale signifie un engagement à collectiviser le poids et les responsabilités de la charge familiale, ce qui est manifestement une condition préalable pour les femmes qui cherchent à harmoniser travail et maternité. Quelques États-providences sont clairement « familialistes », en ce sens où l'on admet que la famille est le centre normal des responsabilités en ce qui concerne les besoins sociaux de ses membres »¹⁰⁶⁵

Dans le sens où l'État est chargé en partie des tâches de soins, que les femmes ont assumées jusque-là, afin qu'elles puissent concilier travail et maternité, la définition de G. Esping-Andersen semble contribuer à l'indépendance économique des femmes, en facilitant leur participation au marché du travail. Toutefois, comme plusieurs féministes l'ont déjà évoqué, ce

¹⁰⁶² W. Korpi, 2000. *op.cit.* p.9.

¹⁰⁶³ M. Daly et J. Lewis. 2002. *op.cit.*, p.286.

¹⁰⁶⁴ R. Lister. 1997. *Citizenship. Feminist Perspectives*, London, Macmillan Press Ltd. p.173.

¹⁰⁶⁵ G. Esping-Andersen. 1999. *op.cit.*, p.277-278.

dispositif ne tient pas compte de la position défavorable des femmes dans le marché du travail : les femmes occupent souvent un travail à temps partiel et exercent dans le secteur des services sociaux qui ne nécessitent pas de techniques difficiles ; leurs salaires sont moins élevés que ceux des travailleurs masculins. Tout cela les conduit à se contenter d'être des pourvoyeuses de second ordre dans la famille, donc à rester toujours dans un statut dépendant de leurs maris¹⁰⁶⁶. De plus, malgré leurs activités professionnelles, ce sont toujours les femmes qui s'occupent des tâches domestiques¹⁰⁶⁷. En ce sens, la défamilialisation de G. Esping-Andersen se caractérise par le soutien de l'État aux familles nucléaires, plutôt qu'aux femmes proprement dit. Tenant compte de ce point de vue, W. Korpi catégorise en trois types le modèle des caractéristiques des politiques sociales / familiales selon la finalité de l'État pour l'intervention dans les tâches des soins de la famille (enfants et personnes âgées) – modèle de famille de dual gagnants (dual earner family model), modèle de soutien général aux familles (general family support) et modèle des politiques centrées sur le marché (market oriented policies)¹⁰⁶⁸.

La défamilialisation devient de plus en plus le critère déterminant des politiques sociales/familiales, avec les caractéristiques qui se rapprochent de celles de G. Esping-Andersen, c'est-à-dire l'externalisation et l'allègement des tâches familiales, plutôt que le renforcement de l'autonomie des femmes. Selon S. Leitner, la défamilialisation signifie « la suppression des responsabilités de *care* de la famille, mais aussi la diminution de la mesure dans laquelle la satisfaction des besoins des soins individuels dépend de la relation familiale »¹⁰⁶⁹. S. Leitner montre les dimensions variées de l'axe familialisme-défamilialisation des pays Européens dans les politiques des soins aux enfants et personnes âgées en le catégorisant en quatre niveaux : familialisme explicite ; familialisme optionnel ; familialisme implicite ; défamilialisme¹⁰⁷⁰.

- « Familialisme explicite » signifie que la famille assume explicitement les soins aux enfants et personnes âgées en mobilisant les ressources familiales. Le fait que ce type s'accompagne du manque de mesures publiques ou de services du marché renforce la fonction de la famille ;
- « Familialisme optionnel » renvoie à la possibilité donnée à la famille d'alléger le fardeau de sa responsabilité. Les politiques du *care* ainsi que les services sont disponibles alors que le rôle de la famille est fortement déployé. C'est un droit à prendre soin, mais ce type de familialisme doit être distingué de l'obligation familiale ;

¹⁰⁶⁶ A.-T. Dang et M.-T. Letablier. 2009. « Citoyenneté sociale et reconnaissance du « care ». Nouveaux défis pour les politiques sociales », *Revue de l'OFCE*, no.109, p.5-31. p.13.

¹⁰⁶⁷ J. Jenson. 1997. *op.cit.* p.183.

¹⁰⁶⁸ W. Korpi, 2000. *op.cit.* p.11-14.

¹⁰⁶⁹ S. Leitner. 2003. « Varieties of familism: The caring function of the family in comparative perspective », *European Societies*, vol.5, no.4, p.353-375. p.358.

¹⁰⁷⁰ *Ibid.* p.359.

- « Familialisme implicite » n'est ni la défamilialisation ni le familialisme activement déployé. Néanmoins, la famille est en première ligne quand il n'y a pas de moyen alternatif. ;
- « Défamilialisme » renvoie à la défamilialisation forte du fait des mesures publiques et des services sociaux du marché ainsi qu'à un faible niveau de familialisation.

En particulier, S. Leitner n'a pas oublié de mettre en lien avec la relation du genre. Les politiques du *care* favorisant le familialisme explicite maintiennent la relation du genre et donc les soins réalisés par la famille. Les politiques défamilialisantes n'interviennent pas directement dans la relation du genre, mais en donnent l'option à la famille. Cela crée une condition structurant l'égalité des sexes sur le marché du travail, si bien que cela réduit le modèle M. Gagne-pain. Pourtant, le familialisme optionnel montre une ambivalence, car il donne lieu soit au familialisme explicite, soit à la défamilialisation¹⁰⁷¹.

A. Anttonen et J. Sipilä essaient de catégoriser les régimes du *social care* selon l'organisation et le degré de l'offre des services des autorités publiques en direction des enfants, ainsi que des personnes âgées. Deux modèles sont légitimes et distincts l'un de l'autre : le modèle scandinave (services étendus disponibles) et le modèle sud-européen (modeste rôle des autorités publiques, offre limitée des services donc marché noir développé) concernant le Portugal, l'Espagne, la Grèce, l'Italie. D'autre part, il est possible d'en avoir deux ou trois autres : le modèle anglais (responsabilités partagées entre la famille et les autorités publiques, mais tendance à la réduction de l'offre des services publiques), le modèle de l'Europe central concernant les Pays-Bas, l'Allemagne, la Belgique, la France (responsabilité confiée d'abord à la famille, offre de la majorité des services par les organisation religieuse et politiques) et/ou éventuellement autre modèle¹⁰⁷². Plus tard, A. Anttonen *et al.* distinguent différents types de ressources et leurs caractéristiques qui contribuent aux arrangements du *social care* : ressources informelles du réseau, ressources du tiers secteur ou des bénévoles, ressources du secteur marchand et ressources publiques¹⁰⁷³.

L'étude de C. Saraceno compare le niveau du familialisme des régimes d'État-providence de quatre pays « familialistes » de l'Europe du Sud (l'Italie et l'Espagne) et de l'Asie de l'Est (la Corée du Sud et le Japon) en se basant sur l'axe du « continuum de familialisme-

¹⁰⁷¹ *Ibid.* p.365-367.

¹⁰⁷² A. Anttonen, J. Sipilä. 1996. « European social care services: is it possible to identify models? », *Journal of European Social Policy*, vol.6, no.2, p.96.

¹⁰⁷³ A. Anttonen, J. Baldock, J. Sipilä. 2003. *The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations*, Edward Elgar, Cheltenham, p.13.

défamilialisation »¹⁰⁷⁴. L'auteur le catégorise en cinq *patterns* :

- « Familialisme par défaut », on l'évoque lors de l'absence ou du peu de politiques publiques soutenant la famille pour le *care* ainsi que pour les besoins financiers. Ce type devient la « défamilialisation par le marché » puisqu'il faut trouver des moyens à travers le marché en mobilisant des ressources privées ;
- « Familialisme prescrit » est concerné quand le Code civil impose l'obligation financière ou du *care* au lien familial ou de la parenté ;
- « Familialisme avec soutien » correspond au cas où le système social (transfert financier direct ou indirect) conduit les individus à assumer les responsabilités financières ou/et du *care* dans la sphère privée. Ce type tend à renforcer la division du rôle sexué et l'inégalité sociale des sexes ;
- « Défamialisation avec soutien à travers le marché », l'État permet à la famille de bénéficier du transfert des revenus sous forme de prestation monétaire, de chèque ou de déduction fiscale et donc permet d'acheter les services nécessaires sur le marché quand l'État confie à ce dernier les services publics ;
- « Défamialisation avec soutien public » renvoie à ce que l'individualisation des droits sociaux réduit les responsabilités de la famille et sa dépendance financière. L'État assume donc le financement du *care*.

Si les politiques du soin facilitent la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle en conduisant entre autres à la défamilialisation, notre présente étude s'intéresse particulièrement à la politique de soins de longue durée aux personnes âgées, et spécifiquement au système de *cash-for-care*, soit pour l'externalisation du soin, soit pour la compensation du soin aux aidants familiaux, ce système étant directement concerné par l'axe de familialisme-défamilialisation. Paradoxalement, cela s'infléchit vers la re-familialisation.

Refamilialisation

Bien que les services sociaux concernent l'ensemble des services publics, l'étude de A. Anttonen et J. Sipilä fait la distinction entre les services sociaux et les services du *social care*. Les services sociaux renvoient aux prestations satisfaisant les besoins des individus pour résoudre leurs difficultés sociales, en tenant compte de la spécificité de l'individu ou du groupe. Les services du *social care*, en particulier, qui en font partie, ont pour but de renforcer l'autonomie individuelle, surtout des personnes socialement vulnérables¹⁰⁷⁵. Dans le cas des services du *social care* pour les personnes âgées, plus spécifiquement en ce qui concerne le système de soins

¹⁰⁷⁴ C. Saraceno. 2016. « Varieties of familialism : Comparing four southern European and East Asian welfare regimes », *Journal of European social policy*, vol.26, iss.4, p.314.

¹⁰⁷⁵ A. Anttonen, J. Sipilä. 1996. *op.cit.* p.90.

de longue durée, les services interviennent pour assurer au mieux l'autonomie de la vie des personnes âgées, ayant besoin d'aide dans les actes quotidiens. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le système de soins de longue durée se définit comme « les activités entreprises par des tiers pour veiller à ce que les personnes à risque, ou atteintes d'une perte permanente significative des capacités intrinsèques, puissent maintenir un niveau de capacités fonctionnelles qui soit conforme à leurs droits, à leurs libertés fondamentales, et à leur dignité humaine »¹⁰⁷⁶.

Par ailleurs, selon P. Frericks *et al.*, la famille moderne a développé le nombre d'unités à deux revenus en quittant le modèle de M. Gagne-pain, si bien que les droits sociaux ont été transférés aujourd'hui de la famille à l'individu, qui a gagné le droit à participer au marché du travail. En cas de prise en charge d'un parent âgé, son aidant familial est susceptible de perdre son emploi, c'est ce que Tylor-Gooby appelle des « nouveaux risques sociaux »¹⁰⁷⁷. De ce point de vue, le système de soins de longue durée a également pour but d'alléger les difficultés rencontrées par les aidants familiaux pendant qu'ils prodiguent le soin et/ou de réduire le nouveau risque social en permettant la conciliation entre les tâches de soin et l'activité professionnelle pour maintenir l'autonomie économique. Mais si cela fait partie des dispositifs de la défamilialisation, il importe avant tout qu'ils ne déchargent pas complètement la responsabilité des familles, mais au contraire qu'ils les conduisent à maintenir leur rôle en leur apportant l'« *empowerment* ». Il s'agit plutôt de dispositifs d'aide de l'État aux aidants, pour réduire le budget public face à la hausse de la population ayant besoin de soin dans la vie quotidienne¹⁰⁷⁸.

D'un pays à l'autre, chaque système de soins de longue durée se caractérise par différents régimes et degrés de combinaison entre l'État, le marché et la famille¹⁰⁷⁹. En général, les services d'aide à domicile occupent la place centrale du système. Le contenu des services d'aide à domicile est différent d'un pays à l'autre, mais ils incluent certainement les soins domestiques (cuisine, ménage, lavage du linge), les soins personnels (douche, habillage, toilettes) et/ou les soins infirmiers. Pour ce faire, les professionnels, qui sont qualifiés à un certain niveau de

¹⁰⁷⁶ Organisation mondiale de la santé. 2016. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, p.141.

¹⁰⁷⁷ P. Frericks, P. H. Jensen, B. Pfau-Effinger. 2014. « Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe », *Journal of Aging Studies*, no.29, p.67. ; P. Taylor-Goodby. 2004. « New social risks and welfare states: New paradigm and new politics? », In Taylor-Goodby, P. (ed.), *New risks, new welfare – The transformation of the European welfare state*, Oxford, Oxford University Press.

¹⁰⁷⁸ A. Campéon et B. Le Bihan-Youinou. 2016. « Le développement des dispositifs d'aide aux aidants : une démarche d'investissement social ? », *Informations sociales*, no.192, p.88-97. *L'empowerment* est défini comme « le processus par lequel les individus ou un groupe d'individus augmentent leurs capacités de choix et de contrôle dans les domaines clés de leur vie afin d'améliorer leur qualité de vie ». (p.93)

¹⁰⁷⁹ Les mêmes services sont gérés dans une différente catégorie administrative d'un pays à l'autre, sous les politiques, soit des services *social care*, soit des services de santé. A. Anttonen, J. Sipilä. 1996. *op.cit.* p.90.

compétence (formation, diplôme, etc.), interviennent chez les personnes âgées dépendantes¹⁰⁸⁰. Ces services portent sur les dispositifs de *cash-for-care*, prestations en espèces qui permettent l'achat des services sur le marché ou la rémunération des aidants familiaux dans la limite d'un plafond fixé. Cependant, si les dispositifs des services à domicile favorisent la défamilialisation, cela ne signifie pas pour autant que la famille n'est plus impliquée. On voit une « perpétuation familiale » dans les soins¹⁰⁸¹. En effet, les tâches effectuées par les aidants familiaux évoluent, en passant des tâches très concrètes et directes aux indirectes, et difficiles à appréhender quantitativement¹⁰⁸². Les aidants familiaux se mobilisent davantage pour la coordination avec les professionnels du soin. Ils cherchent et sélectionnent les services qui semblent pertinents en évaluant les besoins de leurs proches âgés, prennent les contacts, effectuent les démarches administratives, accompagnent leurs proches âgés pour la visite médicale, s'assurent que les services leur conviennent et que tout va bien. De plus les aidants familiaux doivent faire face aux imprévus et aux situations d'urgence. Mais les familles sont toujours en première ligne, remplaçant les services professionnels pendant leurs absences¹⁰⁸³.

En ce sens, les dispositifs du *cash-for-care* peuvent donner lieu à la re-familialisation, en accordant aux aidants familiaux un statut formel et donc rémunéré. Le fait de permettre aux personnes âgées de payer leurs aidants familiaux, comme remplaçant des professionnels, favorise la flexibilité de choix selon les besoins de chacun pour l'organisation de l'arrangement de soin¹⁰⁸⁴. Plusieurs études remarquent que ces dispositifs ont tout d'abord engendré, au détriment du développement du métier de soin professionnel, la hausse du nombre des aidants familiaux rémunérés qui sont pourtant profanes dans les techniques ou la connaissance du soin¹⁰⁸⁵.

Il faut noter que cette forme de soin est marquée par un certain niveau de professionnalisation. Dans la majorité des cas, la relation du travail de soin, entre les aidants familiaux rémunérés et leurs proches âgés, s'inscrit dans celle de l'emploi, réglée par un contrat légal de travail avec l'État, l'agence d'aide à domicile ou leurs proches âgés en tant qu'employeurs. D'ailleurs, si on constate parfois que certains aidants familiaux se retirent du marché du travail pour s'occuper

¹⁰⁸⁰ T. Knijn, S. Verhagen. 2007. « Contested Professionalism. Payments for care and the quality of home care », *Administration & Society*, vol.39, no.4, p.452-453.

¹⁰⁸¹ S. Pennec. 2002. « La politique envers les personnes âgées dites dépendantes : providence des femmes et assignation à domicile », *Lien social et Politiques*, no.47, p.134.

¹⁰⁸² A. Campéon et B. Le Bihan-Youinou. 2016. *op.cit.* p.90.

¹⁰⁸³ B. Da Roit et B. Le Bihan. 2009. *op.cit.* p.52-53. ; B. Le Bihan et C. Martin. 2009. *op.cit.*

¹⁰⁸⁴ B. Le Bihan et C. Martin. 2012. *op.cit.* p.142.

¹⁰⁸⁵ B. Le Bihan. 2012. « The redefinition of the familialist home care model in France : the complex formalization of care through cash payment », *Health and Social Care in the Community*, vol.20, no.3, p.242.; T. Knijn, S. Verhagen. 2007. *op.cit.* p.452.

des soins, ce type de rémunération pourra être utilisé comme un salaire, et éventuellement avec l'octroi des droits sociaux¹⁰⁸⁶. De ce point de vue, B. Pfau-Effinger *et al.* définissent cette forme de soin comme ce qui est « prodigué par les membres de la famille ou au sein des réseaux sociaux dans le cadre des programmes de l'État-providence, de sorte qu'il n'est plus informel, mais présente certaines caractéristiques formelles, en ce qu'il est enregistré et peut également être lié à une sorte de rémunération et de sécurité sociale »¹⁰⁸⁷. Pourtant, plusieurs chercheurs incitent à la prudence en ne la désignant pas comme un « travail formel » : les « emplois familiaux » pour S. Pennec ; le « soin semi-formel » pour B. Pfau-Effinger ; la « marchandisation du soin (*commodification of care*) » pour C. Ungerson ; la « semi-profession » pour T. Knijn et S. Verhagen¹⁰⁸⁸.

Selon A.-T. Dang et M.-T. Letablier, ce type de statut concerne en particulier des femmes. Si la majorité des aidants familiaux sont des femmes, cela peut imposer aux femmes de continuer à assurer les soins. Ce sont surtout celles disposant de faibles ressources et moins qualifiées qui en font partie. D'ailleurs, la délégation aux professionnels n'est pas entièrement gratuite dans la plupart des cas (en raison du reste à charge, par exemple). Avec ce statut, elles sont amenées à consacrer aux soins plus d'heures que celles pour lesquelles elles sont rémunérées, et les soins effectués au-delà du nombre d'heures fixé ne relèvent pas de la relation salariale, mais de la relation affective, ce qui est considéré comme normal du fait de la relation familiale. Ce cas est plus courant en cas de cohabitation. Mais le montant de la rémunération est assez faible et n'est pas suffisant pour obtenir l'autonomie économique. De surcroît, les droits sociaux, acquis pour cette activité, ne sont pas suffisants, du fait qu'« ils ne sont pas vraiment associés à une forme de professionnalité et ne s'inscrivent pas dans une perspective de carrière professionnelle »¹⁰⁸⁹. T. Knijn et S. Verhagen soulignent qu'il est incorrect de définir cette forme de travail comme une profession, du fait que cela n'assure pas la continuation du maintien du statut professionnel¹⁰⁹⁰.

À travers la comparaison des dispositifs d'aidants familiaux dans trois pays (les Pays-Bas, l'Allemagne, le Danemark), l'étude de P. Frericks *et al.* porte sur le régime du *care* familial et souligne comment les politiques de soin de l'État-providence encadrent les soins apportés par les aidants familiaux. Cette étude montre combien celui-ci gère légalement les soins familiaux

¹⁰⁸⁶ Gimbert, V. et Malochet, G. 2012. *op.cit.*

¹⁰⁸⁷ B. Pfau-Effinger *et al.* 2009. *op.cit.* p.212.

¹⁰⁸⁸ S. Pennec. 2002. *op.cit.* ; B. Pfau-Effinger, L. Flaquer, P. H. Jensen. 2009. *Formal and Informal Work. The Hidden Work Regime in Europe*. Routledge, New York, London ; C. Ungerson. 2005. « Care, Work and Feeling », In Pettinger, L., Parry, J., Tylor, R., Glucksmann, M. (dir.), *A New Sociology of Work ?*, Oxford, Blackwell Publishing, p.188-203 ; T. Knijn, S. Verhagen. 2007. *op.cit.*

¹⁰⁸⁹ A.-T. Dang et M.-T. Letablier. 2009. *op.cit.* p.16.

¹⁰⁹⁰ T. Knijn, S. Verhagen. 2007. *op.cit.* p.469.

apportés à leurs proches âgés, ainsi que le degré auquel ces politiques engendrent les risques sociaux rencontrés par les aidants familiaux¹⁰⁹¹. Dans la même ligne de la re-familialisation, on s'intéresse à l'étude de C. Saraceno qui a comparé les systèmes des prestations monétaires des quatre pays « familialistes » (l'Italie, l'Espagne, la Corée du Sud et le Japon). L'Italie et l'Espagne sont catégorisés comme le type de « familialisme avec soutien », du fait du modèle de « migrant dans la famille » et cela contribue à maintenir le familialisme, surtout en Italie. Par contre la Corée et le Japon sont catégorisés dans le type de « défamilialisation partielle », du fait que ces deux pays ont introduit l'assurance de soins de longue durée. En particulier, en Corée, le marché joue le plus grand rôle comme pourvoyeur du soin¹⁰⁹². L'État coréen, adoptant le système de « fournisseur privé-soutien d'État », a permis au secteur privé à but lucratif de participer comme pourvoyeur de services de soins en envisageant la garantie de qualité de services et l'efficacité à travers la concurrence. Pourtant, il est possible que les fournisseurs se contentent d'offrir les services à minimum, à la hauteur de ce que l'État propose, car le secteur privé devient dépendant du budget public¹⁰⁹³.

En fait, comme nous nous attarderons en détail dans cette partie, l'ASLD autorise en principe les prestations en nature (c'est-à-dire le *cash-for-care* seulement pour l'achat des services extérieurs), non pas en espèces, ce qui fait que les bénéficiaires n'ont pas l'option de rémunérer les aidants familiaux. Mais, en forme officieuse, il l'est possible si l'aidant familial obtient le diplôme d'aide-soignante familiale (c'est ce que C. Saraceno n'a pas remarqué).

CHAPITRE 1. SYSTEME DE L'ASLD ET LACUNES A COMBLER

En s'appuyant sur la Loi de la Protection Sociale des Personnes Âgées (LPPA), promulguée en 1981, l'ASLD est instaurée à partir de juillet 2008 comme assurance universelle, garantie par la caisse d'assurance maladie, après la vieillesse, la maladie, l'accident du travail et la perte d'emploi (Annexe 5). L'article premier de la loi de l'ASLD définit les prestations destinées aux personnes âgées ayant des difficultés pour accomplir seules les actes de la vie quotidienne, du fait de la vieillesse ou des maladies liées au vieillissement. Cette loi a pour objectif d'améliorer la qualité de vie du citoyen, en lui permettant de stabiliser sa vie quotidienne et d'améliorer sa

¹⁰⁹¹ P. Frericks, P. H. Jensen, B. Pfau-Effinger. 2014. *op.cit.*

¹⁰⁹² C. Saraceno. 2016. *op.cit.*

¹⁰⁹³ H.-S. Lee, S.-H. Yoo. 2013. « Elderly nursing care workers' workforce and improvement plans », *Korean Public Management Review*, vol.27, no.3, p.153.

santé, tout en allégeant le fardeau de sa famille¹⁰⁹⁴.

Nous nous pencherons d'abord sur le système de l'ASLD (la gestion, les finances et l'attribution), puis sur les types de prestations de l'ASLD (prestations à domicile, prestations en établissement, prestations particulières en espèce et prestation officieuse).

A. Système de l'opération de l'ASLD

1. Gestion

Le système de l'ASLD est appliqué par quatre organismes agissant de concert : Ministère des affaires sociales et de la santé, Caisse de l'assurance maladie, institutions des services de soins de longue durée et collectivité locale. Le Ministère des affaires sociales et de la santé exerce l'autorité et la responsabilité de la législation de l'ASLD et la gestion des finances. La Caisse de l'Assurance maladie assure l'aspect pratique comme l'imposition, la perception, la gestion de reconnaissance, l'évaluation des prestations utilisées et l'inspection. Même si l'ASLD est réalisée indépendamment de l'assurance maladie, l'assureur et l'organisme de l'opération s'unissent pour l'efficacité du système¹⁰⁹⁵. Les Collectivités locales sont chargées de la gestion des institutions de l'ASLD, de la formation des aides-soignantes ainsi que de leur gestion¹⁰⁹⁶. Et les institutions de l'ASLD fournissent des services. L'État a adopté le système de « fournisseur privé-soutien d'État » en ouvrant la fourniture de services au secteur privé à but lucratif, c'est-à-dire au marché, en comptant sur la concurrence entre fournisseurs pour obtenir la qualité de service et l'efficacité. C'était la stratégie pour suppléer au manque de pourvoyeurs de services, de main d'œuvre, à la faible quantité de l'offre de service lors de la création du marché (Annexe 4. T-16)¹⁰⁹⁷.

2. Finances

Les finances de l'ASLD sont composées d'une contribution des assurés de l'ASLD, d'une subvention de l'État, des charges de l'État et des collectivités locales¹⁰⁹⁸. Tout d'abord pour la contribution, l'assuré doit cotiser, dans une certaine proportion du montant de la participation de l'assurance maladie. Celle-ci s'est accrue de 4,05 % en 2008, 4,78 % en 2009 puis à 6,55 %

¹⁰⁹⁴ <http://www.law.go.kr/>

¹⁰⁹⁵ H.-S. Ha. 2015. *Evaluation Long-term Care Insurance*, National Assembly Budget Office, Report 15-04, p.3.

¹⁰⁹⁶ L'article 7-1, l'article 58, l'article 7-2, l'article 48, l'article 31, l'article 39-2 de la Loi de l'ASLD et l'article 39 de la LPPA.

¹⁰⁹⁷ H.-S. Lee, S.-H. Yoo. 2013. *op.cit.* p.153.

¹⁰⁹⁸ Selon le rapport de l'Office de l'Assemblée du Budget National, le reste à charge n'est pas considéré comme recettes des finances de l'ASLD, car celui-ci à l'égard de services utilisés est directement versé aux institutions de l'ASLD.

depuis 2010¹⁰⁹⁹. Mais selon l'Office national de l'assemblée du budget, le taux s'élèvera à 7,38 % en 2018, puis 8,51 % en 2019¹¹⁰⁰. L'État cherche des finances à travers cette hausse du taux de cotisation¹¹⁰¹. Selon le régime, la proportion de la cotisation est variée (Annexe 4. T-17). En ce qui concerne la répartition du financement entre l'État et la collectivité locale (l'article 58 de la loi de l'ASLD), l'État doit subvenir chaque année à l'assurance maladie à hauteur de 20 % du montant de l'estimation des recettes annuelles de la cotisation de l'ASLD. De plus, l'État et les collectivités locales sont chargés du coût (partiel ou entier) des prestations utilisées par les bénéficiaires de l'aide médicale¹¹⁰², et du coût nécessaire pour la délivrance des prescriptions de soins infirmiers et celle des avis de médecins (Annexe 4. T-18).

Selon l'Office national du budget, autant les recettes de la cotisation augmentent, autant le montant de la subvention de l'État s'accroît. Les recettes de cotisations sont en hausse, de 2,49 billions de wons en 2013 à 3,23 billions de wons (1 euro = 1 350 wons) en 2017. Malgré l'obligation de la subvention à 20 %, la proportion de subvention se maintient à 18 % (mais en baisse de 18,9 % en 2014 à 18 % en 2017) (Annexe 4. T-19). Si nous regardons plus précisément la situation des finances de l'ASLD, les recettes se sont accrues de 2,02 billions de wons en 2009 à 5,08 billions de wons en 2017, soit une hausse moyenne annuelle de 12,2 %. Par contre les dépenses ont également augmenté de 1,87 billions de wons à 5,41 billions de wons, soit de 14,1 % annuellement. À partir de 2016, la situation des finances subit des pertes (Annexe 4. T-20). Plusieurs études estiment que le nombre des bénéficiaires de l'ASLD augmentera continuellement, et cela peut provoquer une crise du financement et de la difficulté à maintenir le système durablement¹¹⁰³. Selon H.-Y. Lee et Y.-P. Moon, les dépenses budgétaires devraient augmenter de 19,6 fois, passant de 4,2 billions de wons en 2015 à au moins 82,2 billions de wons en 2060 (la médiane de la population) et d'augmenter de 23,3 fois pour atteindre au

¹⁰⁹⁹ Le pourcentage de la cotisation est défini par un décret présidentiel, et le pourcentage de la cotisation de l'assurance maladie s'élève à 6,12 % du revenu mensuel.

¹¹⁰⁰ M. J. Jeong. 2018. *2018-2027 Elderly Long Term Care Insurance Finance vista*, National Assembly Budget Office, Report, p.9.

¹¹⁰¹ J. H. Yoo. 2014. « Improving Financial Management Policy Options of the Long-term Care Insurance Beneficiary », *Social Enterprise & Policy Studies*, vol.4, no.1, p.75.

¹¹⁰² Conformément à l'article 3 de la loi de l'aide médicale, le porteur du droit à l'aide médicale doit correspondre à l'un parmi les suivants : le bénéficiaire du minimum vital ; le sinistré ; l'homme juste blessé ; l'enfant mineur adopté ; la personne méritante ; les personnes qui sont sélectionnées comme biens culturels immatériels ; le déserteur nord-coréen et sa famille ; la personne blessée lors du mouvement de démocratisation du 18 mai ; l'homme sans domicile fixe ; la personne incapable de subvenir aux besoins désignée par le décret présidentiel

¹¹⁰³ M.-J. Kim, J.-Y. Hwang. 2019. « A Study on the Long-Term Care Insurance System prepare for the Super-Aged Society », *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol.20, no.10, p.402. ; D. Sunwoo. 2016. « Policy Issues in Elderly Health and Long-term Care Policy », *Issues and Focus*, Korea Institute Health and Social Affairs, no.239, p.34-48. S.-B. Jeong, J.-W. Lee. 2019. « 17 Cities, Provinces area Analysis of Efficiency of Visiting Medical Care Business », *Journal of Regional Studies*, vol.27, no.1, p.49-66.

maximum 98 billions de wons (population élevée)¹¹⁰⁴.

3. Attribution du droit à l'ASLD

Pour présenter le processus à suivre pour bénéficier des services de l'ASLD, c'est soit la personne répondant au critère de l'ASLD ou sa famille, soit le fonctionnaire assistant social, soit la personne désignée par le préfet, qui demandent l'ASLD à la caisse primaire d'assurance maladie, par internet, courrier ou fax. Conformément à l'article 14 de la loi de l'ASLD, une équipe d'évaluation par binôme appartenant à l'assurance maladie (composée d'infirmier, assistante sociale, ou kinésithérapeute) fait une visite à domicile et évalue l'état de la personne, parmi 6 catégories autour de l'état de santé, de l'environnement et des besoins du demandeur. Une grille d'évaluation porte sur 5 catégories (fonctions physiques dans les actes quotidiens ; fonctions cognitives ; troubles comportementaux ; besoins de soins infirmiers ; besoins de rééducation fonctionnelle) comprenant 52 articles et la 6ème catégorie repose sur l'environnement du demandeur (Annexe 4. T-21). À partir du score de la grille, de l'opinion de l'équipe et de l'avis du médecin, la commission d'évaluation de l'ASLD¹¹⁰⁵ classe le demandeur dans une catégorie de l'ASLD, si elle considère que le demandeur a besoin de soins de plus de 6 mois (Annexe 4. T-22). Puis un plan standard est établi, compte tenu des résultats de l'évaluation. La décision sera communiquée par courrier, et le demandeur recevra l'attestation du droit à l'ASLD ainsi que le plan standard (Annexe 4. F-1). Pour la population non reconnue bénéficiaire après l'évaluation, la caisse d'assurance maladie transmet le dossier au bureau administratif de l'arrondissement, et celui-ci met la personne en lien avec des services de personnes âgées (Annexe 5, T-44).

La catégorie de dépendance s'échelonne de 1 à 5, du plus lourd au plus bénin. Depuis juillet 2014, aux catégories 1 à 3, se sont ajoutés les catégories 4 et 5, en divisant la catégorie 3 en deux, 3 et 4, puis en réservant la catégorie 5 aux malades atteints de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées dont les symptômes sont légers. En effet, ceux qui étaient dans la catégorie 3 n'avaient pas le même état de santé, ce qui nécessitait des services différenciés. De plus, ceux, qui n'ont aucun problème corporel mais montrent des symptômes légers de troubles cognitifs ou comportementaux, n'ont pas pu facilement obtenir de droit jusqu'à ce moment-

¹¹⁰⁴ H.-Y. Lee, Y.-P. Moon. 2017. « Financial Projection of Long-term Care Insurance in according to Population Ageing », *Korean Social Security Studies*, vol.33, no.2, p.129-151.

¹¹⁰⁵ Conformément à l'article 52 et l'article 53 de la loi de l'ASLD, la commission est composée de 15 membres y compris le président de la commission qui est assumé par un membre exécutif de chaque caisse d'assurance maladie. Les membres de la commission sont désignés par le président d'un conseil d'administration parmi les suivants : médecin, dentiste, médecin oriental ou infirmier qui a plus de 10 ans d'expérience du travail ; assistant social ayant plus de 10 ans d'expérience du travail ; personnel de la caisse de l'assurance maladie ; savant ayant la connaissance approfondie et l'expérience de terrain sur la loi ou l'ASLD.

là¹¹⁰⁶. Selon la catégorie reconnue, le plafond du montant des prestations de l'ASLD en 2017 varie de 843 200 wons (= 625 euros) jusqu'à 1 252 000 (=927 euros) entre les catégories 5 et 1 à domicile, et de 1 316 100 wons (= 974 euros) à 1 711 200 wons (= 1 268 euros) dans un établissement. Il y a environ 400 000 wons de différence entre les catégories 1 et 5 (Annexe 4. T-23). Depuis la mise en œuvre de l'ASLD, le nombre de demandeurs s'est accru, de 643 409 personnes à 923 543 entre 2012 et 2017. À la fin de 2017, 585 287 personnes, soit 78,1 % des demandeurs, ont été reconnues aptes, ce qui correspond à 8,0 % de la population âgée (Annexe 4. T-24)¹¹⁰⁷.

3.1. Questions sur la décision d'attribution des catégories de l'ASLD

Dans l'enquête de satisfaction, à la question sur les inconvénients de l'utilisation de l'ASLD, 10,9 % des bénéficiaires (ou leurs familles) en 2013 et 11,9 % en 2014 ont déclaré que le critère de la catégorie attribuée n'était pas clair¹¹⁰⁸. Plusieurs études soulignent ce point selon des mesures diverses. D'abord si nous regardons les chiffres de la population reconnue selon les catégories, en 2017, parmi 585 287 personnes reconnues, plus de la moitié des personnes reconnues sont classées dans les catégories 3 et 4 (33,5 % et 38,2 % respectivement) au détriment des catégories 1 et 2 (7,4 % et 13,6 % respectivement). La catégorie 5 occupe 7,1 % (Annexe 4. T-25). La décision du classement est très variée selon la région. Selon les données que la caisse d'assurance maladie a transmis à Mme Yoon Soha, députée du Parti Justice, en 2017, le taux de reconnaissance était plus bas dans les provinces que dans les régions de la capitale. En effet, les taux s'élevaient à 67,2 % à Séoul (capitale), à 66,1 % à Kyounggi et à 66,6% à Incheon (régions à proximité de Séoul) tandis que le taux moyen de toutes les régions est de 61,2%, et même 52,6% à Jeonbuk, 55,7% à Jeonnam et 55,2% à Kyeongnam (les régions sud) (Annexe 4. T-26)¹¹⁰⁹. Cela implique que les évaluateurs qui interviennent à domicile n'évaluent pas de façon uniforme.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'évaluation pour la reconnaissance de l'ASLD passe par deux étapes, la visite à domicile et la commission. Dans la première, en principe, un binôme doit intervenir au domicile du demandeur, pour l'évaluation de son état de santé, car cela garantit l'objectivité et le professionnalisme. Selon H.-S. Ha, en cas de participation d'une seule personne pour l'évaluation, le point de vue subjectif peut se refléter dans le processus.

¹¹⁰⁶ H.-S. Ha. 2015. *op.cit.* p.31.

¹¹⁰⁷ National Health Insurance Service. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

¹¹⁰⁸ H.-S. Ha. 2015. *op.cit.* p.41.

¹¹⁰⁹ Journal quotidien électronique « Yoyang news », le 24 10. 2017 : <http://www.yoyangnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=663>

Effectivement, en 2014, le taux d'intervention de deux évaluateurs n'atteint que 19,2 %¹¹¹⁰. D'après C.-Y. Cho et C.-I. Hwang, l'évaluation faite par l'infirmier a tendance à porter sur le point de vue médical, tel que l'état de santé et le pronostic de la maladie, tandis que celle réalisée par l'assistant social porte plutôt sur l'environnement de la personne, tel que le logement et la relation familiale¹¹¹¹. En fait, malgré les deux étapes, l'évaluation faite lors de la visite à domicile détermine la catégorie finale. Le rapport de l'Office National de l'Assemblée du Budget a analysé qu'il y avait seulement 1,6 % d'ajustement de la catégorie sur 479 598 cas évalués entre 2011 et 2013¹¹¹². Cela signifie que la première évaluation, qui peut éventuellement refléter la subjectivité, prédomine sur la deuxième¹¹¹³. Selon S.-O. Lim, la commission a de la difficulté à discuter suffisamment des cas à évaluer, du fait d'une quantité importante de dossiers et d'une restriction du nombre d'heures. C'est la raison pour laquelle, à l'exception des cas complexes, la commission a tendance à suivre la première évaluation, celle de la visite à domicile. De plus, il existe souvent une incohérence entre l'avis du médecin et l'opinion du personnel qui a évalué à domicile. Et les résultats sont variés en fonction du premier évaluateur et en fonction de l'appartenance professionnelle du membre de la commission. Effectivement, dans la plupart des cas, la commission est composée, à plus de 44 %, de soignants médicaux, tandis que les assistants sociaux représentent seulement 13,8 %. Les infirmiers représentent 2/3 des évaluateurs à domicile. Cela peut influencer le résultat de l'évaluation portant sur le point de vue médical¹¹¹⁴.

La grille d'évaluation de l'ASLD ne tient pas compte de l'environnement concret de la personne, comme par exemple la présence d'aidant, les horaires de disponibilité de l'aidant, la possibilité d'intervention d'un membre de la parenté, l'état du logement de la personne. Tout cela est important pour envisager le niveau de la nécessité d'une aide, alors que la grille d'évaluation actuelle ne porte pas sur les besoins de la personne¹¹¹⁵. Plusieurs études soulignent que le facteur, qui influence la reconnaissance de l'ASLD, est la maladie¹¹¹⁶. Si nous regardons les maladies de la population reconnue, en 2016, la démence est la plus constatée, touchant 32 % des évalués, avant 16 % pour l'A.V.C. qui vient en seconde position. L'arthrite occupe 8,5 %, le lumbago

¹¹¹⁰ H.-S. Ha. 2015. *op.cit.* p.41.

¹¹¹¹ C.-Y. Cho, C.-I. Hwang. 2005. « A Study on the care manager training plan in the long-term care insurance system for the elderly in Korea », *Korean Journal of Care Work*, vol.1, no.1, p.61-82.

¹¹¹² H.-S. Ha. 2015. *op.cit.* p.38-39.

¹¹¹³ *Ibid.* p.36.

¹¹¹⁴ S.-O. Lim. 2010. « A Study on the Main Issues and Problems of Long-Term Care Insurance in Korea: Focusing on the Classification System », *Social Welfare Policy*, vol.37, no.2, p.261.

¹¹¹⁵ *Ibid.* p.259-260.

¹¹¹⁶ I.-O. Kang, E.-J. Han, C. Y. Park. 2011. « Factors affecting regional rate of certification in Korean Long-term Care Insurance », *Korean J. Of Health Policy & Administration*, vol.21, no.3, p.391.

11,3 %, la séquelle d'un accident comme une fracture et une dislocation 8 % et le cancer 1,7 %. Ainsi les personnes, souffrant de démence ou d'A.V.C., peuvent être plus facilement reconnues par l'ASLD. Nous avons évoqué que la commission d'évaluation attribue une catégorie au demandeur, s'il est considéré comme ayant besoin de soins pendant plus de 6 mois, et la durée validée du droit attribué doit être au moins d'un an. Il est de ce fait probable que la personne qui nécessite des soins pendant une certaine période en cas de maladies aiguës ou de petits accidents par exemple une fracture de la jambe, soit exclue de la reconnaissance de l'ASLD¹¹¹⁷. S.-O. Lim montre que la commission d'évaluation a exprimé une difficulté pour évaluer ce type de cas¹¹¹⁸. Et H.-J. Lee montre que les personnes âgées qui n'ont pas de maladies liées au vieillissement, mais qui sont devenues physiquement fragiles à cause de la vieillesse, n'ont pas pu facilement obtenir une catégorie¹¹¹⁹.

Toutefois, si la démence est un facteur suffisant pour obtenir la reconnaissance, cela ne garantit pas nécessairement d'obtenir une catégorie plus élevée, qui propose des prestations plus avantageuses. Les malades déments sont majoritairement classés dans les catégories de 3 à 5 ; pour l'A.V.C., les catégories 3 et 4. Et les personnes ayant les deux maladies à la fois peuvent à peine obtenir la catégorie plus élevée : la catégorie 3 (35,4 %) puis la catégorie 2 (25,8 %). La Professeure Han Jeong-Ran, que nous avons interrogée, critique la tendance à ce que le critère de l'évaluation ne soit pas favorable à ceux qui ont une seule maladie, surtout la démence, alors que la prise en charge de celle-ci n'est pas légère.

« Un malade dément peut entrer en établissement d'hébergement de soins, mais ce n'est pas facile d'être reconnu avec la seule maladie de démence. En effet, l'évaluation se fait seulement sur la capacité cognitive et mentale liée à cette maladie, mais on prend également en compte la capacité physique. Il est vraiment difficile d'obtenir le niveau 1 si l'état de santé n'est ni grabataire ni très lourd. Les symptômes légers de la démence correspondent à la catégorie 5, et les symptômes physiquement lourds de la démence ne peuvent justifier qu'à peine la catégorie 3 ou rarement 2. Les prestations attribuées à ces catégories ne sont pas suffisantes pour prendre en charge un malade dément. » Han Jeong-Ran, Professeure de protection sociale des personnes âgées

Dans notre enquête, la mère de ^{Mme} Moun a eu une opération au genou, mais l'anesthésie générale a eu un effet pervers : son état s'est aggravé non seulement au genou mais aussi dans

¹¹¹⁷ D. S. Kim *et al.* 2016. « A Study on Improvement of Approval Grade Renewal Process in Long-term Care Insurance for the Aged », *The Journal of Korea Aging Friendly Industry Association*, vol.8, no.2, p.59. ; S.-O. Lim. 2010. *op.cit.* p.257.

¹¹¹⁸ *Ibid.* p.257.

¹¹¹⁹ H.-J. Lee. 2010. « Consumer Impairment and Its Improvement on Longterm Care Insurance Service : Focused on the Current Conditions and the Analysis of Counseling Cases in Korea and Japan », *Journal of Korean Home Management*, vol.28, no.1, p.63.

son entendement. En attendant la visite d'évaluation, ^{Mme} Moun avait peur que sa mère ne puisse pas obtenir la reconnaissance d'une catégorie adéquate.

« On m'a dit qu'il faut des symptômes graves pour obtenir la catégorie. Pour être sûre, j'ai essayé d'éduquer ma mère à répondre déraisonnablement quand l'évaluateur lui pose des questions. Ma mère parle très doucement malgré la démence. Elle avait oublié les noms de ses enfants quand son symptôme était très dégradé. Mais quelques capacités cognitives fonctionnent très bien. Quand je la questionne sur son âge, elle répond « 58 ans ». Mais à la différence des malades déments, elle maîtrise bien les mains, et calcule très bien même si la question est complexe, en me reprochant de la considérer comme sotte. Elle est grabataire, donc normalement elle devait obtenir la catégorie 2, mais j'ai l'impression qu'elle a reçu la catégorie 3 à cause de cela. » ^{Mme} Moun (fille)

L'étude de H.-J. Lee, qui a analysé des cas de mécontentement des consommateurs des services de l'ASLD, recueille des propos qui impliquent l'intervention de l'assurance maladie pour s'efforcer de réduire le coût.

« Il n'est pas facile d'obtenir une catégorie. Si on l'obtient à peine, la Caisse d'assurance maladie intervient en nous demandant d'essayer de faire en sorte que les familles des personnes âgées utilisent moins de services. »¹¹²⁰

Plusieurs études soulignent qu'il est important de stabiliser les finances, et, pour ce faire, il est nécessaire de gérer la proportion du nombre des personnes dans chaque catégorie afin de stabiliser les finances, dans le contexte où le nombre de la population reconnue augmente¹¹²¹. C'est pour cela que la Caisse d'assurance maladie essaie de gérer, pour ne pas dépasser le nombre des personnes acceptable dans chaque catégorie, afin de réduire la dépense¹¹²². Le graphique suivant montre clairement que le coût engendré par personne est plus élevé dans les catégories 1 et 2, par rapport au nombre des bénéficiaires. De plus, si le coût pris en charge par la Caisse d'assurance maladie est progressivement en hausse, la part du coût produit par les prestations en établissement est plus élevée que les prestations à domicile¹¹²³ (Annexe 4. G-22). Par ailleurs, selon C.-J. Park, quand les aidants familiaux prennent soin de leurs proches âgés à domicile, la dépense du ménage et la dépense de l'État sont moins élevées qu'en cas de recours à l'établissement, alors que les aidants familiaux manifestent du stress, de la tension liée à leur rôle, et de la dépression, davantage que ceux qui ont eu recours à un établissement¹¹²⁴.

¹¹²⁰ *Ibid.* p.63.

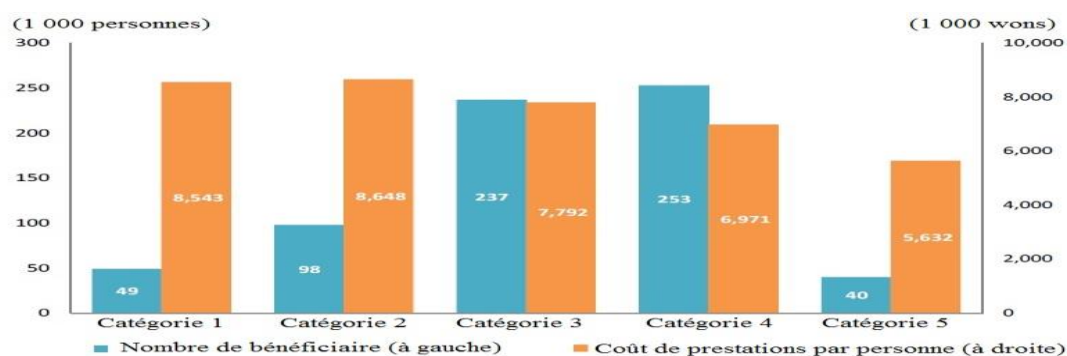
¹¹²¹ I.-O. Kang, E.-J. Han, C. Y. Park. 2011. *op.cit.* p.383. ; J. H. Yoo. 2014. *op.cit.*

¹¹²² C. S. Son. 2013. *A Study on the Evaluation and Development Plans of the Long-Term Care Insurance System for the Elderly*, Thesis for Ph. D. in Public Administration, Hansung University, Corée du Sud, p.38.

¹¹²³ NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

¹¹²⁴ C.-J. Park. 2010. « Cost-Effectiveness Analysis of Long-term Care Services : Care in Institutions vs In-home », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, vol.50, p.145-171.

Graphique 3. Nombre de bénéficiaires et coût de prestations selon catégorie



Source : National Assembly Budget Office. 2018. *op.cit.* p.37.

3.2. Inconvénients dans le processus administratif

Conformément à l'Article 16-1 de la Loi de l'ASLD, l'évaluation de l'ASLD doit se terminer sous 30 jours à compter du jour du dépôt de la demande, mais il est possible que le délai soit prolongé. En attendant l'annonce de la décision, il n'y a, en principe, aucune intervention d'aide. Mais exceptionnellement, si aucun membre de la famille ne peut assurer les soins, c'est-à-dire dans les cas où soit la personne habite seule soit la personne habite avec un membre de la famille adolescent ou de plus de 65 ans, et sur justification, le demandeur peut recevoir les services, dès le dépôt de la demande d'évaluation. Mais, dans le cas où le seul membre de la famille cohabitant doit travailler, celui-ci aura de la difficulté dans la prise en charge, en attendant l'annonce finale. ^{Mme Kwak}, même si elle ne travaillait pas, devait être auprès de sa belle-mère, en s'occupant de toutes les tâches domestiques et des soins, pendant les deux mois suivant la demande de l'évaluation de l'ASLD.

« Même si on demande l'évaluation de l'ASLD, ça prend du temps. Pour moi il fallait attendre deux mois. Elle avait de la difficulté pour marcher à ce moment-là. C'est moi qui lui donnais le bain et mettais la couche. Pfft... Cela était vraiment dur pour moi. De plus pour la prévention contre l'escarre, il me fallait tout le temps changer sa position. Qu'est-ce que j'avais mal au dos... » ^{Mme Kwak} (belle-fille)

D'autre part, il faut noter les difficultés du renouvellement. Les bénéficiaires reçoivent un courrier de la caisse de l'assurance maladie, 90 jours avant la date d'expiration. Ceux qui souhaitent continuer à bénéficier de services de l'ASLD, doivent demander le renouvellement entre 90 et 30 jours avant la date d'expiration¹¹²⁵. Que l'état de santé des bénéficiaires se maintiennent ou se dégrade au fil du temps, dans la majorité des cas, le renouvellement devait se faire chaque année. Suite au mécontentement des usagers, l'État coréen a prolongé la durée de validation à partir de juillet 2013. Conformément à l'article 8 du décret relatif à l'application de

¹¹²⁵ National Health Insurance Service. 2018. *op.cit.*

la loi de l'ASLD, la durée de validation de la reconnaissance de l'ASLD correspond à un an au moins. Mais si, lors du renouvellement, la catégorie est même qu'auparavant, la commission de l'évaluation permet une prolongation de 3 ans à la catégorie 1, et de 2 ans à toutes les autres catégories. En fonction de l'état de santé, elle peut être réduite ou prolongée de 6 mois, mais, dans ce cas-là, la durée de validation ne doit pas être inférieure à un an¹¹²⁶. Malgré ce changement qui allège la procédure, le renouvellement est toujours signalé comme un problème.

« Le temps passe très vite. J'ai l'impression que j'ai fait le renouvellement il n'y a pas longtemps. Je sais qu'il le faut, mais psychologiquement ça me crée une tension en quelque sorte. De plus l'état de santé de ma mère ne change pas beaucoup. »^{Mme Jong (fille)}

Selon l'étude de D. S. Kim *et al.* qui a étudié les données des bénéficiaires de l'ASLD entre 2009 et 2015, 60,2 % sur 157 576 personnes reconnues en 2010 sont décédés au cours des trois ans qui ont suivi (35,9 % des catégories 1 et 2 au cours d'un an). Concernant l'évolution de la catégorie attribuée, 73,5 % sur 1 243 858 bénéficiaires ont conservé les mêmes catégories entre 2009 et 2015, donc leurs fonctions corporelles n'ont pas changé par rapport à leur première reconnaissance. Dans la même période, 11,4 % ont connu une dégradation de leur santé, donc sont réévalués dans les catégories plus lourdes qu'avant, tandis que 15,1 % ont obtenu des catégories plus légères qu'avant. En 2013, 1 845 inspecteurs de l'ASLD ont participé au travail de reconnaissance, dont la tâche de renouvellement occupe 44,2 %¹¹²⁷. D. S. Kim *et al.* soulignent qu'il est nécessaire de renforcer la première évaluation et de supprimer le système de renouvellement, sauf en cas d'évolution de l'état de santé, afin à la fois d'alléger le fardeau administratif pour les usagers, ainsi que pour leurs familles, et d'économiser la dépense publique.

3.3. Quelques enjeux autour de l'absence de « *care manager* »

Contrairement à certains pays comme la France, en Corée, il n'existe pas de métier de « *care manager* » qui joue le rôle de coordinateur, et met en lien l'utilisateur et les professionnels de services ou gestionnaires de cas. La fonction du « *care manager* » consiste à ajuster les services de soin ; le but fondamental est d'offrir un soin durable et intégral, l'amélioration du bien-être de l'utilisateur, l'exploitation efficace des ressources. Les tâches principales sont la recherche des cas et leur examen, l'évaluation, l'établissement du planning des soins, le suivi et l'évaluation, puis la clôture des cas. Les caractéristiques principales sont l'intervention synthétisée, la gamme étendue des services, l'intervention à long terme, l'intervention en pratique, le lien avec les

¹¹²⁶ D. S. Kim *et al.* 2016. *op.cit.* p.50.

¹¹²⁷ Ibid. p.55-58.

institutions¹¹²⁸. Par exemple en France, la gestion des cas permet aux personnes âgées dépendantes, qui sont en situation complexe, de bénéficier d'une coordination intense. Le gestionnaire de cas visite à domicile la personne âgée dépendante, pour évaluer ses besoins à travers un échange ouvert, et pour organiser l'intervention des services pertinents. Cet accompagnement n'est pas temporaire ni formalisé, mais continu, en proximité. L. Hugues montre que la relation établie entre deux protagonistes, après plusieurs visites, est un facteur primordial qui aide à saisir de façon pertinente les besoins des personnes âgées¹¹²⁹. En Corée, avant la mise en place de l'ASLD, le système de « *care management* » a été instauré lors de la première expérimentation de l'ASLD en 2005, en envisageant la possibilité de tenir compte des besoins des demandeurs et donc de l'utilité pratique du plan¹¹³⁰. Une trentaine de *care managers* ont été embauchés en CDD par l'Assurance maladie, et leur tâche était d'établir la planification des soins. Pourtant à partir de la deuxième expérimentation, ils ont été mobilisés dans plusieurs tâches, et ne pouvaient plus se concentrer sur leur rôle originel. Dans la loi de l'ASLD, l'article relatif au *care manager* n'a finalement pas été créé. Selon K.-H. Lee, les décideurs politiques n'ont pas pris conscience de l'importance de ce rôle de *care manager*¹¹³¹.

Plusieurs études soulignent que l'absence du *care management* engendre quelques conséquences auprès des bénéficiaires, ainsi que de leurs aidants familiaux. Il s'agit d'abord de l'exploitation insuffisante du plan standard. Lors de l'annonce de la décision de reconnaissance de l'ASLD, les personnes admises comme bénéficiaires reçoivent un plan standard de l'ASLD. Celui-ci indique la catégorie, le montant du plafond qui couvre les services utilisés, le taux du reste à charge, une liste des soins nécessaires (la fonction corporelle, la fonction de la vie sociale, la communication...). Il fixe les objectifs de soins à court terme (la propreté, la prévention contre l'infection, l'attention personnalisée...) et à moyen-long terme (le maintien de la fonction communicative, la prévention contre la dégradation de la maladie...). Il établit une liste d'attentions (la nécessité du changement régulier de position contre l'escarre, la nécessité des soins de la peau abîmée par le port de couches tous les jours, la nécessité des soins contre l'affaiblissement musculaire...), les services que les personnes souhaitent recevoir (le service d'aide à domicile, le service de toilette...), la proposition des services, et le coût estimé (20

¹¹²⁸ C.-W. Kim. 2013. « A Study on a Model of Prospective Care Management System Aligning with Current National Long-term Care Insurance (NLTCI) Policy for Elders », *Health and Social Welfare Review*, vol.33, no.2, p.223.

¹¹²⁹ L. Hugues. 2014. « L'accompagnement global par le gestionnaire de cas pour un changement dans la situation de la personne âgée », *Vie sociale*, no.6, p.145-165.

¹¹³⁰ C.-W. Kim. 2013. *op.cit.*, p.228-229.

¹¹³¹ K.-H. Lee. 2012. « A Study on Necessity and Plans for Training of Care Manager in Long-term Care Insurance », *Hanyang University Journal of Aging Society*, vol.3, no.1, p.2-3.

interventions d'aide à domicile par mois et 240 minutes par intervention). Lorsqu'un contrat est passé, ce plan doit être déposé à l'institution de l'ASLD où les bénéficiaires (ou leurs familles) choisissent des services. Pourtant, plusieurs études critiquent le fait que ce plan n'est pas utile en pratique. L'étude de D. Sunwoo *et al.* montre que les usagers (ou leurs familles) évaluent que le professionnalisme du plan standard (3,55 points sur 5) et du niveau d'exploitation (3,56) sont très bas¹¹³². Les bénéficiaires et leurs familles ne participent pas à l'établissement du plan, et leurs besoins ne sont pas pris en compte¹¹³³. Que les personnes suivent les services proposés ou choisissent d'autres services, ce sont les bénéficiaires eux-mêmes ou leurs aidants familiaux qui doivent s'occuper, dès la réception du plan standard, de tous les processus pour faire intervenir les professionnels de service. Ils doivent se renseigner, trouver et choisir une institution de l'ASLD qui offre une bonne qualité de services, après avoir comparé plusieurs institutions.

« J'ai téléphoné à plusieurs associations pour me renseigner. En passant dans la rue, j'avais vu cette association. Mes voisins me disaient que la directrice était une personne correcte et que les services ne sont pas mauvais. Je l'ai visité pour me renseigner et la directrice m'a bien renseignée sur les services. J'avais une bonne impression, du coup j'ai choisi cette association. »^{Mme Moun (fille)}

« À l'église que je fréquente, il y a une croyante qui dirige une association d'aide à domicile. Ce n'était pas difficile de trouver une bonne association. »^{Mme Kwak (belle-fille)}

Si aucun proche de la personne âgée ne peut l'aider et l'accompagner, celle-ci risque d'être marginalisée et de ne pas bénéficier des services qui répondent à son souhait¹¹³⁴. Même si toutes les institutions de l'ASLD sont évaluées tous les deux ans, et que les résultats sont accessibles au public sur le site de l'ASLD, il est difficile d'avoir accès à cette information, à moins que les personnes n'utilisent un ordinateur¹¹³⁵. De plus, le montant estimé pour les services proposés dans le plan ne correspond pas toujours au coût réel, si bien que les usagers doivent recalculer et donc réorganiser les soins. Pour I.-K. Choi, on a besoin du *care manager*; non seulement pour commencer à bénéficier des services pertinents, mais aussi pour continuer à bénéficier des services de qualité de façon stable¹¹³⁶.

Le rôle du *care manager* ne concerne pas seulement la population reconnue de l'ASLD, mais

¹¹³² D. Sunwoo *et al.* 2012. *Evaluation and policy issues in Long-term care service delivery system for the elderly : centered on home care services*, report 2012-47-16, Korea Institute for Health and Social Affairs, p.101.

¹¹³³ D. Sunwoo *et al.* 2016. *Performance Evaluation and Improvement on Long-Term Care Insurance*, Report, Korea Institute for Health and Social Affairs, p.393.; C.-W. Kim. 2013. *op.cit.* p.230.

¹¹³⁴ C.-W. Kim. 2013. *op.cit.*, p.230.

¹¹³⁵ M. Lee, J.-S. Choi, S. Lee. 2014. « Improving the Quality Management System of Long-term Care in Korea: Applying the Stakeholder Perspective », *Social Welfare Policy*, vol.41, no.4, p.61.

¹¹³⁶ I.-K. Choi. 2016. « A Study on the Linkage Model of Community Elderly Protection System : Focusing on Long-Term Care Insurance for the Elderly », *Journal of the Korea Convergence Society*, vol.7, no.6, p.259-266.

aussi celle qui est exclue de la reconnaissance. L'état de santé de certaines personnes exclues n'est pas considérablement différent de la population reconnue, du fait du manque de quelques points¹¹³⁷. Les demandeurs non reconnus peuvent bénéficier du « service d'aide aux personnes âgées à domicile » qui est géré par les collectivités locales (Annexe 5). Pour empêcher leur inclusion future dans l'ASLD, il est nécessaire de maintenir leur état de santé à travers des programmes préventifs¹¹³⁸. En fait, après l'évaluation, l'Assurance maladie transmet au bureau communautaire la liste des personnes exclues. Et ce dernier doit retransmettre les données, afin que ces personnes bénéficient des services communautaires. Pour la gestion en continu et la mise en lien avec les programmes préventifs, l'échange des informations entre ces deux organismes est indispensable, mais cela est peu respecté, suite au manque de personnel par rapport à la quantité des tâches du bureau communautaire. De ce fait, faute de coordination, la gestion de services à l'égard de ces deux populations est divisée¹¹³⁹.

Si les care managers peuvent aider les personnes et les accompagner pour leur garantir le bénéfice des services appropriés, ils peuvent aussi jouer le rôle de contrôler et gérer l'usage des services, dans le cadre du montant du plafond. Les bénéficiaires peuvent utiliser les services dans la limite du montant du plafond qui est fixé dans chaque catégorie, mais ils doivent payer le dépassement de coût du plafond, après le calcul en fin du mois. Pour lutter contre une dépense inattendue, la gestion en continu est importante¹¹⁴⁰. Mais il faut également noter l'importance des contrôles d'usage frauduleux. Par ses propres expériences sur le terrain japonais des services aux personnes âgées, M. le Professeur Cho Moon-Ki nous a donné l'exemple du reste à charge, qui pourrait éventuellement être supprimé, pour souligner la nécessité du *care manager*, afin de maintenir durablement les finances de l'ASLD.

Professeur Cho : « Le fait que le temps d'intervention augmente et le reste à charge baisse, c'est ce que le gouvernement de Moon Jae-In a l'intention de faire. Autrement, il y a un dispositif de plafond du reste à charge. Normalement on paye 15 % pour les prestations à domicile et 20 % pour les prestations en établissement. Mais des personnes à faibles ressources ont des difficultés pour payer même ce montant. Alors, si elles ont un montant plafond qu'elles peuvent payer, et si elles utilisent les services en dépassant ce plafond, la différence du coût sera à la charge de l'État. Pour les traitements médicaux contre le cancer, ce dispositif est mis en pratique. Mais là, il n'y a pas beaucoup de problèmes, car c'est rare de dépasser. Par contre, l'ASLD est une autre histoire. En fait, l'État en a peur, même si Moon Jae-In a fait des promesses pour les élections présidentielles. Imaginez que la population de

¹¹³⁷ S.-O. Lim. 2010. *op.cit.* p.253.

¹¹³⁸ *Ibid.* p.260-261.

¹¹³⁹ C.-W. Kim. 2013. *op.cit.*, p.231-232.

¹¹⁴⁰ S.-Y. Kim. 2009. *Study for services long-term care insurance from user's point of view*, Dissertation for M.A. in Social welfare, Korea University, p.30.

65 ans et plus occupe 30% de la population totale, et que cette population recour au système en dépassant le plafond. Qu'est-ce qui se passera alors ? Beaucoup de monde abusera des services. Les associations de l'ASLD assureront autant de services que possible pour gagner de l'argent. Pour la part des familles, c'est bien, parce qu'elles ne payeront plus au-dessus du plafond, et que c'est le budget public. C'est la raison pour laquelle l'ASLD nécessite un organisme de coordination. Le coordinateur interviendra pour contrôler l'usage des services hors du plafond. Si le coordinateur appartient à une des associations, il va favoriser son association. Les managers de soins au Japon agissent impartialement parce qu'ils font partie du service public. »

Yoonji : « L'État envisage-t-il de créer un organisme de coordination des service de l'ASLD ? »

Cho : « La semaine dernière, avec quelques cadres du Ministère des affaires sociales et de la santé, on a délibéré sur ce sujet, en disant qu'on va désormais esquisser ce dispositif. Mais jusqu'à ce qu'il se réalise, ça va prendre du temps... puisque n'existe même pas la loi sur laquelle s'appuiera le dispositif. On envisage de créer une spécialité « médiation de soins de longue durée » dans des Universités pour former le manager de soins. Ça va aider les universités pour attirer et recruter les étudiants. En ce moment, dans la spécialité « protection sociale », il y a seulement quelques cours sur les personnes âgées. Ce n'est pas suffisant, et c'est un métier différent de l'assistant social. »

Comme le montrent ses propos, la création de l'organisme de coordination semble nécessaire non seulement pour l'État mais aussi pour les usagers ou leurs aidants familiaux, qui pourraient utiliser des services plus efficaces. Nous avons déjà évoqué qu'après l'annonce de la décision de la catégorie de l'ASLD, ce sont les aidants familiaux qui doivent seuls organiser le soin, en choisissant tel ou tel service, dans telle ou telle institution d'aide à domicile, qui offre la bonne qualité des services. Les managers de soins pourront mieux qu'avant faciliter les aidants familiaux à recourir efficacement aux services de l'ASLD. Care manager, un nouveau métier de l'ASLD s'épanouira-t-il dans l'avenir de la Corée du Sud ?

3.4. Reste à charge qui pèse lourd

Pour le coût de l'utilisation des services de l'ASLD, les bénéficiaires peuvent recourir aux prestations à domicile et en établissement, jusqu'au montant plafond défini. Mais ils doivent payer un reste à charge pour chaque utilisation de service, 15 % pour les prestations à domicile et 20 % pour les prestations en établissement. En cas de dépassement du montant fixé, toutes les charges reviennent aux usagers. L'ASLD ne regarde pas le niveau de ressources financières, mais les bénéficiaires de l'aide sociale peuvent être exemptés de reste à charge, s'ils sont bénéficiaires du Minimum vital, ou bénéficier de 60 % de réduction (changement depuis 2018, 50 % de réduction jusqu'à ce moment-là) s'ils bénéficient de l'aide médicale (dont les

bénéficiaires ont des revenus inférieurs à 50 % de revenu moyen des assurés). De plus, l'État a également permis aux ménages à revenus moyens de bénéficier de la réduction. Lorsque le niveau du montant de la cotisation est inférieur à la moitié de la moyenne de tous les assurés, la réduction est de 40 % pour les cotisants entre 25 et 50 %, et de 60 % pour les cotisants de moins de 25 %. Dans ce cas, le taux de reste à charge s'élève respectivement à 9 % et 6 % pour les prestations à domicile, et à 12 % et 8 % pour les prestations en établissement (Annexe 4. T-27).

L'ASLD porte sur les prestations en nature, et notamment à domicile, ce qui est le principe prioritaire de ce système. C'est la raison pour laquelle le taux du reste à charge est plus bas pour les prestations à domicile qu'en établissement. Cela ne signifie pas pour autant que le reste à charge est insignifiant pour tous les usagers des services. Même si l'ASLD a réduit le coût d'utilisation des services de soins, le reste à charge peut empêcher certains bénéficiaires ou leurs aidants familiaux d'utiliser ces services¹¹⁴¹. L'ASLD a été mise en œuvre en ayant pour objectif d'alléger la charge économique, physique et psychique, mais pour certains, le coût est un fardeau qui les empêche d'utiliser les services. Notamment, plus le niveau des ressources est faible, plus cette tendance se manifeste. I.-D. Choi montre que les ménages ayant les ressources aux niveaux 2 et 3 (classe moyenne inférieure) dépensent moins de reste à charge que les ménages des niveaux 4 et 5 (classe moyenne supérieure). L'auteur suppose que c'est parce que les premiers groupes n'osent pas recourir aux services autant qu'ils en auraient besoin¹¹⁴².

En 2016, le nombre des personnes admises comme bénéficiaires de l'ASLD était de 520 000, dont 440 000 utilisateurs de services enregistrés. On ne sait pas exactement la raison pour laquelle 80 000 personnes admises n'ont pas eu recours à l'ASLD¹¹⁴³. Mais selon plusieurs études, bien que les services de soins leur soient nécessaires, certaines personnes admises comme bénéficiaires de l'ASLD ou leurs aidants familiaux n'utilisent aucun service à cause de la difficulté pour payer le reste à charge. L'étude de D. Sunwoo montre que la satisfaction des usagers ou de leurs familles à l'égard de l'utilisation des services est moins élevée dans le domaine de la charge financière (3,82 points sur 5)¹¹⁴⁴.

« La charge du bénéficiaire, ça coûte cher... Dans mon entourage, il y a des gens qui ne sont pas capables de payer ça... C'est pour ça qu'on ne demande pas souvent, même en sachant

¹¹⁴¹ C. S. Son. 2013. *op.cit.* ; Y.-K. Lee. 2011. « Review of long-term care institution evaluation system and policy tasks », *Issue & Focus*, no.92, p.1-8.; E.-J. Han *et al.* 2012. « Factors Related to Family Caregiver Financial Burden of Out-Of Pocket Expenses for the Nursing home service under Long-term Care Insurance System », *Korean J. Of Health Policy & Administration*, vol.22, no.3, p.383-402.

¹¹⁴² I.-D. Choi. 2014a. « A Study on the co-payment and the effect of long-term care insurance utilization by income level and region type », *Journal of community welfare*, no.48, p.147.

¹¹⁴³ Statistique annuelle de l'Assurance de soins de longue durée 2017

¹¹⁴⁴ D. Sunwoo, S.-D. Jung, C. M. Yang. 2012. *op.cit.* p.97.

que ces services peuvent aider. [...] Quand on emprunte des appareils, il faut payer, sinon il faut tout acheter... Le fait qu'on nous prête des appareils gratuitement, ça aiderait beaucoup les pauvres...»¹¹⁴⁵ Mme Seong (belle-fille)

Dans la même étude, l'évaluation des usagers (ou de leurs familles) à l'égard de l'utilisation des services de l'ASLD est plus positive dans les ménages ayant les revenus supérieurs et les revenus inférieurs¹¹⁴⁵. Si nous avons évoqué l'exemption du reste à charge pour les bénéficiaires du Minimum vital, il semble que ceux-ci n'ont pas de difficulté à recourir aux services qu'ils veulent, contrairement à ceux qui doivent payer une partie du coût.

« Ma mère est bénéficiaire du Minimum vital. Je n'ai pas trop de difficulté financière. Je ne paye pas de reste à charge. C'est déjà bien. »¹¹⁴⁶ Mme Moun (fille)

À partir de 2018, la réduction s'applique même pour les personnes ayant les revenus de 51 % à 100 % du revenu moyen. De ce fait, les revenus inférieurs à 50 % du revenu moyen bénéficieront de 60 % de réduction du reste à charge, et les revenus de 51 à 100 % du revenu moyen, 40 % de réduction¹¹⁴⁶. Pourtant, même si le reste à charge sera réduit, il n'en reste pas moins que les bénéficiaires devront payer leurs charges. Certaines études montrent que les ménages ayant des revenus modestes, mais non bénéficiaire du minimum vital, ont tendance à moins recourir aux services, malgré leur possibilité de bénéficier de la réduction du coût¹¹⁴⁷. En cas d'entrée en établissement, le coût en charge du bénéficiaire n'est guère léger, malgré le reste à charge.

« Je me suis renseignée sur le coût pour l'entrée en établissement, mais le reste à charge coûte de 500 000 à 600 000 wons (=de 370 à 440 euros). Cela signifie que ça coûte au total 2 500 000 wons (=1 851 euros). Est-ce que l'État ne fixe pas le prix exorbitant du marché, ce qui entraîne parallèlement le montant élevé du reste à charge ? »¹¹⁴⁸

« Entrer en établissement, avec le montant plafond autorisé selon la catégorie, est très différent. Pour la famille de la personne âgée atteinte de démence, il est vraiment difficile d'assumer les soins, elle décide donc de l'envoyer en établissement. Mais le reste à charge est assez cher, et c'est ce qui l'empêche le plus souvent de l'y placer. »¹¹⁴⁹ Mme Han Jeong-Ran, Professeure de protection sociale

Certaines études proposent de supprimer le reste à charge ou de payer un montant différent selon le niveau de ressource¹¹⁴⁹. Le Professeur Cho Moon-Ki indique l'effet d'une baisse et d'une

¹¹⁴⁵ *Ibid.* p.120.

¹¹⁴⁶ Soins de longue durée : <http://www.longtermcare.or.kr/>

¹¹⁴⁷ S.-O. Lim. 2010. *op.cit.* p.260.

¹¹⁴⁸ H.-J. Lee. 2010. *op.cit.* p.64.

¹¹⁴⁹ I.-D. Choi. 2014a. *op.cit.* p.161.; M.-S. Ahn and J.-H. Park. 2019. « A Study on the Problems and Improvement of Long-Term Care Insurance for the Elderly », *Journal of the Korea Contents Association*, vol.19, no.8, p.531.

augmentation du reste à charge.

« Si le taux de reste à charge augmente, les usagers harceleront les aides-soignantes. Plus le reste à charge augmente, plus on exige d'elles en leur disant « vous gagnez mon argent ». C'est un effet de consommateur. Auparavant, les services étaient gratuits, et maintenant ce n'est pas cher, ce qui fait que les usagers ou les aidants familiaux n'exigent pas beaucoup. C'est l'État qui couvre et donne, c'est tout. On exigera beaucoup en EHSLD, en cas de charge individuelle élevée. »

B. Prestations de l'ASLD

Les types de prestations de soins de longue durée (article 23 de la loi de l'ASLD) sont catégorisés en prestations à domicile, prestations en établissement et prestation particulière en espèces. Les prestations à domicile consistent en l'aide à domicile, le service de bain à domicile, le soin infirmier à domicile, le service d'accueil de jour et de nuit, et le service de court séjour. Les prestations en établissement comprennent l'établissement d'hébergement de soins de longue durée (EHSLD) et le foyer collectif des personnes âgées (FC). Les prestations particulières monétaires remplacent les prestations à domicile et les prestations en établissement (Annexe 4. T-28). Les bénéficiaires peuvent utiliser les services autorisés jusqu'au plafond du montant mensuel attribué selon la catégorie (Annexe 4. T-29). Concernant le nombre d'utilisations des services selon le type de services et la catégorie des bénéficiaires, le service d'aide à domicile (54,7 %) est le plus utilisé dans les prestations à domicile, notamment dans les catégories 3 et 4, tandis que le nombre de recours au soin infirmier et l'établissement de court séjour (ECS) est assez faible (1,9 %, 0,9 % respectivement). Plus de la moitié des bénéficiaires des catégories 1 et 2 choisissent les prestations en établissement, mais des bénéficiaires des autres catégories les utilisent aussi (38,1 % sur la cat. 3 ; 22,6 % sur la cat.4, ; 74,5 % sur la cat.5) (Annexe 4. T-30). Et le centre d'accueil de jour et de nuit (CAJN) est aussi l'une des prestations à domicile les plus utilisées. En ce qui concerne la situation des institutions de l'ASLD, le nombre des institutions d'aide à domicile est le plus élevé (11 662 institutions, soit 57,2 %), tandis que celui des soins infirmiers est le plus faible (3,1 %). L'État a fait en sorte que le marché soit chargé de la fourniture des services : la majorité des institutions de l'ASLD sont privées : les institutions publiques occupe seulement 1 % du total (Annexe 4. T-31).

1. Prestations à domicile

1.1. Service d'aide à domicile

Si l'ASLD permet aux bénéficiaires de recevoir les soins professionnels à domicile ou en

établissement, c'est l'aide-soignante (AS) qui intervient. Conformément à l'article 2 de la loi de l'ASLD, « l'agent de l'ASLD est celui qui appartient à l'institution de l'ASLD et qui effectue les tâches d'aide aux activités physiques et ménagères des personnes âgées ». Et conformément à l'article 39-2 de la LPPA, « l'installation ou le directeur de l'institution de la protection sociale des personnes âgées doit embaucher les aides-soignantes qui assurent spécialement l'aide physique ou l'aide ménagère conformément à l'ordre du ministère des affaires sociales et de la santé ». L'AS est donc définie comme l'agent professionnel de l'ASLD, appartenant à l'institution de l'ASLD et qui effectue les tâches d'aides physiques et ménagères de la vie quotidienne des personnes âgées¹¹⁵⁰. Elle intervient au domicile des bénéficiaires de l'ASLD et s'occupe des soins corporels, de l'accompagnement, de l'aide au ménage telle que la préparation des repas, le ménage, la lessive, etc (Annexe 4. T-32). L'étude de S. Lim, qui a mené l'enquête auprès de 289 AS, montre la fréquence des tâches principales que les AS effectuent. La plupart des aides fréquentes concernent les soins corporels (l'aide au repas, l'aide à la propreté corporelle, le (dés)habillage, l'aide aux besoins, l'aide au déplacement, mais la conversation occupe également une place importante¹¹⁵¹. Dans les aides à domicile, deux facteurs principaux apportent aux aidantes principales des inconvénients pour la prise en soin de leurs proches âgés : l'insuffisance du nombre d'heure d'intervention d'aide à domicile ; la remise en question de la qualité de service des AS.

1.1.1. Insuffisance du nombre d'heures d'intervention de l'aide à domicile

Les bénéficiaires peuvent faire intervenir l'aide à domicile dans la limite du montant du plafond mensuel. En ce qui concerne le nombre d'heures d'intervention, avant mars 2017, l'ASLD avait autorisé quatre heures maximum par jour pour les catégories 1 à 4. Mais depuis mars 2017, le temps a été réduit à trois heures maximum par jour, pour les catégories 3 et 4, avec une possibilité d'intervention jusqu'à trois fois par jour, en respectant un intervalle de deux heures. Par exemple, une AS vient à 9 h du matin, repart à midi, mais elle peut intervenir de nouveau à 14 h (deux heures d'intervalle depuis midi). Pour tous les niveaux, une intervention jusqu'à huit heures par jour en continu, quatre jours par mois, est possible. L'État explique que ce nouveau dispositif apportera une aide beaucoup plus flexible, mais il est rare que les aidants familiaux fassent intervenir de nouveau les AS après un intervalle de deux heures. Si l'on se rend compte que le nombre des bénéficiaires des catégories 3 et 4 est majoritaire, et s'ils n'osent pas recourir

¹¹⁵⁰ Y.-H. Seoh, M.-W. Kim. 2010. « A Study on the Improvement of Visiting Care with the Introduction of the Elderly Long term Care Insurance System », *Korean Journal of 21 Century Social Welfare*, vol.7, no.2, p.220.

¹¹⁵¹ S. Lim. 2018. « Care Worker Professional in the Field of Long-term Care Facilities », *The Journal of Long Term Care*, vol.6, no.1, p.65.

à l'aide à domicile plus de deux fois avec intervalle, ce sont systématiquement leurs familles à qui la prise en charge est confiée.

Par contre, pour les catégories 1 et 2, le temps autorisé reste toujours de quatre heures maximum par jour. Cela ne veut pas dire que le nombre d'heures d'intervention est suffisant, pour les personnes dont l'état de santé correspond à la catégorie 1 ou 2 et qui ne parviennent pas à accomplir seules les actes de la vie quotidienne sans l'aide d'une tierce personne. Il est intéressant de noter que la possibilité d'une visite de trois heures, trois fois maximum par jour, avec deux heures d'intervalle, comme pour les catégories 3 et 4, ne s'applique pas aux catégories 1 et 2, alors que ces dernières en ont davantage besoin que les catégories 3 et 4. Ce n'est autre qu'une astuce de l'État pour réduire le nombre d'heures d'intervention à ces niveaux, en permettant la flexibilité. Ainsi, aux catégories 1 et 2, si l'aide à domicile intervient le matin ou l'après-midi dans la plupart des cas, les personnes âgées sont obligées de recourir aux ressources privées pour une demi-journée de plus¹¹⁵². Bien que le reste à charge des prestations à domicile soit moins élevé que celui des prestations en établissement, en cas d'embauche particulière d'une aide-soignante ou non-certifiée pour les heures où l'aide à domicile n'intervient pas, les dépenses pour les soins sont finalement plus élevées.

« Au début, c'était quatre heures, mais maintenant c'est trois heures maximum par jour. Parce que ce n'est pas suffisant, quand son état n'est pas bon, nous avons embauché une dame pour l'aider. Même si ça coûte cher, on n'avait pas le choix. » ^{Mme Jeon (belle-fille)}

D'autre part, même si les personnes ont la même catégorie, le montant plafond attribué est supérieur pour les prestations en établissement à celui des prestations à domicile¹¹⁵³. Toutefois, il faut noter que si les personnes handicapées de moins de 65 ans ne sont pas encadrées par l'ASLD mais par les services spécialisés pour les personnes handicapées, leur droit bascule dans l'ASLD dès l'âge de 65 ans. Or, cela pose actuellement un grand problème, car le nombre d'heures d'intervention diminue radicalement, de 13 heures au maximum à 4 heures par jour¹¹⁵⁴. Sans aide alternative, la responsabilité des soins est entièrement attribuée à leurs familles.

Par ailleurs, les personnes ayant la catégorie 5 peuvent bénéficier de programmes d'activité cognitive. Une AS, qui a suivi une formation sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, intervient au domicile de la personne et lui fait bénéficier de programmes pour

¹¹⁵² Y. K. Lee. 2010a. « Evaluation of the Elderly Long-term Care insurance : User's perspective », *Health and welfare policy forum*, The Korea Institute for Health and Social Affairs, october, p.25-33. p.27-28.

¹¹⁵³ Y. K. Lee et al. 2017. *Suggestion of Long-term care system reform in View of Aging in place (AIP)*, Policy Report, *Institute for Health and Social Affairs*, p.159.

¹¹⁵⁴ M.-S. Ahn, J.-H. Park. 2019. *op.cit.* p.532.

améliorer sa mémoire et rappeler ses souvenirs. Cela permet de ralentir la baisse de mémoire et de maintenir la capacité cognitive restante. Le service est disponible trois fois par semaine, ou douze fois par mois, et pendant deux heures par séance. Par contre, la catégorie 5 ne permet pas de bénéficier du service d'aide à domicile, comme la préparation des repas et l'aide au ménage. Mais en cas d'utilisation des services d'accueil de jour et de nuit durant plus de huit heures, la personne peut avoir recours à l'aide à domicile juste avant et/ou après le service d'accueil pour le (dés)habillage ou la toilette, jusqu'à deux fois, mais moins de 90 minutes maximum par jour.

1.1.2. Remise en question de la qualité de service des aides-soignantes

L'État a adopté le système de « fournisseur du secteur privé-soutien d'État » pour l'ASLD en envisageant de faire assurer, par le secteur privé, les services professionnels dont le secteur public ne dispose pas, d'empêcher une rigidité du système bureaucratique et de se donner une marge d'amélioration de la qualité de service à travers la concurrence. Pourtant, selon H.-S. Lee et S.-H. Yoo, il est difficile de mesurer la qualité de service, surtout le service de soin, et donc d'atteindre une bonne qualité par la concurrence et le choix de l'utilisateur¹¹⁵⁵. L'aide à domicile est le principal service de l'ASLD, alors que plusieurs études soulignent le problème de la qualité de services prodiguée par les aides-soignantes. On peut envisager globalement deux aspects à cet égard : l'âge et le professionnalisme.

a. Sans limite d'âge

Tout d'abord, le fait que le métier d'aide à domicile ne fixe pas de condition d'âge peut engendrer une mauvaise qualité de service. Depuis les années 2000, l'État coréen s'est focalisé sur l'emploi des services sociaux, en envisageant à la fois la réalisation de l'État-providence à travers l'extension des services sociaux, et la création d'emplois pour résoudre le problème de la « croissance sans emploi » de la société post-industrielle. Cela signifie que, dans la société coréenne où le niveau de l'État-providence n'est pas assez élevé, le processus du développement de la politique socio-familiale ne porte pas forcément sur l'extension des droits citoyens, et le devoir de l'État à l'égard de leur bien-être. Cela renvoie plutôt à la manière de répondre à la nécessité socio-économique (pour augmenter le taux d'emploi et combler le déficit de *care*) en créant les métiers de services sociaux consacrés aux soins¹¹⁵⁶. L'AS en fait partie, comme étant le métier encadré institutionnellement par l'ASLD. Cette stratégie est critiquée sans cesse, du fait qu'elle porte sur la quantité des emplois et non sur la qualité, et que ce sont les femmes qui

¹¹⁵⁵ H.-S. Lee, S.-H. Yoo. 2013. *op.cit.* p.153.

¹¹⁵⁶ M. A. Kuk, H. S. Ko. 2018. *A Study to enhance working environment for social service worker in Seoul: mainly around in-home long-term care worker*, Policy Report, Seoul Foundation of Women & Family. p.59.

assument cette sorte de travail¹¹⁵⁷. L'État a visé la mobilisation de la force de travail des femmes qui restaient dans la sphère familiale ou qui ont des ruptures de carrière : la quasi-totalité des employé(e)s des aides à domicile sont des femmes, et surtout celles d'âge moyen¹¹⁵⁸. En effet, les femmes de cette tranche d'âge, lors du retour sur le marché du travail, après avoir élevé leurs enfants devenus adultes, ont de la difficulté pour trouver leurs places, d'autant plus quand elles n'ont pas de compétences acquises par les études supérieures¹¹⁵⁹. Dans l'étude de E. Oh et E. Roh, 54 % des femmes interrogées sont devenues AS en n'ayant autrefois aucune carrière professionnelle. Et les autres ont travaillé dans les services sociaux, qui ne sont pas socialement qualifiés (vendeuse, femme de ménage, gardienne, restauration). De plus, presque la moitié des femmes occupaient un travail temporaire ou un travail au jour le jour. Le métier d'AS permet aux femmes d'âge moyen de se maintenir dans un statut stable sur le marché du travail et dans le cadre institutionnel¹¹⁶⁰. En 2017, la proportion des femmes AS correspond à 94,9 %, soit 333 449, et les hommes sont enregistrés seulement pour 5,1 %, soit 17 390. Plus de 80 % des AS qui sont sur le marché du travail sont dans la tranche d'âge entre 50-59 ans (44,7%) et entre 60-69 ans (35,4 %). De même, 5 % des AS (19 505 AS sur 351 379) sont plus que septuagénaires (Annexe 4. T-33)¹¹⁶¹.

Si la capacité cognitive tend à se dégrader avec l'âge, cela peut poser un problème d'accompagnement administratif, ou d'enregistrement journalier du travail de l'AS, ce qui doit être fait à chaque intervention et déposé mensuellement à l'association d'aide à domicile¹¹⁶². Lors de notre entretien avec ^{Mme} Moun, dans l'association d'aide à domicile à laquelle elle a recours pour sa mère, la responsable d'association (^{Mme} Yeo) nous a raconté ce qui s'était passé il y a quelques jours pour ^{Mme} Huh, 70 ans, l'AS qui intervient chez ^{Mme} Moun. ^{Mme} Huh a téléphoné à ^{Mme} Yeo en lui disant qu'elle ne savait plus où elle était à ce moment-là. Elle avait mal à la tête, et tout à coup elle s'est perdue. Prise de peur, elle a appelé ^{Mme} Yeo pour demander de venir la chercher. Aussitôt ^{Mme} Yeo est allée à l'endroit qu'elle supposait d'après sa description, mais ^{Mme} Huh n'y était pas. Le lendemain, ^{Mme} Huh a téléphoné à ^{Mme} Yeo qu'elle s'était évanouie et qu'un passant l'a réveillée et aidée à trouver son adresse. En fait, son mari

¹¹⁵⁷ E. Oh, E. Roh. 2010. « Impact of Institutionalization of Care Services on the Woman's Workforce: Focused on the Comparison between Carehelpers for the Elderly and Caregivers for the Sick », *The Journal of Asian Women*, vol.49, no.2, p.186.

¹¹⁵⁸ I. L. Ryu. 2016. « The characteristics of Care Work by In-home Long-term Care Workers », *Journal of Korean women's studies*, vol.32, no.3, p.101-138.

¹¹⁵⁹ S. Pennec. 2002. *op.cit.* p.131.

¹¹⁶⁰ E. Oh, E. Roh. 2010. *op.cit.* p.198.

¹¹⁶¹ I. L. Ryu. 2017. *op.cit.*

¹¹⁶² K.-W. Um. 2011. « Study on Problems and Improvement of the training and certification system of the care worker », *Journal of Regional Studies and Development*, vol.10, no.2, p.98.

étant atteint de la maladie d'Alzheimer, c'est elle qui l'a pris en charge en travaillant comme AS, mais elle souffrait beaucoup des symptômes violents de son mari. En entendant son histoire, il n'était pas nécessaire qu'elle nous (y compris ^{Mme} Moun et ^{Mme} Yeo) dise explicitement que ces symptômes l'avaient atteinte.

La plupart des tâches demandent une force physique, en particulier lors des soins corporels ou de l'accompagnement, alors que les AS d'âge avancé ont davantage de difficultés pour les effectuer. De plus, certains bénéficiaires ou leurs familles n'osent pas demander l'aide spécifique à leurs AS, du fait de leur âge avancé, alors que ces dernières sont venues pour les aider. L'entretien avec ^{Mme} Souk s'est passé chez elle. Nous étions assises à la salle à manger, alors que sa mère, atteinte de la maladie d'Alzheimer, s'était endormie sur le canapé en regardant la télévision. ^{Mme} Souk dirige une association d'aide à domicile de petite taille. Une de ses employées AS, âgée de 68 ans, intervient chez elle l'après-midi. Le matin, elle intervient chez une autre personne âgée. Mais à cause de son âge avancé, après le travail du matin, elle vient chez elle, déjà fatiguée. Et elle effectue ses tâches avec négligence, de même elle demande à se reposer, pendant le volume d'heures de son intervention. Curieusement, lorsque ^{Mme} Souk était en train de parler de cette AS, sa mère nous a fait une réflexion négative à propos de son AS. L'extrait de cet entretien nous révèle clairement que l'absence de limite d'âge peut peser sur les aidants familiaux.

Souk : « Je ne lui demande pas de laver maman ou laver le linge. Elle n'aime même pas accompagner les repas. Elle vient gagner de l'argent, mais elle exige trop. Si elle vient travailler pour quatre heures, elle veut travailler seulement une ou deux heures. Le matin elle s'occupe d'une autre personne âgée. Elle est déjà fatiguée. Elle vient chez nous à pieds en faisant de l'exercice. Elle est venue. Elle a chaud. Pour faire un accompagnement du repas, elle me dit que ça prend beaucoup de temps. Il n'y a pas grand-chose à faire chez nous. Malgré tout, elle ne nettoie pas bien. Elle le fait avec négligence. Elle me dit qu'elle a fait un tour d'aspirateur, mais je sais tout, je ne suis pas stupide. Elle me dit que cela la fatigue. Elle a même mis l'aspirateur en panne. Il y a beaucoup de choses qui me déplaisent, mais j'essaie de penser positivement. Elle vient à 14 h 40. Ce n'est pas l'heure de manger. Elle n'est pas utile pour préparer le repas, ni faire la vaisselle, ni préparer le dîner, parce qu'elle quitte à 18 h. Je voulais qu'elle vienne plus tôt, donc je lui ai dit de chercher ailleurs, parce que l'heure ne me convient pas. Mais elle n'a pas pu trouver ailleurs, elle est toujours là. »

Mère de Souk : « Elle ne me regarde même pas, et elle ne regarde que la télé. Pourquoi tu lui donnes de l'argent ?! »

Souk : « [...] Franchement, comme je n'aime pas écouter les autres personnes qui me font des remarques, elle ne l'aimerait pas non plus. Donc je ne lui fais pas de remarques. La situation des personnes peut changer d'un seul coup. On ne sait jamais. Il y aurait une possibilité que

ce soit moi qui aille travailler chez une autre personne. Dans ce cas, à mon âge, serait-il bien que je travaille chez une autre ? Serait-il agréable que l'on me fasse des remarques ? C'est pour ça que j'essaie de ne rien dire. »

Pourtant, il semble que le métier d'aide-soignante n'attire pas seulement les femmes âgées, mais aussi les hommes âgés. Dans l'association d'aide à domicile, dirigée par ^{Mme} Oh Jin-Hee, un ancien directeur de collège a déposé son CV pour travailler comme AS. Tenant compte de son âge et de son expérience dans le monde enseignant, ^{Mme} Oh considère que sa capacité ne correspond pas au travail d'AS, mais au travail administratif.

« Un ex-directeur de collège est venu après sa retraite pour travailler comme aide-soignant. S'il le fait, il va être tout de suite remercié. J'ai l'impression que c'est plutôt lui qui devrait être soigné. Non non. Il était dans le monde enseignant. Alors, je lui ai proposé un autre poste administratif dans notre bureau. » ^{Mme} Oh Jin-Hee (chef d'une association d'aide à domicile)

Face au contexte de soins prodigués par une personne âgée à une autre personne âgée, ^{Mme} Oh, soulignant la réduction de la force physique et de la capacité de réflexion des personnes âgées, insiste sur la nécessité de l'intervention de l'État pour que les jeunes puissent venir travailler dans ce métier. Si l'État s'efforce d'améliorer les conditions de ce travail et de le valoriser, et si les jeunes sont amenés à travailler dans ce domaine, cela leur donnera une occasion de penser à la vieillesse et de communiquer avec la génération âgée. D'une certaine manière cela contribuera à une solidarité intergénérationnelle.

« Le soin entre personne âgée et personne âgée porte une limite. Les jeunes ne choisissent pas le métier d'aide-soignante, parce qu'ils ne pourront pas gagner beaucoup d'argent s'ils le font. Il faut vraiment prendre des mesures pour que les jeunes s'intéressent à ce travail. Il faut faire en sorte que les personnes de plus de 55 ans touchent la moitié, pour que les jeunes puissent toucher davantage. Les personnes âgées ont moins de réflexes, et n'ont pas autant de force que les jeunes. Il faut voir cette tâche comme un vrai travail et un vrai métier. Il faut des jeunes, ce qui permettra aux personnes âgées bénéficiaires de recevoir la force vitale. Je pense que c'est vraiment nécessaire. Le salaire est très bas... C'est l'État qui doit agir activement pour que la situation s'améliore. » ^{Mme} Oh Jin-Hee

Pourtant, ^{Mme} Hong Eun-jeong, chef d'un foyer collectif, n'a pas l'air d'apprécier l'embauche des jeunes, mais défend plutôt les AS âgées.

« Les jeunes ne demandent pas ce métier, mais, dans mon rôle de chef, je n'aime pas forcément embaucher des jeunes car ils n'ont pas de compréhension envers les personnes âgées. Les personnes cinquantenaires ou sexagénaires viennent souvent. Ces gens-là ont beaucoup d'empathie et connaissent bien le corps âgé. Par contre ils ne peuvent pas faire les tâches qui demandent une grande force physique. Je pense que plutôt que la hausse du salaire, il vaudrait mieux que l'État nous permette d'embaucher plus d'AS, pour que les tâches

lourdes puissent être partagées. [...] Ce métier n'a pas de condition d'âge ni de niveau d'éducation. Mais il n'y a aucune raison pour que ces gens-là ne puissent pas travailler, au contraire, ils font bien, avec bon cœur. On a besoin d'inscrire le travail du jour, mais certaines AS sont illettrées. Ils le font en s'entraînant. Tel est le niveau des AS dans la plupart des cas. Ce métier n'est pas mal pour eux, mais si l'État augmente le salaire, et donc si les jeunes se précipitent, il se peut que ces gens-là soient mis en dehors. »

b. Manque de professionnalisme

Le deuxième point négatif est le manque de professionnalisme. Le travail du soin ne comprend pas de tâches inédites ni nécessite particulièrement des compétences professionnelles et difficiles, mais il s'apparente aux tâches quotidiennes que les femmes ont assumées dans la sphère familiale et qu'elles ont donc pris l'habitude d'exécuter à travers l'expérience du rôle maternel¹¹⁶³. C'est la raison pour laquelle, bien que le métier d'aide à domicile s'inscrive dans le secteur sanitaire et social, il est souvent considéré comme un emploi domestique. G. Cresson et N. Gadrey cherchent la figure représentative de ce métier dans celle de la servante, de l'employée de maison ou de la nourrice¹¹⁶⁴ : c'est pourquoi, on le nomme souvent « métier de femmes »¹¹⁶⁵. Les services à domicile se caractérisent par « le mixage des partenariats », à l'articulation ambiguë entre travail salarié et bénévolat, et à l'hybridation des formes d'économie impliquées¹¹⁶⁶. En 2017, l'État a fait la promotion de l'ASLD sous le nom de l'« assurance du *hyo* », en déclarant que « l'État remplacera les enfants pratiquant le *hyo* ». Au travers du recueil des opinions, la Caisse d'assurance maladie a choisi « *hyo nanoumi* (partageur du *hyo*) » comme surnom de l'AS. Plutôt que porteuses d'un titre professionnel, les AS sont considérées comme les remplaçantes des enfants des personnes âgées en soulignant le soutien émotionnel, avec la garantie de l'État¹¹⁶⁷.

Plusieurs études soulignent que le métier d'AS, bien que ce soit un métier formel, n'a pas de caractéristiques systématiques dans le marché du travail, pour l'évaluation des tâches ou des aptitudes des employés¹¹⁶⁸. Lors de la création du métier en 2008, l'État a autorisé la délivrance du diplôme, même sans passer l'examen pour augmenter le nombre d'AS, donc il suffisait

¹¹⁶³ G. Cresson et N. Gadrey. 2004. « Entre famille et métier : le travail du care », *Nouvelles Questions Féministes*, vol.23, no.3, p.31.

¹¹⁶⁴ G. Cresson et N. Gadrey. 2004. *op.cit.* p.29.

¹¹⁶⁵ T. Angeloff. 2008. « Emplois de service : nouvelle domesticité ou gisement d'emplois ? », *Idées économiques et sociales*, no.153, p.20.

¹¹⁶⁶ M. Lallement. 1998. « Famille et emplois de service », in Maruani, M.(dir.), *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte et Syros, p.158.

¹¹⁶⁷ Journal quotidien électronique « Oh my news », le 07. 10. 2017 :

http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002365929

¹¹⁶⁸ E. Oh, E. Roh. 2010. *op.cit.* p.190.

d'assister au nombre d'heures de cours nécessaires¹¹⁶⁹. Environ 330 000 personnes ont obtenu le diplôme en 2008, première année de la mise en œuvre de l'ASLD, et plus de 600 000 en 2009. À cette époque, le nombre des bénéficiaires de l'ASLD était deux fois moindre que celui des AS, 214 480 bénéficiaires en 2008 et 286 907 en 2009¹¹⁷⁰. Alors, pour limiter la hausse du nombre d'AS, à partir d'août 2010, la réussite à l'examen est devenue la condition nécessaire pour la délivrance du diplôme (le décret le 26 avril 2010 relatif à l'application de la LPPA). Concernant les programmes des cours, les personnes doivent suivre 240 heures de cours – 160 heures de théorie (80 heures de connaissances théoriques et 80 heures de connaissances pratiques) et 80 heures de stage (40 heures à domicile et 40 heures en établissement) – avant de passer l'examen¹¹⁷¹ (Annexe 4. T-34).

En 2008, l'État a autorisé, sans restriction, la création de toutes les institutions de formation d'AS, pour former rapidement le plus possible d'aides-soignantes dans un court délai. Mais, du fait de trop de concurrences suite à la création de trop nombreuses institutions, l'État a également modifié la règle en 2010, et créé un système de désignation pour stabiliser la situation, en tenant compte, dans chaque périmètre de 1,08 km, du nombre d'institutions de formation par rapport à l'estimation du nombre des malades d'Alzheimer et de la population âgée, et du nombre des AS. À Séoul, les institutions privées représentent 73,8 % du total, et la majorité des institutions connaissent des difficultés de management, en raison du manque de nouvelles inscriptions. Nombre de personnes cherchent à s'inscrire dans une institution qui permet de faciliter la validation du cursus. Ainsi beaucoup d'institutions ont organisé les cours sans être trop sévères. La plupart des formateurs n'ont pas beaucoup de connaissances pratiques sur le

¹¹⁶⁹ Y. K. Lee. 2011. *op.cit.* ; N. J. Yang. 2013. « A Study on the emergence of family-care worker: Why families choose to be care worker in Korea? », *Korea Social Policy Review*, vol.20, no.2, p.97-129. ; S. W. Hong. 2011. *op.cit.* ¹¹⁶⁹ Y. K. Lee. 2010b. « Development of reward system for family carer in Elderly long-term care insurance », *Health and welfare policy forum*, juillet, p.96-104.; S. W. Hong. 2011. « Current Status and Tasks of Benefits for Nursing Care Caregivers of Family Members », *Health Insurance & Policy*, vol.10, no.1, p.142-152.

¹¹⁷⁰ Le nombre des personnes ayant obtenu le diplôme d'AS en juillet 2017 correspond aux 1 453 013 personnes dont les femmes occupent la quasi-totalité 91,2 %, soit 1 324 796 tandis que les hommes ne sont qu'à 8,8 %. Ici on voit que l'effectif s'est réduit si on compare les personnes qui exercent réellement comme AS avec celles qui ne sont pas tout en possédant le diplôme.

¹¹⁷¹ S. Lim compare le système de la formation de ressources humaines d'aide à domicile avec le Japon. Contrairement à une seule formation du métier d'aide à domicile en Corée, il y a plusieurs manières d'accéder à l'examen au Japon, surtout à travers des parcours spécialisés des formations initiales au Japon. Au lycée spécialisé, le nombre d'heure de formation correspond à 1 155 heures avec 33 crédits et 9 mois de stage ; au lycée du bien-être ; 1 800 heures avec 52 crédits ; à l'université, il faut 1 170 heures dans le parcours d'un an / 1850 heures dans le parcours de deux ans. Les gens qui répondent à une de ces conditions peuvent passer l'examen. S'il existe également une formation d'une courte durée, dans ce cas, il faut avoir trois ans d'expérience du travail pour passer l'examen. De plus après l'obtention du diplôme, il y a une possibilité d'avoir encore une qualification reconnue dans la carrière. S. Lim. 2018. *op.cit.* p.57-58. Par ailleurs, dans d'autres pays, il faut 1 an de parcours de formation en se centrant sur le stage aux Pays-Bas ; 16 mois de parcours au Danemark ; 1 an de parcours en Allemagne ; 504 heures en France.

terrain, et ils se contentent d'enseigner la théorie¹¹⁷². De plus, la Loi de protection sociale des personnes âgées inscrit par décret le critère de la création d'institution et les contenus de formation, mais il n'y a aucun décret à propos de la gestion de la qualité de la formation, telle que l'évaluation de l'enseignement, la gestion de satisfaction, la formation complémentaire après l'obtention du diplôme (l'article 29-10 du décret relatif à l'application de la LPPA)¹¹⁷³.

« J'ai obtenu le diplôme dans la première année de la création de ce système en 2008. Nous avons bavardé avec des formateurs pendant les cours. Sans aucune difficulté, c'était plutôt amusant. »^{Mme} Geum (fille)

Au cours du stage, certains établissements demandent aux stagiaires de nettoyer, et pas d'effectuer les tâches de soin. Certaines associations ont validé le stage par une simple présence à l'association¹¹⁷⁴. Suite à la médiocrité de l'enseignement, plusieurs études remarquent que le niveau de compétences des AS, qui viennent d'obtenir le diplôme, est très bas. C'est la raison pour laquelle la formation complémentaire est importante. La formation professionnelle complémentaire est inscrite dans l'article 23-2 de la Loi de l'ASLD, mais les règlements relatifs à son application sont absents. Cela implique qu'elle n'est pas obligatoire mais optionnelle, tandis que l'infirmier et l'assistant social, qui sont aussi désignés comme agents de l'ASLD, sont obligés de suivre 8 heures de formation par an¹¹⁷⁵. Depuis 2014, où les catégories 4 et 5 ont été créées, la Caisse d'assurance maladie prend l'initiative de donner une formation sur le soin de la maladie d'Alzheimer : 60 (ou 80) heures = 40 heures de soins généraux sur la maladie d'Alzheimer + 20 heures pour les AS qui interviennent à domicile, ou/et 20 heures pour les AS qui travaillent en établissement¹¹⁷⁶. Ce n'est pourtant pas obligatoire pour toutes les AS, la qualité de l'enseignement n'est pas bonne, et les cours portent sur la théorie, non sur la pratique. Au demeurant, le rôle de gestion permanente du chef d'association d'aide à domicile, à l'égard de ses employés, est important pour garantir la qualité de service de l'AS.

Mais cela ne va pas de soi. De nombreuses études soulignent que le système de déclaration est lié à la qualité du service¹¹⁷⁷. La réglementation pour l'installation d'une institution n'est pas sévère. La personne qui souhaite ouvrir une institution de l'ASLD doit avoir le certificat

¹¹⁷² M.-S. Yun, J.-Y. Moon. 2020. *Problem of institutions for formation home helper and development*, Politics Report, The Seoul Institute, vol.295, p.4-6.

¹¹⁷³ H.-S. Lee, S.-H. Yoo. 2013. *op.cit.* p.163.

¹¹⁷⁴ K.-W. Um. 2011. *op.cit.* p.96.

¹¹⁷⁵ J.-K. Lee, S.-N. Jang. 2018. « A Comparative Study of Formal Education Systems for Long-term Care Workers in Six Countries », *The Journal of Long Term Care*, vol.6, no.1, p.6-30. p.16.

¹¹⁷⁶ K.-W. Um. 2017. *A Study on the effectiveness and development plan of long-term care institutions for dementia*, National Health Insurance Corporation, p.167.

¹¹⁷⁷ K.-W. Um. 2011. *op.cit.* p.96.

d'infirmier ou celui d'assistant social¹¹⁷⁸, et doit se déclarer à la préfecture. Cette dernière après la vérification des conditions annoncées (le critère de l'effectif d'employés et les conditions institutionnelles) doit la valider (l'article 31 et l'article 32 de la loi de l'ASLD). Parce que ce système n'est pas celui d'autorisation mais celui de déclaration, cela peut provoquer un déséquilibre entre l'offre et la demande des régions, mais aucun dispositif n'existe pour le contrôler¹¹⁷⁹. Cela signifie également que quiconque, qu'il ait travaillé ou non dans le domaine gérontologique, peut être chef d'institution.

« Si la qualité des services n'est pas assurée, c'est parce que l'État a trop ouvert aux civils. Il fallait renforcer les conditions d'ouverture, mais au début l'État a considéré que le nombre des institutions serait insuffisant. Le fleuriste peut ouvrir un établissement de soins... l'agriculteur peut en ouvrir... L'attitude et la philosophie individuelle sont très importantes dans ce domaine, mais presque tout le monde est entré dans le monde de l'ASLD seulement dans un but lucratif. »^M Cho, professeur

Si ces conditions concernent toutes les institutions, l'ouverture d'une association d'aide à domicile coûte moins cher qu'un établissement d'hébergement de soins, car les installations de toutes sortes ne sont pas nécessaires. C'est la raison pour laquelle de nombreuses personnes, après avoir pris leur retraite, s'unissent pour se mettre à leur compte dans les associations d'aide à domicile¹¹⁸⁰.

« J'ai ouvert cette association en 2008. J'ai cherché ce que je pouvais faire comme travail avec mon mari. J'avais l'impression qu'il nous serait difficile de diriger un restaurant, alors j'ai choisi ça en m'inspirant des informations sur Internet. En fait, mon beau-père était atteint de la maladie d'Alzheimer depuis 1997. Il a bénéficié des services de l'ASLD en 2008 pendant un an, et il est décédé. C'est pour cela que j'ai pu être au courant plus tôt, et j'ai pu commencer depuis le début de la mise en œuvre de l'ASLD. En plus, pour ouvrir une association, on n'a besoin que d'un bureau. J'ai obtenu un diplôme d'aide-soignant. Mais au début, je ne savais pas que le chef doit être soit assistant social, soit infirmier. Donc nous avons commencé en faisant semblant qu'un de nos employés assistant social était le directeur. Puis j'ai pris le relais, après avoir réussi à obtenir le diplôme. Moi, je suis reconnaissante parce que je dirige cette association grâce au financement de l'État. » Oh, directrice d'une association d'aide à domicile

¹¹⁷⁸ En Corée, il y a deux catégories d'assistant social: la catégorie 1 renvoie au certificat que la personne peut obtenir par la réussite du concours. Les conditions qu'il faut pour passer l'examen sont soit la personne diplômée universitaire spécialité protection sociale; soit en cas de diplôme inférieur au bac, il faut suivre des cours (26 matières + un stage) en ligne ; en cas de diplôme universitaire non spécialisé dans la protection sociale, il faut prendre des cours (13 matières + un stage) en ligne. Dans tous les cas mentionnés, la catégorie 2 d'assistant social est systématiquement attribuée avant la réussite du concours. Pour ouvrir une institution de l'ASLD, la catégorie 2 est aussi autorisée, ce qui fait qu'il est plus ou moins facile d'être chef d'institution de l'ASLD.

¹¹⁷⁹ S.-B. Jeong, J.-W. Lee. 2019. *op.cit.* p.52.

¹¹⁸⁰ Le taux moyen de croissance annuelle du marché de l'ASLD a atteint 16,6 % en 2012. (KHIDI. 2015. *Market trends in the aged-friendly industry*, Rapport 2015-1)

Pourtant, la facilité de création d'une association ne garantit pas l'épanouissement du management. En effet, l'association se retrouve dans un monde concurrent, où il existe déjà de nombreuses associations. Dans certains cas, un an après l'ouverture, l'association n'arrive à avoir que dix clients environ¹¹⁸¹. Pour survivre, certains directeurs attirent des personnes, en les exemptant même de leur reste à charge, ou offrent des cadeaux pour maintenir l'utilisation du service dans leurs associations, au détriment des salaires des employés¹¹⁸². S'ils ne parviennent pas à retrouver une situation stable, ils sont amenés à fermer leur association. Plusieurs chercheurs soulignent que l'État doit intervenir pour renforcer le contrôle de la mise en œuvre de l'institution de l'ASLD et la gérer strictement¹¹⁸³. Mme Jin, fonctionnaire qui s'occupe de la gestion de la création et de la fermeture des institutions, exprime son incompréhension à l'égard de ce système.

« Si ça passait par le système d'autorisation, on pourrait refuser en disant qu'il y a beaucoup d'institutions dans ce quartier, que cela dépasse le nombre autorisé. Mais le système de déclaration accepte tout, si les fondateurs correspondent aux conditions essentielles, ce qui fait que les associations sont trop nombreuses. Beaucoup de personnes les ouvrent et ensuite elles les ferment. C'est pour cela qu'il ne nous est vraiment pas facile de gérer la situation. Ceux qui font bien font bien, mais ceux qui ne font pas bien, ne font pas bien... » Mme Jin, fonctionnaire d'assistance sociale

En gardant ce point à l'esprit, il est nécessaire d'aborder un extrait de l'entretien avec Mme Souk qui nous a révélé la mauvaise qualité de service de son AS. Elle dévoile cette fois-ci une question de fraude.

« Si elle ne vient pas aujourd'hui, elle me demande de compter quand même aujourd'hui, comme si elle était venue. Même s'il y a des personnes qui exercent sincèrement, il y a beaucoup de corruption. Elle dit que le montant des prestations est déjà fixé et donc disponible, donc elle me demande pourquoi je ne l'utilise pas. Même si elle ne vient pas, je dois compter comme si elle était venue. Ça, c'est vraiment stressant. Elle me demande de n'en parler à personne. Ce n'est pas forcément que j'aime voir venir l'AS. J'aimerais bien qu'elle vienne trois fois par semaine. Elle vient tous les jours, parce qu'elle veut gagner plus d'argent. De même elle me demande une gratification de retraite. Elle m'a dit qu'elle travaillera jusqu'à ce qu'elle puisse la toucher. Franchement, on ne doit pas compter l'argent dans ce domaine. Il y a la réunion de chefs des associations d'aide à domicile. On s'échange la liste noire, dans laquelle figurent les aides-soignantes et les personnes âgées, auxquelles

¹¹⁸¹ Naver blog :

<https://m.blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=yesworker&logNo=220822763287&proxyReferer=https%3A%2F%2Fwww.google.fr%2F>

¹¹⁸² Journal quotidien « *Hangyeorye* », le 30. 03. 2016 :

http://www.hani.co.kr/arti/economy/economy_general/737598.html

¹¹⁸³ J. E. Seok. 2017. « A Study on Rationalization of Regulation for Strengthening the Publicness of Long-Term Care Services », *Health and Social Welfare Review*, vol.37, no.2, p.423-451.

nous devrions faire attention. »¹¹⁸⁴ Mme Souk (fille)

En tant que diplômée du doctorat en théologie et pasteur, elle montre les conflits internes, du fait de son éthique professionnelle. Mais elle est contrainte de fermer les yeux à l'égard de la fraude. Cela implique que les chefs d'associations ont une marge pour gérer la demande des prestations à la Caisse d'assurance maladie, et ils peuvent commettre des fraudes en étant complices de leurs employés. Actuellement, les fraudes des chefs d'associations d'aide à domicile des AS sont souvent détectées. Par exemple, un chef d'association et ses 17 AS ont commis ensemble des fraudes, en faisant semblant de fournir les services du bain à domicile, dont les tarifs sont relativement chers. En fait le contrôle de présence de l'AS au domicile du client se fait par l'application de l'ASLD sur le smartphone. Lors de l'arrivée, l'AS doit toucher son téléphone, en allumant l'application, sur un tag collé dans le mur du domicile, puis les services commencent, elle fait de la même manière lors de la fin de service. De cette façon les prestations fournies sont reconnues par la Caisse d'assurance maladie, et le coût est versé à l'association. Les AS, qui ont commis les fraudes, viennent chez leurs clients à telle ou telle heure, elles touchent et partent tout de suite sans donner aucune prestation, puis quelques heures plus tard, elles reviennent de la même façon pour finir. Certaines AS portent sur elles le tag en le décollant pour une libre disposition. Certains chefs d'association ont demandé le coût, correspondant aux prestations fournies au nom d'employés fantômes¹¹⁸⁴. Ainsi, pour eux, les clients doivent être considérés comme de l'argent, et l'amélioration de la qualité des services n'est pas prioritaire¹¹⁸⁵.

Plusieurs études remarquent que plus les AS prennent de la conscience professionnelle, plus le niveau de qualité augmente¹¹⁸⁶. Selon H. S. Kim *et al.*, la formation est le facteur le plus significatif qui influence les AS pour avoir la conscience de leur vocation¹¹⁸⁷. L'étude de M. H.

¹¹⁸⁴ Journal quotidien électronique « Oh my news », le 31. 10. 2018 :

http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002482984 ; Journal quotidien électronique « Yonhap », le 07. 06. 2019 : <https://www.yna.co.kr/view/AKR20190607077800055>

¹¹⁸⁵ Pour détecter les fraudes, deux types de système de contrôle existent, l'investigation sur les lieux et l'investigation par la visite. La première renvoie au système qui lutte contre la fuite des finances, donc conformément à l'article 61 de la loi de l'ASLD le ministre des affaires sociales et de la santé ou le préfet recouvre le profit illicite en cas de découverte des actes illégaux. La deuxième consiste pour les personnels de la caisse d'assurance maladie à rendre visite aux institutions à l'égard desquelles ils ont de la méfiance, et donc font une enquête à propos de la période précédente sur au moins 6 mois et jusqu'à 12 mois. Pourtant, même si la fraude est découverte par la caisse de l'assurance maladie, celle-ci ne dispose pas de droit de la régler, donc confie cette affaire au ministère des affaires sociales et de la santé pour l'investigation sur les lieux. Du fait de la complication de la procédure, la caisse d'assurance maladie laisse parfois les cas illicites faute de moyen. C'est la raison pour laquelle plusieurs études insistent sur la nécessité d'attribuer le droit à la caisse d'assurance maladie pour l'investigation sur les lieux. (M.-S. Ahn, J.-H. Park. 2019. *op.cit.* p.532.)

¹¹⁸⁶ W. Y. Lim. « The Factors Affecting on Recognition of Professionalism of Caregivers », *The Journal of Welfare and Counseling Education*, vol.1, no.1, p.65-80 ; M. H. Kim, H. S. Yuk, M. H. Jung. 2015. « Study on Job Training and Job Relevance of Care Workers », *Social Work Practice & Research*, vol.12, no.1, p.103-132.

¹¹⁸⁷ H. S. Kim, H. K. Kim, Y. S. Park. 2011. « The Factors Influencing of Professional Consciousness of Long-term Care Workers », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.31, no.3, p.591-606.

Kim *et al.* montre que les AS qui ont bénéficié de la formation supplémentaire ont manifesté que les contenus de « droits de l'Homme des personnes âgées et l'éthique professionnelle » et de « compréhension de la démence » les aident lors de l'intervention à domicile¹¹⁸⁸. Elles se sentent concernées par la qualité de service à l'égard de l'utilisateur.

1.2. Service du bain à domicile : Insuffisance du nombre d'interventions

Le service du bain à domicile, ce n'est pas l'aide pour prendre une douche, mais l'aide pour prendre un bain dans une baignoire. Selon les modalités, il y en a trois types : soit deux AS interviennent avec un véhicule équipé d'une baignoire dans lequel ils emmènent le bénéficiaire et lui donnent le bain ; soit deux AS interviennent avec le véhicule équipé, mais donnent le bain à domicile s'il y a une baignoire ; ou encore une AS intervient sans véhicule et donne le bain à domicile. L'ASLD n'autorise le service du bain à domicile qu'une seule fois par semaine ou deux fois en cas de l'incontinence. De ce fait, les aidantes principales critiquent l'insuffisance du nombre de l'intervention autorisée¹¹⁸⁹.

« Deux fois par semaine... je pense que ce n'est pas suffisant pour la personne qui n'arrive pas à aller aux toilettes toute seule. Ma belle-mère a reçu le service deux fois par semaine mais je l'ai lavée presque une fois tous les deux jours. Il faut faire augmenter le nombre de visite. »^{Mme} Jeong (belle-mère décédée)

1.3. Soins infirmiers à domicile : Nécessité de les promouvoir

Quand l'état de santé ou la capacité à accomplir les actes de la vie quotidienne se dégrade, ou quand des maladies graves se développent, les bénéficiaires des prestations à domicile nécessitent des soins infirmiers. C'est une étape préventive, avant de recourir aux soins en institution. Ce service porte sur les soins infirmiers, l'assistance aux traitements médicaux et à l'hygiène dentaire effectués par l'infirmier (ou l'aide-infirmier)¹¹⁹⁰ et l'hygiéniste dentaire, selon l'ordonnance délivrée par le médecin, le médecin traditionnel ou le dentiste¹¹⁹¹. Les soins infirmiers concernent majoritairement la gestion de la douleur, les conseils sur la diététique, la miction, la respiration, les soins des blessures, des escarres, les injections, la consultation de médiation ou de renseignements¹¹⁹². Ce service est disponible jusqu'au plafond du montant attribué. Si la quasi-totalité des bénéficiaires de l'ASLD sont porteurs d'au moins une maladie

¹¹⁸⁸ M. H. Kim *et al.* 2015. *op.cit.*, p.121.

¹¹⁸⁹ K. H. Lee et H. D. Kim. 2013. « A Study on the Problems of and An Improvement Plan for Long-Term Care Insurance for the Past Six years », *Journal of social science research*, vol.22, p.282-296.

¹¹⁹⁰ Pour l'infirmier, il faut une expérience de 2 ans de travail, pour l'aide-infirmier 3 ans de travail avec une formation de 700 heures sur le soin à domicile.

¹¹⁹¹ L'Article 27 de la loi de l'ASLD.

¹¹⁹² J.-S. Lee *et al.* 2011. « The Characteristics and Service Utilization of Home Nursing Care Beneficiaries Under the Korean Long Term Care Insurance », *Korean Acad Community Health Nurs*, vol.22, no.1, p.42.

chronique, et si cela est un facteur déterminant qui peut entraîner vers les soins en institution (surtout à l'hôpital), il est important de promouvoir ce service. Pourtant, la plupart des prestations à domicile se concentrent sur le service d'aide à domicile et le service de toilette¹¹⁹³.

En 2017, ont été enregistrés seulement 11 485 bénéficiaires et 429 institutions de soins infirmiers¹¹⁹⁴. Selon l'étude de R. I. Hwang et S. Y. Park, qui ont fondé leur analyse à partir des données pluriannuelles, en 2017, le nombre des usagers de services de soins infirmiers correspond à 3,6 % des personnes qui ont eu recours au service d'aide à domicile. La moyenne du nombre de jours de recours par mois s'élève à 2,34 jours (14,89 jours pour l'aide à domicile ; 12,96 pour l'accueil de jour ; 5,45 pour l'établissement du court séjour ; 2,01 pour le service du bain)¹¹⁹⁵. Selon J. Y. Maeng et J.-Y. Lee, le nombre des institutions de soins infirmiers pour 1 000 personnes âgées à domicile est en baisse depuis 2008, en passant par 0,12 en 2008, 0,1 en 2011 à 0,08 en 2016¹¹⁹⁶. À cet égard, selon J.-Y. Lim *et al.*, les bénéficiaires de l'aide à domicile ou leurs aidants familiaux ont l'impression que la procédure de délivrance est compliquée ; les soins infirmiers ne sont pas en lien avec les services médicaux en cas de situation d'urgence ; le soin infirmier peut être pratiqué par un aide-infirmier sans intervention d'infirmier, ce qui rend méfiant sur la qualité des soins¹¹⁹⁷. Effectivement, selon R. I. Hwang et S. Y. Park, le nombre d'infirmiers est en baisse depuis 2010, de 1 738 en 2010 à 1 371 en 2017, soit de 9,35 à 3,51 pour 1 000 personnes âgées à domicile¹¹⁹⁸. Par contre le nombre d'aides-infirmiers s'accroît, de 1 472 à 3 120, soit de 7,92 à 7,99. Contrairement aux autres pays, tels que le Japon ou le Royaume-Uni, où les rôles entre l'infirmier et l'aide-infirmier sont hiérarchisés pour les tâches d'intervention à domicile, en Corée l'aide-infirmier peut remplacer l'infirmier¹¹⁹⁹. Par ailleurs, certaines études ont particulièrement souligné que les bénéficiaires de l'ASLD ont tendance à ne pas prendre conscience de la nécessité du soin infirmier, alors que leur état de santé le nécessiterait¹²⁰⁰. Parallèlement, dans notre étude, il n'y a aucun cas où les aidantes principales font intervenir le soin infirmier à domicile. Pourtant, nous avons remarqué que certaines aidantes principales devaient accompagner leurs proches âgés à l'hôpital pour des soins, qui

¹¹⁹³ J.-Y. Lim *et al.* 2012. « Analysis of Barriers and Activating Factors of Visiting Nursing in Long-term Care Insurance », *The Journal of the Korea Contents Association*, vol.12, no.8, p.284.

¹¹⁹⁴ National Health Insurance Service. 2018. *op.cit.* p.238-239.

¹¹⁹⁵ R. I. Hwang, S. Y. Park. 2019. « Status and Trend of Home Health Nursing for Long-Term Care Insurance Beneficiaries », *Journal of East-West Nursing Research*, vol.25, no.2, p.162.

¹¹⁹⁶ J. Y. Maeng, Y.-J. Lee. 2017. « Inequality and change in regional distribution of long-term i-home care institutions », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, vol.72, no.2, p.97.

¹¹⁹⁷ J.-Y. Lim *et al.* 2012. *op.cit.*

¹¹⁹⁸ Le nombre des personnes âgées à domicile correspond à 185 864 en 2010 et 391 701 en 2017.

¹¹⁹⁹ R. I. Hwang, S. Y. Park. 2019. *op.cit.*, p.161-162.

¹²⁰⁰ J.-S. Lee, E.-J. Han, I.-O. Kang. 2011. *op.cit.* p.42. ; J.-Y. Lim *et al.* 2012. *op.cit.*

auraient tout à fait pu bénéficier du soin infirmier.

« Au début, elle avait une grave difficulté pour déglutir, ce qui fait qu'elle ne pouvait même pas boire de l'eau. Ça coûte 39 000 won (=30 euros) à l'hôpital pour faire boire juste une petite quantité d'eau pendant une demi-heure. C'est très cher, mais ça ne servait à rien. Elle avait du mal à boire. Rien que pour faire ça, on y est allé plusieurs fois. » Souk (fille)

Le manque de promotion de la part de l'État à propos du soin infirmier à domicile peut en quelque sorte priver les aidantes principales de la possibilité d'être déchargés de l'accompagnement à l'hôpital.

1.4. Service de Centre d'Accueil de Jour et de Nuit (CAJN)

Le service de centre d'accueil de jour et de nuit permet aux usagers de passer une partie de la journée dans le CAJN (de 8h à 18h ou jusqu'à 22h) en bénéficiant de programmes organisés (activités artistiques, sportives, lectures, ateliers sur les traitements, etc.) et d'aide à l'acte physique, d'un service de repas (cantine), d'un service de rétablissement ou de prévention de la fonction corporelle ou cognitive, de soins infirmiers, de soutien moral, de méditation et de service de conduite entre le CAJN et le domicile¹²⁰¹. Si certains chercheurs soulignent l'importance de se focaliser sur la prévention de la démence plutôt que sur les traitements après le diagnostic, le rôle du CAJN y contribuera beaucoup¹²⁰². À ce propos, Séoul a été la première ville, qui a créé en 2009 un barème standard portant sur 38 critères (dans quatre catégories : conditions fondamentales, soins à la personne, soins en sécurité, garantie de droit d'utilisation) auxquels correspond le modèle séoulien du CAJN. Différemment des autres CAJ, qui sont ouverts uniquement en journée (car l'accueil de nuit n'est pas obligatoire dans les CAJ), le modèle à la séoulienne est obligé d'accueillir les usagers jusqu'à 22h. Et les différents programmes qui se focalisent sur le renforcement de la fonction cognitive doivent être proposés au moins trois fois par semaine. Il y a un avantage pour les personnes âgées à faibles ressources : la priorité d'accueil, l'exemption des frais de repas, et la possibilité d'utilisation (payante au plafond des tarifs) par les personnes classées hors de l'ASLD pour 20 % au maximum de l'effectif. La ville de Séoul soutient financièrement les CAJN qui sont certifiés (187 CAJN sur 312), et ceux-ci s'engagent à fournir les services pendant au moins 5 ans¹²⁰³. Suite à la satisfaction des usagers mais au nombre insuffisant de centres, Séoul a décidé d'investir financièrement dans leur construction¹²⁰⁴. De plus, du fait du décalage des programmes entre les

¹²⁰¹ <http://www.longtermcare.or.kr/>

¹²⁰² Journal quotidien électronique "Dementia New", le 09. 04. 2018. <https://www.dementianews.co.kr/?p=6177>

¹²⁰³ Seoul Welfare Foundation: <http://welfare.seoul.go.kr/archives/50506>

¹²⁰⁴ Journal quotidien « Dong-A », le 20. 03. 2017 : <http://news.donga.com/3/all/20170320/83400205/1>

malades d'Alzheimer et ceux qui n'ont pas de troubles psychiques, la création d'un CAJN séouléen spécialisé pour les malades d'Alzheimer a été envisagée entre 2018 et 2020¹²⁰⁵. À ce propos, depuis 2017, suite aux promesses présidentielles de Moon Jae-In qui a souligné la responsabilité de l'État à l'égard de la maladie d'Alzheimer, l'institution de l'ASLD devait commencer à adapter les services aux malades atteints d'Alzheimer¹²⁰⁶. À cette occasion, le CAJN réservé aux malades déments (CAJND) a été ouvert. Même si le niveau de satisfaction des usagers est élevé¹²⁰⁷, le développement de ce type d'institutions n'est pas encore au rendez-vous : il y a seulement quatre CAJND en 2019 au niveau national¹²⁰⁸.

Plusieurs études montrent que le recours au CAJN allège efficacement le fardeau des aidants familiaux tel que les fardeaux physique, psychique et financier, l'isolement social et la mauvaise relation familiale¹²⁰⁹. Mais certaines raisons empêchent l'utilisation de ce service.

1.4.1. Liste d'attente faute de nombre suffisant

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le nombre de CAJN est insuffisant par rapport à l'importante demande, et plusieurs études relèvent ce problème¹²¹⁰. Certaines aidantes principales ont des difficultés pour accéder aux structures des services de soin, car ils sont en nombre insuffisant. La mère de ^{Mme} Byeon a réussi à y entrer tôt car, quand elle a eu besoin de ce service, c'était le moment où de nombreux centres d'accueil de jour étaient en train de se construire.

« Au début, quand de nombreux centres se sont construits... J'en ai entendu parler dans l'entourage. Et je l'ai vu sur internet. Je ne connaissais pas ce que c'était, mais on n'a pas pu laisser seule ma belle-mère à la maison parce qu'elle est devenue dépressive. Il y en a un dans chaque quartier. J'ai contacté le centre le plus près de chez nous. L'effectif est de vingt personnes. Il y a une liste d'attente. On ne peut pas entrer tout de suite. Heureusement ma belle-mère a pu être acceptée tout de suite parce que c'était le début. Mais maintenant il faut attendre. Tous les centres ont une liste d'attente assez longue. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

¹²⁰⁵ J.-J. Baek, M.-Y. Song. 2015. « The Study on Conflicts and the Strategies of Conflicts Mitigation among Alzheimer's Special Grade (5 grade) at Day Care Center for Elderly », *Korean Journal of Care Management*, vol.17, p.97-116.

¹²⁰⁶ J. Yoo *et al.* 2018. *op.cit.* p.34.

¹²⁰⁷ H.-S. Kim, Y.-H. Lee. 2018. « Satisfaction of the elderly with dementia day care center for dementia », *Conference of Korean Society of Nursing Science*, October, p.321-321.

¹²⁰⁸ En 2019, seulement 35 institutions de l'ASLD sont ouvertes. Journal quotidien électronique « Dementia news », le 25. 11. 2019 : <https://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=2286>

¹²⁰⁹ H. Yun. 2019. *The effect of Long-term Care Insurance on the family caregiver burden and quality of life*, Dissertation for Master in Health Policy and Management, Hanyang University. ; H. J. Lee. 2005. *The Change of Caregiver's Burden for the Dementia Elderly by the Use of Daycare Center*, Thesis for Ph.D. in Social Welfare, Chung Ang University.

¹²¹⁰ I.-J. Lee. 2002. « Factors Affecting Satisfaction of Family Caregivers in Adult Day Care Services », *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.22, no.1, p.99-114. ; M.-W. Kim *et al.* 2006. « A Study on the Family's Satisfaction at the Use of the Older Day-care Service: Focused on day-care centers located in Seoul and Goyang city », *The Journal of Social Science*, no.25, p.1-25.

1.4.2. Critères stricts pour admettre la personne

Le service du CAJN aide les aidants familiaux à prendre en charge leurs proches âgés à domicile, le plus longtemps possible. Pour renforcer l'efficacité de cette utilisation, le CAJN doit répondre aux différents besoins de chaque usager¹²¹¹. Pourtant, il apparaît que cela ne va pas de soi¹²¹².

« Près de mon quartier, un centre d'accueil de jour vient de se construire. J'ai téléphoné, même avant l'ouverture, pour l'inscription. On m'a dit que ma mère ne peut pas l'utiliser, parce que parfois elle ne maîtrise pas son incontinence. Je lui ai proposé de donner un cours, et à l'encontre de cela, si c'est possible d'accueillir ma mère. Mais ça n'a pas marché. »
Mme Souk (fille)

Conformément à l'article 9932 de la loi de l'ASLD, l'institution de l'ASLD n'a pas le droit de refuser la demande de service, à l'exception de l'occupation de toutes ses places ou sur justifications. Malgré ce règlement législatif, certains CAJN imposent une restriction de l'utilisation à certaines personnes âgées, en fonction de la gravité de leur état de santé. Selon l'enquête de J. Y. Lee, l'un des facteurs principaux qui empêchent le recours au CAJN est le refus d'accepter les personnes âgées qui ont des troubles cognitifs ou physiques, tels que difficulté de déplacement, incontinence, symptômes fréquents de maladie d'Alzheimer. En effet, les services de CAJN ne peuvent pas répondre à tous les besoins des usagers qui réclament plus d'attention (le changement de couche, le fauteuil roulant...)¹²¹³. Si la plupart des programmes des CAJN ne s'adaptent qu'aux personnes ayant les catégories les plus légères, et si les évaluateurs tendent à choisir la catégorie moins favorable du montant du plafond, malgré un état de santé qui correspond à celle plus élevée, cela entraîne des risques de marginalisation, voire d'exclusion.

1.4.3. Restriction du choix des services

Pendant l'heure où l'utilisateur utilise un service, il lui est interdit d'avoir recours en même temps à un autre service, par exemple lors de l'intervention de l'aide à domicile, l'utilisateur ne peut pas avoir recours à l'aide de bain à domicile à la même heure. Si ces deux services peuvent intervenir le même jour à des heures différentes, en cas de recours au service de CAJN, l'utilisateur doit s'en contenter, sans pouvoir demander d'autres services le même jour. Dans la plupart des cas, au moment de passer le contrat de service, les directeurs de CAJN proposent aux usagers (ou à leurs familles) d'utiliser le service 8 heures par jour, 20 jours par mois, et ceux-ci l'acceptent. Dans ce cas, les usagers dépensent la majorité du montant disponible. Par exemple,

¹²¹¹ M.-W. Kim *et al.* 2006. *op.cit.* p.21.

¹²¹² I.-J. Lee. 2002. *op.cit.*

¹²¹³ Y. J. Lee. 2011. *Study on the Improvement Plan According to the Survey on the Satisfaction Level of Caregivers of the Elders in Day Care Centers*, Dissertation for Master, in Senior Welfare, Kyunghee University, p.73.

le montant pour la catégorie 3 est fixé à 1 043 700 wons (=773 euros), et le tarif par intervention s'élève à 41 470 wons (=30 euros). Le coût dépensé au CAJN atteindra par mois 829 400 wons et il ne reste que 214 300 wons. Pourtant, la plupart des services de l'ASLD ne sont pas disponibles le week-end. Cela signifie que les usagers doivent se contenter du service de CAJN, malgré les besoins d'autres services. Dans l'étude de Y. J. Lee, 89,2 % des personnes interrogées ont eu recours seulement au CAJN sur les services de l'ASLD, et parmi eux, 31,4 % ont souhaité le service de bain à domicile ; 19,6 % le service d'ECS¹²¹⁴.

C'est la raison pour laquelle certaines aidantes principales ont abandonné l'idée de recourir au service du CAJN. Mme Boksun vient tous les jours chez sa sœur, en tant qu'aide-soignante familiale¹²¹⁵, pour prodiguer les prestations d'aide à domicile à leur mère. La rémunération de cet exercice aide financièrement sa sœur Mme Hyosun, qui ne subvient au coût des soins de leur mère qu'avec sa retraite. Mme Boksun lui propose de travailler en confiant leur mère au CAJN. Pourtant, Mme Hyosun s'est déjà renseignée, mais il lui faut un ou deux ans de patience, du fait de la liste d'attente très longue. De même, si leur mère est admise au centre d'accueil de jour, la rémunération d'aide-soignante familiale de Mme Boksun sera supprimée, et le reste à charge lui reviendra.

Boksun : « (À sa sœur Hyosun) Le centre d'accueil de jour, ça c'est bien là-bas. Tu peux travailler pendant la journée, si maman y va. Sans une heure de mon intervention, si tu envoies maman au centre d'accueil de jour, tu peux travailler. C'est une bonne idée. »

Hyosun : « (À Boksun) Je me suis déjà renseignée, mais la liste d'attente est assez longue. On m'a dit qu'il faut attendre un ou deux ans. De plus, il faut payer 200 000 wons (=150 euros) comme reste à charge. Si tu ne viens pas (comme aide-soignante familiale), il n'y a pas de rémunération. De même il faut payer... Si la capacité financière peut supporter, ce sera bien. Mais dans ce cas, je ne pourrai pas toucher 200 000 wons [rémunération de l'aide-soignante familiale] mais plutôt je devrais payer 200 000 wons. Je perdrai 400 000 wons par mois. »

1.4.4. Fermeture le week-end

Actuellement, l'ouverture du CAJN en week-end et les jours fériés n'est pas obligatoire. Les aidantes principales, dont les proches âgés utilisent le service du CAJ, ont l'air contentes, mais manifestent un regret de la fermeture le week-end.

« Elle ne voulait pas y aller au début. Mais j'avais entendu dire que ce centre était bien fait, qu'il y avait beaucoup d'ateliers ou programmes pour découvrir des choses et apprendre. D'ailleurs, il fallait que je travaille, c'est pour ça que je n'avais pas d'autres choix que de lui proposer d'y aller. Mais quelques jours après avoir fréquenté le centre, elle a bien aimé y aller.

¹²¹⁴ *Ibid.* p.76.

¹²¹⁵ Voir B-4. Prestations officieuses: aide-soignante familiale dans le chapitre présent.

Ça me rassure. Elle veut y aller même le week-end. Elle attend impatiemment le lundi suivant. »¹²¹⁶ Mme Byeon (belle-fille)

« Sans le CAJN, j'aurais pu déjà placer maman en établissement. Mais c'est elle qui aime beaucoup y aller. Quand elle reste quelques jours chez ses autres enfants, elle ne peut pas aller au CAJN, elle répète le nom du CAJN. *Anyang Bokjikwan, Anyang Bokjikwan, Anyang Bokjikwan...* J'en ai marre d'entendre ça. C'est pour cela qu'elle ne va pas ailleurs. Elle chante le nom tous les jours. Ça serait bien que le CAJN soit ouvert même le week-end. »¹²¹⁷ Mme Jong (fille)

Pour chercher à satisfaire les usagers ou leurs familles, la ville de Séoul a encouragé certains CAJN du modèle séoulien, à ouvrir même le week-end ou les jours fériés. Suite à la bonne évaluation reconnue, elle souhaite l'appliquer à de plus nombreux CAJN, mais il n'est pas facile d'obtenir l'unanimité des directeurs¹²¹⁶. Plusieurs études montrent la nécessité de l'ouverture du CAJN même en week-end ou les jours fériés. Celle de K.-S. Kim montre que les directeurs des CAJN les ouvrent en fonction de la conjoncture, par exemple deux samedis par mois, un samedi toutes les deux semaines (1,3 ou 2,4), un samedi par mois. Si 90 % des directeurs interrogés ont manifesté la nécessité de l'ouverture en week-end, ils ont exprimé les facteurs principaux qui empêchent cette ouverture, tels que le manque de personnel pour 50 %, le manque de budget pour 25 % (le problème du système de primes pour 10 % et le trop faible nombre d'usagers pour 10 %). En cas d'ouverture, les directeurs estiment qu'il y aura plusieurs problèmes : une difficulté de recrutement (20 %), le manque de repos des employés (25 %), l'évitement des employés vis à vis du travail en week-end (35 %). De plus, concernant des problèmes qui peuvent arriver aux bénéficiaires, ils ont indiqué des inconvénients, tels que l'insuffisance du nombre d'heures d'utilisation du service en raison du plafond du montant des prestations (45 %), et donc le souci du coût par dépassement du plafond (30 %)¹²¹⁷. Cela pèse d'autant plus que, pour l'utilisation en week-end, une augmentation de 30 % s'applique au paiement. Selon l'étude de K.-W. Um, plus de 90 % des directeurs des CAJN sont favorables à l'ouverture le week-end, à condition d'élever le montant du plafond pour alléger le double fardeau des aidants familiaux (assumer les soins et le coût)¹²¹⁸.

1.5. Service d'établissement de court séjour (ECS) : trop peu d'institutions pour assurer le repos des aidantes principales

L'établissement de court séjour (ECS) existait déjà avant la mise en place de l'ASLD, mais il a

¹²¹⁶ K.-S. Kim. 2014. *The Study for activation plan of day care center for the elderly's holiday operation – The study for cognition of manager in Seoul -*, Dissertation for M.A. in Welfare Management, Baekseok University, p.45.

¹²¹⁷ *Ibid.* p.63, p.72, p.76, p.77.

¹²¹⁸ K.-W. Um. 2017. *op.cit.* p.142.

fusionné avec les services de l'ASLD. Le service de court séjour permet aux bénéficiaires de l'ASLD de passer certaines périodes dans l'ECS et aux aidants familiaux de prendre un peu de répit (l'article 38-1-3 de la LPPA). Il a pour objectif de maintenir ou améliorer les fonctions corporelle et cognitive des bénéficiaires pendant le séjour (l'article 23-1-1 de la loi de l'ASLD). Le service de l'ECS est semblable au service en établissement d'hébergement de soins de longue durée (EHSLD), en terme de contenus de services et de processus d'entrée en établissement, bien que pour seulement une certaine période. L'ASLD autorise les bénéficiaires à rester quinze jours maximum par mois, mais en cas de situation exceptionnelle, pour raisons de famille ou déménagement ou travaux, il est possible de dépasser quinze jours, deux fois par an. Pourtant, le nombre des ECS n'est pas élevé, même de moins en moins d'année en année : seules 291 institutions existent en 2016, seulement 93 en 2017, ce qui n'est autre que 0,3 % sur toutes les institutions de l'ASLD¹²¹⁹.

La raison pour laquelle le nombre de l'ECS est si faible par rapport aux autres types d'institution de l'ASLD est principalement due aux interventions de l'État et aux problèmes de gestion financière¹²²⁰. Lors de la mise en place de l'ASLD, l'État a encouragé les civils à ouvrir des institutions d'ASLD pour assurer le nombre des institutions nécessaires. L'État a autorisé l'ECS à accueillir les bénéficiaires de l'ASLD jusqu'à 360 jours maximum par an, pour remplacer des EHSLD qui n'étaient pas encore en nombre suffisant. Contrairement à la taille généralement importante des EHSLD, celle des ECS est petite ou moyenne, et les directeurs ne sont pas propriétaires, mais locataires. Pourtant, en 2010, l'État a arbitrairement modifié la loi pour que les bénéficiaires ne puissent désormais utiliser le service de court séjour que 15 jours par mois. Et l'État a donné trois ans aux directeurs de l'ECS, qui souhaitent transformer l'ECS en l'EHSLD, afin de répondre à la nouvelle condition pour être EHSLD : devenir propriétaire. La plupart des chefs d'ECS qui se situent en province ont réussi à devenir propriétaires, tandis que ceux, qui se situent à Séoul ou dans des grandes villes, n'ont pas pu le faire à cause du coût plus élevé¹²²¹. Trois ans après, ceux qui n'ont pas pu obtenir le titre de propriétaires sont devenus les directeurs de foyer collectif (FC) (établissement de petite taille). Et l'ASLD a autorisé les foyers collectifs à assumer la fonction de l'ECS pour 5% des lits vacants.

Mais le problème de la gestion financière préoccupe davantage. Au début, les conditions

¹²¹⁹ <http://longtermcare.or.kr>

¹²²⁰ Y. T. Kim. 2018. « Recognition Study on Usage Motivation and Dissatisfaction Factor at Short Stay Service – Focus on User's Caregiver », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, vol.73, no.1, p.237. ; J. Y. Maeng, Y.-J. Lee. 2017. *op.cit.* p.98.

¹²²¹ http://jhealthmedia.joins.com/article/article_view.asp?pno=8159

permettant l'entrée en EHSLD étaient très strictes, car réservées exclusivement aux catégories 1 et 2. Elle est désormais possible, sous conditions, pour les catégories 3 et 4. Cela a donné lieu à une diminution de la demande pour l'ECS. De plus parce que les institutions de l'ASLD sont financées par l'État selon le nombre des usagers, les conditions défavorables pour maintenir le financement découragent les ouvertures¹²²². Le professeur M. K. Cho a précisé la cause déterminante liée à l'intérêt économique.

« L'ECS a échoué depuis le début. De nombreux aidants familiaux ne connaissent pas son existence. Il y a eu le manque de promotion, mais il y a une autre raison. Depuis la mise en œuvre de l'ASLD, certaines personnes âgées n'ont pas pu obtenir la catégorie qui donne droit à bénéficier des prestations de l'EHSLD. Leurs aidants familiaux ont donc eu recours à l'ECS pendant quinze jours, mais, même après quinze jours, ils les ont laissés là-bas. La génération des personnes âgées n'a pas de capacité financière, ils ne disposent même pas de pension de retraite. Les personnes âgées et leurs aidants n'ont pas pu payer le coût. Donc certaines personnes sont en retard de paiement, et elles vont jusqu'au procès. De plus, l'ECS ne correspond pas à la culture coréenne [qui incite à prendre soin des parents âgés à la maison]. On ne peut pas anticiper la demande du court séjour. Les gens ne réservent pas pour son utilisation. On ne sait pas quand les aidants familiaux vont être malades, n'est-ce pas ? La demande n'est pas assurée. C'est la raison pour laquelle les sociétés à statut de personne juridique ne veulent pas ouvrir d'ECS. Il n'y en a pas beaucoup au niveau national, et il n'en existe même pas à Séoul. »

Même si le Professeur Cho indique que le service de l'ECS ne correspond pas à la culture coréenne, certaines études soulignent qu'il est approprié au jugement de valeur coréen. En effet, si la tradition impose aux enfants adultes de prendre soin de leurs parents âgés vivant sous le même toit, en les culpabilisant en cas de placement en EHSLD, l'ECS permet de stabiliser ce mode de vie, tout en réduisant le fardeau des enfants avec un moindre coût. Ce service leur permet de maintenir la qualité de la vie quotidienne et le bien-être, en les aidant à répondre aux besoins individuels et sociaux (du temps pour soi). Tout cela influence positivement la prise en charge¹²²³. L'étude qualitative de Y. T. Kim montre que les familles des usagers des ECS trouvent que l'ECS est très utile pour résoudre des problèmes survenus temporairement à propos du logement ou des affaires personnelles et pour avoir du temps pour soi, pour alléger le fardeau physique et psychique, et de plus pour lutter contre l'isolement social. Mais elles révèlent aussi les inconvénients de cette utilisation, comme la durée trop courte, ainsi que le poids financier du reste à charge qui augmente après le dépassement de la durée autorisée¹²²⁴, et comme la

¹²²² Y. T. Kim. 2018. *op.cit.* p.237.

¹²²³ Y. T. Kim. 2018. *op.cit.* p.240.

¹²²⁴ Selon M. professeur Cho, 15 jours comme la durée autorisée de l'utilisation sont très courts par rapport aux autres pays comme au Japon 90 jours, ce qui fait qu'il est nécessaire d'augmenter les jours.

difficulté de trouver une place pendant la période des vacances ou des jours fériés. Ce résultat implique que le nombre de demandes des services de l'ECS augmentera de plus en plus, tandis que l'État coréen se contente de maintenir le dispositif actuel et montre sa passivité sur la promotion du dispositif, qui permettrait pourtant d'augmenter le nombre de l'ECS mais aussi celui des usagers. Dans notre étude, les aidantes principales ont manifesté leurs besoins de recourir à l'ECS.

« L'année dernière, ma mère a été admise à l'ASLD. Je souhaite qu'il y ait beaucoup d'ECS. C'est un problème quand j'ai besoin d'aller loin. Moi je suis facilement stressée si je ne sors pas. Dans quelques mois, je déménage, mais là-bas, l'établissement est très loin... »
M^{me} Kyeong (fille)

L'insuffisance du nombre d'ECS indique que le repos des aidants familiaux coréens n'est pas bien assuré. Pour combler ces lacunes, M. Cho nous a présenté un modèle d'établissement multifonctionnel, de petite taille, que le Japon a adopté depuis 2005 et qu'il considère comme une alternative pour résoudre le problème de l'ECS.

« Les gens vont au centre d'accueil de jour, n'est-ce pas ? Mais l'établissement multifonctionnel de petite taille leur permet aussi de passer la nuit s'ils sont fatigués ou en ont besoin. Jusqu'à maintenant, c'est illégal. Ils doivent rentrer en fin de journée. Parce que même si le service fonctionne jusqu'à la nuit, il y a un manque d'effectifs. D'ailleurs, si un accident survient, les gens tendent à penser que l'établissement en assume la responsabilité, même s'il ne permet de passer la nuit que par effet de sa bonne volonté. Alors on n'est pas autorisé à passer la nuit. Mais l'établissement multifonctionnel de petite taille rend possible de le faire, comme le service de court séjour. La personne utilise le service d'accueil de jour, celui de court séjour, et si elle rentre chez elle, le service à domicile intervient... Trois services s'unissent. L'État est en train de réfléchir à ce modèle. »

1.6. Achat ou emprunt de matériels techniques facilitant les soins : Liste d'équipements inappropriés

Les bénéficiaires peuvent recourir à l'achat ou à l'emprunt des matériels techniques de soins jusqu'au montant plafond de 1 600 000 wons annuellement. Pour les matériels techniques proposés à l'achat, il y a la cuvette portable, la chaise pour la toilette, la poussette adulte, les barres d'appui de sécurité, le coussin contre l'escarre, l'appareil pour les changements de position, la chaise percée, les systèmes antiglisse, la canne. Les items de l'emprunt consistent en fauteuil roulant, lit automatique, matelas contre l'escarre, baignoire portable, siège de baignoire, rampe, détecteur de localisation. Pourtant, plusieurs études remarquent que la liste des équipements de soin n'est pas pertinente selon la référence à l'état de santé de chaque niveau de

l'ASLD¹²²⁵. Certaines aidantes principales ont manifesté leur regret face aux inconvénients pour les prestations d'équipements de soin, du fait des gammes invariables et de mauvaise qualité.

« Nous avons emprunté un fauteuil roulant, mais la qualité de ce fauteuil roulant ne nous convient pas. Il n'y a que le fauteuil roulant manuel. Il m'est très difficile de le faire avancer, notamment pour monter... »^{Mme Seong (belle-fille)}

« Dans la liste des produits, il n'y a pas grand-chose. Ma mère n'a pas besoin de telles choses. Il faut plus de variété. Pour la catégorie 3, il y a des choses anti-escarres qui s'applique sur le lit et les chaussettes. Elle ne peut pas marcher, mais ça sert à quoi les chaussettes pour elle ? On a besoin d'appareils médicaux. Plutôt on a besoin de la réduction du prix pour les appareils médicaux. »^{Mme Moun (fille)}

Selon une enquête de l'ASLD, l'appareil le plus emprunté dans le cadre de l'ASLD est le fauteuil roulant, qui atteint 61 % en 2014¹²²⁶. Tenant compte de la difficulté des aidantes principales pour la mobilité de leurs proches âgés, surtout grabataires, la mise à disposition de diverses catégories pertinentes et la réduction du coût permettraient de faciliter la prise en charge des soins de leurs proches âgées à domicile. De même, il est nécessaire de prendre en compte l'état de santé spécifique de la personne âgée et l'environnement de l'intérieur de la maison, mais également les caractéristiques physiques des aidantes principales¹²²⁷. Par ailleurs, selon Y. K. Lee *et al.*, malgré les services rendus par les équipements et les appareils, la prestation pour l'aménagement du logement n'est pas comprise dans l'ASLD. Même si ce service est mis en pratique localement dans certaines villes pour les ménages défavorisés, peu y ont recours¹²²⁸.

2. Prestations en établissement

Conformément à l'article 34 de la LPPA, les prestations en établissement offrent à leurs occupants un soutien dans les actes physiques, et des ateliers ou des exercices pour améliorer ou maintenir leur état de santé. Tout en ayant la même fonction, il y a singulièrement deux types d'établissement d'hébergement : l'établissement d'hébergement de soins de longue durée (EHSLD) et le foyer collectif (*group home*) (FC). Quand on parle d'établissement, on évoque ces deux types, mais il est nécessaire de les distinguer. Conformément à l'article 34 de la LPPA, si l'EHSLD offre les soins de longue durée aux personnes atteintes des maladies liées au

¹²²⁵ H.S. Jegal. 2009. "Distorted marketization of the long-term care service's supply structure for the elderly", *The Radical Review*, p.224.

¹²²⁶ Assurance de soins de longue durée; J. H. Kwon, H. K. Kim, Y. K. Na. 2017. « A Study on the Assistive Product Service under the Long-term Care Insurance: Focus Group Interview Analysis among Service User and Service Provider », *Health and Social Welfare Review*, vol. 37, no 3, p.230-259.

¹²²⁷ *Ibid.* p.252.

¹²²⁸ Y. K. Lee *et al.* 2017. *op.cit.* p.162-163.

vieillesse, le FC, quant à lui, offre les soins de longue durée aux personnes atteintes des maladies liées au vieillissement, dans une ambiance semblable à celle de la maison. Il n'y a pas de grande différence de caractéristiques entre ces deux établissements, mais c'est la taille de l'établissement (la surface, l'effectif des résidents ainsi que des employés) qui les différencie nettement. Le FC est de taille plus petite que l'EHS LD. Ce dernier accueille plus de dix personnes, tandis que l'autre peut accepter jusqu'à neuf personnes. Le critère de surface correspond à 23,6m² pour un résident dans l'EHS LD, mais à 20,5m² pour le FC. Le critère d'effectif du FC est moins exigeant que pour l'EHS LD : il est composé du directeur du FC, d'un infirmier (ou aide-infirmier) et de trois aides-soignantes, tandis que dans l'EHS LD s'ajoutent un assistant social et un kinésithérapeute. De plus il faut une aide-soignante pour 2,5 résidents à la différence de 3 au FC.

2.1. Restriction du droit de choisir d'entrer en établissement

En ce qui concerne les conditions d'entrée en établissement de l'ASLD, seules les personnes ayant la catégorie 1 ou 2 ont ce droit. Mais, exceptionnellement, les bénéficiaires des catégories entre 3 et 5 peuvent avoir ce droit, seulement lorsqu'ils ne peuvent pas être soignés par leurs familles, en raison de maltraitance, de violence ou d'abandon, ou quand il est inévitable qu'ils entrent en établissement, suite au mauvais environnement de leur logement, par exemple lorsque le logement est sinistré ou démolit. Ils peuvent aussi être admis quand leurs symptômes ont besoin d'être surveillés 24 heures sur 24, et que leur famille est obligée d'aller travailler en les laissant seuls chez eux avec la porte fermée à clé ; ou enfin quand leurs symptômes ont besoin d'être surveillés en permanence et que la gravité du stress de la famille est reconnue. Ces conditions exceptionnelles correspondent aux raisons impérieuses. Selon Y. K. Lee, l'ASLD a fixé les types de service à choisir dans chaque catégorie, selon le seul critère de l'état de fonction corporelle. Mais cela empêche tous les bénéficiaires de choisir librement les prestations entre domicile et établissement comme ils le souhaitent¹²²⁹. En 2017, on voit que 25 351 personnes de la catégorie 1 ont choisi l'établissement, tandis que 13 764 personnes ont eu recours à l'aide à domicile (55 126 et 32 418 respectivement dans la catégorie 2)¹²³⁰. Mais avant tout, compte tenu de l'article 3 de la loi de l'ASLD, « l'ASLD doit privilégier l'offre de prestations à domicile aux personnes âgées qui habitent avec leurs familles et qui reçoivent les soins de longue durée au domicile », la restriction à l'entrée en EHS LD au profit de prestations à domicile souligne que l'ASLD est un système qui impose à la famille le rôle primordial pour les

¹²²⁹ Y. K. Lee. 2010a. *op.cit.* p.28.

¹²³⁰ National Health Insurance Service. 2018. *op.cit.*

soins¹²³¹. C'est une façon de chercher à réduire les dépenses publiques¹²³². En 2017, la prise en charge de la caisse de l'assurance maladie couvre 48,1 % des prestations à domicile et 51,9 % des prestations en établissement¹²³³. Cela montre que le coût pour l'établissement pèse davantage : la charge des prestations en établissement est plus élevée que la charge des prestations à domicile, même si les usagers des prestations à domicile sont plus nombreux que ceux des prestations d'établissement.

Toutefois, les personnes qui ne sont pas dans la catégorie 1 ou 2 et qui ne correspondent pas non plus aux conditions particulières, peuvent avoir besoin de soins en établissement pour quelques raisons individuelles, malgré l'existence de leurs familles. Il se peut qu'elles soient exclues de toutes les catégories de l'ASLD. Comme alternative, celles-ci se ruent à l'hôpital gériatrique (HG). Conformément à l'article 3-2 de la loi médicale et à l'article 36 du règlement relatif à l'application, l'HG est un hôpital où des lits médicalisés sont équipés pour les actes médicaux à l'égard des patients ayant besoin d'hospitalisation à long terme, tels que les malades souffrant de vieillissement, les malades chroniques, les malades ayant subi une opération chirurgicale ou les malades en période de rétablissement suite à des blessures. L'HG doit disposer de plus de 30 lits et d'un effectif, comprenant un médecin pour 40 patients, un infirmier pour 6 patients hospitalisés, un kinésithérapeute pour 100 patients et un assistant social. Les patients sont couverts par l'assurance maladie, et le taux du reste à charge s'élève à 20 %. Depuis qu'il est inscrit dans la loi médicale en 1994, le nombre d'institutions a rapidement augmenté, à partir des années 2000 où le vieillissement démographique est devenu un des enjeux sociaux, de 800 HG en 2010 jusqu'à plus de 1 400 en 2016. Les types de maladie, dont la majorité des personnes hospitalisées sont atteintes, sont la maladie d'Alzheimer, les maladies vasculaires, la maladie de Parkinson, l'hypertension, et le diabète¹²³⁴.

Les deux types d'institutions s'occupent de la santé des personnes âgées, en leur permettant de résider à long terme, mais les conditions de l'hospitalisation à l'HG ne sont pas aussi exigeantes que l'ASLD, ce qui engendre quelques questions¹²³⁵. D'abord, la plupart des personnes qui n'ont pas acquis de droit aller en établissement (catégorie 1 ou 2) n'ont pas forcément besoin de

¹²³¹ Y. K. Lee. 2010b, *op.cit.*

¹²³² M.-S. Ahn and J.-H. Park. 2019. *op.cit.* p.530.

¹²³³ NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017.*

¹²³⁴ H. Ga. 2019. « Long-term care hospitals and facilities' strategies against the new Korean community care policy », *The Journal of Long-Term Care*, vol.7, no.2, p.8.

¹²³⁵ I.-D. Choi, E.-M. Lee. 2010. « Study on the Efficient Integration of Long-term Care Facilities and Geriatric Hospitals by Using NHIC Survey Data », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.30, no.3, p.856.

traitements médicaux¹²³⁶. En 2015, parmi 544 000 personnes âgées hospitalisées dans les HG, 58 500 personnes, soit 11 %, n'auraient pas eu besoin d'être hospitalisées¹²³⁷. J.-H. Kim montre qu'entre 2008 et 2013, la proportion des malades ayant des troubles cognitifs, des symptômes légers et une simple dégradation des fonctions physiques s'est progressivement accrue dans les HG, contrairement à la baisse de celle des patients ayant des symptômes très lourds, lourds et moyens¹²³⁸.

Par ailleurs, la hausse de l'hospitalisation dans l'HG pèse sur les dépenses de l'assurance maladie. En Corée existe un dispositif de plafond du reste à charge des frais médicaux pour lutter contre un risque de faillite quand la dépense est hors de prix, par exemple en cas de cancer. De ce fait, même si les restes à charge en établissement et à l'HG portent le même taux (20 %), le coût de l'hospitalisation à l'HG est couvert à partir d'un certain niveau de dépense par l'assurance maladie, ce qui favorise le choix pour l'HG. En 2015, 40 % des malades hospitalisés à l'HG en ont bénéficié¹²³⁹.

Par contre, les personnes de la catégorie 1 ou 2 qui nécessitent davantage de soins médicaux que d'autres catégories entrent en établissement, alors que celui-ci n'est pas médicalisé, mais seuls quelques médecins désignés (médecin généraliste, dentiste...) les visitent seulement une ou deux fois par mois. Plusieurs enquêtes montrent que ce service n'est pas suffisant pour répondre aux besoins des usagers (ou de leurs familles)¹²⁴⁰. C'est pour cela que ceux qui en ont besoin sont hospitalisés à l'HG¹²⁴¹. Le problème c'est que l'HG prodigue seulement les traitements médicaux, non pas les soins de longue durée (SLD) tels que les soins corporels, alors qu'ils ont besoin des deux. L'assurance maladie ne couvre pas les frais de SLD, et donc le coût est pris en charge par la famille, en embauchant une aide-soignante ou non-certifiée qui reste à côté de leurs proches âgés, et les aide dans les actes quotidiens. Mais le coût n'est pas moins élevé : environs 1 400 euros par mois. C'est la raison pour laquelle les ménages ayant des revenus moyen-supérieurs tendent à préférer l'HG à l'établissement¹²⁴². I. D. Choi montre que les

¹²³⁶ D.-K. Hwang *et al.* 2016. *Analysis of Demand for Elder Health Care and Long-Term Care : Strategies for Diversifying Providers*, Report 2015-5, Korea Institute for Health and Social Affairs, p.166.

¹²³⁷ Journal quotidien « Chosun », le 19. 01. 2018 :

<http://pub.chosun.com/client/news/viw.asp?cate=C01&mcate=M1003&nNewsNumb=20180127642&nidx=27643>

¹²³⁸ J.-H. Kim. 2015. « Analysis of problem for payment system of geriatric hospital », *Health Insurance review & assessment service Politic tendency*, vol.9, no.3, p.50-63.

¹²³⁹ *Idem.*

¹²⁴⁰ J. Yoo *et al.* 2018. *op.cit.* p.154.

¹²⁴¹ D. Sunwoo. 2016. *op.cit.* p.43.

¹²⁴² D. Sunwoo. 2011. « Factors for selecting nursing hospitals and long-term care facilities from the perspective of users », *Policy Trend, Health Insurance Review & Assessment Service*, vol.5, no.3, p.34-42. ; I.-D. Choi. 2014b. « A Study on re-structuring role of LTC care facilities and Geriatric hospital by users need and region », *Journal of community welfare*, no.50, p.171.

personnes interrogées, qui souhaitent placer leurs parents âgés de l’HG en EHSLD à cause du fardeau financier, hésitent car leurs proches âgés ne pourront pas recevoir les soins médicaux pertinents en cas de besoin. Dans la plupart des cas, faute de traitements médicaux pertinents, leur état de santé tend à se dégrader rapidement¹²⁴³.

2.2. *Mauvaise qualité des soins*

2.2.1. Refus d’accueil des malades d’Alzheimer et passivité à l’égard de l’amélioration de la qualité de service

Comme nous l’avons évoqué précédemment, le Ministère des affaires sociales et de la santé propose, pour la gestion de l’établissement, de protéger les personnes âgées démentes en les mettant à part, selon le niveau des symptômes. Pour les directeurs d’établissements, les malades d’Alzheimer ne sont pas les bienvenues. Certains établissements refusent même les accueillir, du fait que les troubles comportementaux dérangent les autres résidents¹²⁴⁴. Mme Rye souhaitait placer sa mère en établissement, lorsque ses symptômes d’Alzheimer devenaient très graves.

« C’était si follement insupportable que je l’ai placée en établissement. Enfin, elle a même changé d’établissement trois fois en vain. Nulle part, nulle part elle ne pouvait rester... Elle était flanquée dehors, si je peux dire. Elle a gêné le sommeil des autres personnes à côté d’elle. On ne m’a pas directement demandé de quitter l’établissement, mais je m’en suis aperçue, parce que les directeurs m’en ont parlé sérieusement. On m’a proposé la chambre individuelle, mais ça coûte très cher. Faute de moyens, elle est revenue à la maison comme ça. »^{Mme Rye (fille)}

Si les directeurs ont proposé une chambre individuelle, et si le surcoût pour la chambre individuelle doit être pris en charge par l’usager, la protection des malades atteints d’Alzheimer, en les séparant, n’est possible qu’à condition que les usagers dépensent plus d’argent. Du fait de la difficulté de l’harmonisation de l’habitation entre résidents déments et non-déments, depuis 2016 à l’occasion du 3^{ème} Plan national de la gestion de la démence (Annexe 6), l’État a encouragé les directeurs des établissements à se transformer en établissements qui s’adaptent aux malades atteints d’Alzheimer, partiellement ou entièrement. Pour les motiver, l’Assurance maladie verse, à ceux qui ont suivi ce conseil, plus 25 % du coût des prestations fournies aux usagers par rapport aux établissements normaux, et une prime mensuelle de 100 000 wons (70 euros) par résident. En échange de cela, les institutions doivent aménager la structure du bâtiment pour favoriser l’augmentation des activités physiques des résidents, et organiser tous les jours des ateliers qui retardent la dégradation de la capacité cognitive. De plus, il faut

¹²⁴³ I.-D. Choi. 2014b. *op.cit.* p.161.

¹²⁴⁴ J. Yoo, H. *et al.* 2018. *op.cit.*, p.164.

embaucher une AS pour 2 résidents, non pas pour 2,5 ou 3 résidents comme en établissement normal. D'ailleurs, les AS embauchées doivent avoir suivi la formation de 63 heures sur la maladie d'Alzheimer¹²⁴⁵. L'État a fixé l'objectif pour que le nombre des établissements atteigne progressivement 1 451 unités d'ici 2022. Pourtant, cet objectif est considéré comme démesuré, car le nombre d'établissements réservés aux malades d'Alzheimer est considérablement bas. En 2019, seules 56 collectivités locales sur 248 disposent d'institutions réservées aux malades atteints d'Alzheimer. Parmi 77 institutions au total, 29 CAJN et 48 établissements sont réservés aux malades atteints d'Alzheimer – 45 EHSLD qui disposent de salles pour les malades atteints d'Alzheimer, et 3 FC qui sont entièrement composés de résidents malades d'Alzheimer. Face au nombre insuffisant, ^{Mme} la professeure Han critique les lacunes du système institutionnel.

« L'État a fait la promotion pour créer des établissements pour la démence, mais on n'a pas réussi à atteindre l'objectif parce qu'il n'y avait pas beaucoup de demandeurs souhaitant les créer. Ça coûte plus cher que la création et la gestion d'établissement normal. De plus l'État exige beaucoup à propos des programmes cognitifs. D'autre part, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont perdu la capacité cognitive alors que la fonction physique est bonne. Les aides-soignantes doivent s'efforcer de s'occuper davantage d'elles. Et si on crée ce type d'établissement, il n'y a aucune possibilité d'accueillir les personnes ayant la catégorie 1. Les directeurs doivent se contenter d'accepter la catégorie 3. Qui souhaite gérer un établissement de soins pour la démence ? »

Effectivement, les directeurs des établissements, qui envisageaient le changement, y ont renoncé quand ils se sont rendu compte que la perte gagnerait sur le profit. D'abord, ils connaissent des difficultés à aménager la structure intérieure. Dans les établissements de taille petite-moyenne (moins de 30 résidents), ils ne sont pas propriétaires de l'immeuble, mais locataires – ce qui représente 69 % des établissements au total. Et ils ont une difficulté pour trouver des AS qui ont achevé la formation à la Maladie d'Alzheimer, du fait que celle-ci n'est pas obligatoire. Au cours du changement, il n'existe aucun dispositif pour les résidents non déments, donc les directeurs doivent résilier leur contrat. Et ce service augmente le coût pris en charge par l'utilisateur déments, alors que parfois le reste à charge de l'utilisateur est partiellement pris en charge par les établissements pour recruter des résidents. Ce sont les directeurs qui sont responsables de tout ce qui s'ensuit comme problématique et déficit¹²⁴⁶.

Compte tenu des exigences qui empêchent l'extension des établissements spécialisés, l'État a

¹²⁴⁵ Journal quotidien électronique « Dementia New », le 19. 03. 2019 : <https://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=1574>

¹²⁴⁶ Journal quotidien électronique « Dementia New », le 22. 08. 2019 : <https://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=2077> ; Journal quotidien « Hankook », le 24. 01. 2019 : <https://www.hankookilbo.com/News/Read/201901231371733077>

allégé certaines conditions. Suite à la révision du 1^{er} avril 2019, conformément à l'article 622 du décret relatif à l'application de la LPPA, les directeurs peuvent désormais embaucher 1 AS pour 2,5 résidents (au lieu de 1 pour 2). L'effectif pour une chambre augmente de « moins de 12 résidents » à « moins de 16 résidents ». Et l'obligation d'installer une chambre individuelle, d'installer un espace extérieur au bâtiment, et la surface minimum de la chambre, sont supprimées. La surface de la salle commune devait être de 25 % de la surface entière de l'établissement, tandis qu'il suffit désormais au moins de 1,65 m² par résident. Pourtant, le fait que les AS doivent désormais s'occuper de plus de malades d'Alzheimer est actuellement critiqué.

Mme la Professeure Han nous a indiqué qu'« il n'y a aucune possibilité d'accueillir les personnes ayant la catégorie 1 ». Le but lucratif est également un des facteurs principaux pour ne pas accueillir des malades atteints d'Azlehimer. Non seulement les établissements doivent faire plus d'efforts pour donner les soins, mais ils reçoivent aussi moins de crédits d'État. L'État verse un coût différent selon les catégories, c'est-à-dire qu'il verse plus d'argent pour les résidents ayant les catégories les plus élevées. Par rapport aux catégories 1 et 2, l'Assurance maladie verse moins d'argent aux catégories de 3 à 5, alors que les malades d'Alzheimer sont concentrés dans ces catégories. L'État prend en charge 80 % du coût d'utilisation de l'établissement par résident, et celui-ci règle 20 % de reste à charge. De ce fait, la plus grande partie des chiffres d'affaire de l'établissement dépendent du versement de la part de l'État, et donc il est important que le résident possède la catégorie la plus élevée possible. En moyenne, les directeurs gagnent 1 800 000 won (=1 300 euros) par résident, ce qui fait que même la clôture du contrat avec un résident entraîne une perte considérable¹²⁴⁷. Ce point est directement lié à la passivité des directeurs à l'égard de l'amélioration de la qualité de service. Si l'établissement a pour mission de maintenir la qualité de vie des personnes âgées malades, elle présente pourtant une facette sournoise, en jouant le rôle de « maintenir la santé » mais aussi en « espérant » la dégrader pour le seul profit commercial.

« Dans l'établissement, il est nécessaire d'organiser des programmes qui peuvent bien encadrer les malades déments. Mais actuellement ce n'est pas comme ça. Il faut normalement mettre en application les programmes cognitifs de façon intensive, mais dans la plupart des établissements, seuls deux programmes sont exécutés, l'un pour le matin et l'autre pour l'après-midi. À mes yeux, cela n'aide pas du tout pour améliorer ou maintenir la capacité. Il faut un programme intensif. [...] Mais hélas, ça pose un problème si la santé s'améliore, parce que le niveau de l'ASLD de l'utilisateur s'améliore aussi. Les établissements reçoivent moins

¹²⁴⁷ Journal quotidien électronique « Hyundai News », le 30. 04. 2013 : <http://m.hyundaenews.com/5778>

d'argent qu'auparavant parce que l'État considère qu'il n'est pas difficile de prendre soin des personnes dont les symptômes sont moins lourds, ce qui fait qu'il donne moins. Les directeurs ne souhaitent pas recevoir moins d'argent. C'est la raison pour laquelle les établissements minimisent les soins pour ne pas faire descendre la catégorie d'ASLD mais plutôt aggraver l'état de santé. »¹²⁴⁸ Mme la Professeure Han

« Les autres pays comme le Japon ne font pas comme ça. Ils versent aux établissements le coût sans regarder si la place est occupée ou pas. Les directeurs des établissements dans ces pays n'ont pas besoin de s'inquiéter comme des commerçants. Ils pourront faire l'effort d'améliorer l'état de santé des résidents, et donc de les faire rentrer chez eux, parce que l'État donne de l'argent malgré quelques places vides. Par contre notre pays verse de l'argent en fonction du nombre des résidents. Si un résident part, la perte est énorme. C'est pour cela que les directeurs essayent de maintenir l'effectif des résidents. Dans ce contexte, qui va faire l'effort d'améliorer l'état de santé des personnes âgées ? »¹²⁴⁹ Mme Hong, directrice du FC *Kangbuk*

2.2.2. Maltraitance et services insincères

Si la fréquence de maltraitance des personnes âgées¹²⁴⁸ s'est progressivement élevée en 10 ans, il en va de même pour le taux de maltraitance en établissement. Le nombre des maltraités a augmenté plus de 1,8 fois, de 2 038 en 2005 à 3 818 en 2015. Parmi ces chiffres, le taux de maltraitance en établissement occupe 3,4 % en 2005 et 9,9 % en 2015, augmenté de 6,5 p% (Annexe 4. G-23)¹²⁴⁹. La plupart des maltraitements en établissement sont perpétrés par ceux qui y travaillent. Parmi 318 personnes qui les ont commises, 315 exercent en établissement, les trois autres sont des résidents ou le malade lui-même. Les types de maltraitance sont l'abandon pour 44,9 %, la maltraitance physique pour 21,2 %, la maltraitance émotionnelle pour 19,7 % et la maltraitance sexuelle pour 12,0 %. La maltraitance n'est pas commise de temps en temps, mais régulièrement selon l'heure (journée ou nuit) et par différents personnels¹²⁵⁰. L'étude de H. Lee *et al.* montre que la sangle a été appliquée à 78,3 % sur 2 801 des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui se trouvent à l'hôpital gériatrique ou en établissement de soin. 49,3 % ont été attachés moins de 24 heures, 20,2 % l'ont même vécu entre 145 et 168 heures. Plus les niveaux cognitif et comportemental sont bas et plus le niveau de dépendance est élevé, plus l'attachement avec corde est fréquent¹²⁵¹.

¹²⁴⁸ La maltraitance des personnes âgées comprend tout ce qui est infligé aux personnes âgées comme la violence physique, psychique, émotionnelle, sexuelle, l'exploitation économique, le comportement cruel, l'abandon, la négligence.

¹²⁴⁹ Y. K. Lee. 2017. « Current State and Challenges of Abuse in Formal Care Settings », *Health and welfare policy forum*, May, p.65.

¹²⁵⁰ Y. Moon, H. Lee. 2017. « A Comparative Study on Policies of Elderly Abuse in the Long-Term Care Facilities on WHO, Main countries », *Korea Social Policy Review*, vol.24, no.1, p.70.

¹²⁵¹ H. Lee *et al.* 2019. « Factors related to Use of Physical Restraints for Older Adults with Dementia in Long-term Care Settings », *J. Korean Gerontol Nurs*, vol.21, no.2, p.125-134.

Il n'est pas rare de lire des articles sur la maltraitance. Entre autres, une personne âgée ayant un problème à la colonne vertébrale voulait aller aux toilettes, mais son aide-soignante lui a mis une couche et attaché les mains et les pieds. Sa famille, qui s'en est aperçu, l'a déclaré à la police. Pour un autre cas, une fille, qui a confié sa mère à un établissement de soins, a trouvé un bleu sur son visage, et elle a présenté une pétition à la commission nationale du droit des hommes¹²⁵². Parmi les aidantes principales interrogées, certaines, qui ont obtenu le diplôme d'AS, ont constaté, lors de stage en établissement, la manière dont les AS ont traité les résidents.

« Quand j'ai fait un stage en institution, en voyant les aides-soignants prodiguer les soins aux personnes âgées, je me disais « ça me rendra dingue si je vis ici ». Ils n'ont pas d'affection, mais ils agissent seulement de façon formelle. Pour brosser les dents, ils mettent un tout petit peu de dentifrice sur la brosse, pour formellement sentir l'odeur de menthe. Même si je comprends qu'ils ne peuvent pas faire comme ils le font à leurs propres parents... je me disais que ça ne doit pas se faire comme ça. À la télé, on voit qu'ils attachent les mains... C'est pitoyable. »^{Mme Seo (belle-fille)}

Sans expérience sur place, certaines entendent souvent parler de la maltraitance des AS en établissement.

« Si on fait le mauvais choix d'une institution, j'ai entendu dire que certains soignants pincement ou même donnent un coup de poing. En donnant la douche, ils négligent que les personnes âgées se brûlent avec l'eau chaude. Donc ils les laissent sans traitement, alors que la chair pourrie peut même entraîner la mort. Je pense qu'on meurt aussitôt qu'on y est. »^{Mme Moun (fille)}

Il est intéressant de constater que^{Mme Jong} critique la manière dont les AS font leur travail, mais qu'elle comprend le contexte de violence.

« Chaque fois que je vois un accident survenu en établissement, je ne comprends pas les réactions de leurs familles. N'ont-elles pas confié leurs proches âgés en établissement parce qu'elles ne pouvaient pas prendre en charge les soins de leurs proches âgés ? Elles n'ont pas le droit de réclamer. Tant que la prise en charge des soins m'est difficile, n'est-ce pas que les soignants ont aussi les difficultés à cet égard ? Ils doivent répéter ce travail et donc le stress se cumule... Comment ils peuvent faire comme ça sans stress ? »^{Mme Jong (fille)}

Ce point indique que même pour les professionnels, bien que leur métier soit justement de prodiguer les soins aux malades, le pratiquer ne peut pas être seulement un « travail sur autrui », mais un « travail avec autrui »¹²⁵³. Si la maltraitance résulte de facteurs complexes : les caractéristiques individuelles des personnes âgées (le niveau de l'état de santé, le niveau de

¹²⁵² Journal quotidien électronique « Hyundae News », le 30. 04. 2013 : <http://m.hyundaenews.com/5778>

¹²⁵³ D. Laforge. 2009. « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, no.4. URL: <http://journals.openedition.org/socio-logos/2317>

dépendance), les caractéristiques individuelles des personnels (stress), les conditions de travail (le nombre des personnes âgées confié à chaque personnel, l'infrastructure), ces deux derniers en sont les causes principales¹²⁵⁴. Parce que les AS prennent soin des personnes âgées ayant besoin d'aide dans les actes quotidiens, leur tâche nécessite une grande force physique, surtout en cas d'état grabataire. L'étude de A. Jeong et H. Higashihata montre que 70,4 % des 280 AS travaillant en établissement ont des douleurs lombaires depuis qu'elles exercent ce métier. Les régions du corps les plus touchées correspondent aux reins (55,8 %), aux épaules (43,1 %) et aux bras (19,8 %). Et c'est le déplacement du corps qui est leur tâche la plus difficile¹²⁵⁵. Compte tenu du fait que de nombreuses personnes, dont l'état de santé est plus dégradé, sont entrées en établissement, les AS en établissement manifestent davantage leur mauvaise santé que les AS à domicile¹²⁵⁶.

Et les mauvaises conditions d'emploi concernent davantage les règles d'embauche de l'AS en établissement : comme nous l'avons mentionné plus haut, 1 AS pour 2,5 résidents en EHSLD et pour 3 au FC (l'article 22-1 de la LPPA). Le temps de travail d'un AS correspond à 8 heures par jour, et 160 heures par mois. Dans ce cas, il y a un problème pour que les soins soient réalisés le reste du temps. Cela impose le travail en trois-huit et une AS s'occupe des tâches de ses collègues¹²⁵⁷. Mme Hong, directrice de FC, explique ce système en détail.

« Conformément à la loi, on doit embaucher une aide-soignante par trois résidents. En apparence, cela semble bien fait, n'est-ce pas ? Mais non. L'aide-soignante ne travaille pas 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365, alors que le règlement prend 365 jours comme référence. Si elles font les trois-huit, une seule aide-soignante doit s'occuper finalement de neuf personnes. Dans ce cas, combien de force physique devra-t-elle avoir toute seule pour tout faire ? En cas de la prise de douche... Certaines personnes âgées pèsent jusqu'à 80 ou 90 kilogrammes. Comment faire toute seule pour les changements de position, de couche, de vêtement ? Il faut deux personnes. » Mme Hong, directrice du FC *Kangbuk*

En fait, la mauvaise qualité des services ne peut se limiter aux soins prodigués par les AS. Certains établissements ne sont pas sincères dans la gestion des services, pour obtenir plus de profit ou diminuer les dépenses. Par exemple plusieurs établissements ont été repérés pour l'utilisation d'ingrédients ayant dépassé la date d'expiration, ou dans lesquels des excréments de

¹²⁵⁴ Y. Moon, H. Lee. 2017. op.cit. p.70.

¹²⁵⁵ A. Jeong, H. Higashihata. 2018. « Physically Demanding of Care Worker in Elderly Care Facilities : in Seoul and Gyeonggi-do », *The Journal of Long Term Care*, vol.6, no.1, p.32-48.

¹²⁵⁶ H. Hwang, J.-O. Kim. 2015. « Influence of Job Stress, Coping Strategies on life satisfaction in long-term care workers –focused in Gyeonggi-do », *Journal of Korea Academy Industrial Cooperation Society*, vol.16, no.9, p.6152-6159.

¹²⁵⁷ D. S. Lee. 2014. « How to Improve the problems of long-term care facilities for the elderly », *Journal of Social Science*, vol.31, no.2, p.175.

souris ont été décelées du fait de négligence dans la propreté de la réserve¹²⁵⁸. De même, ils ont réduit l'effectif des AS pour économiser la dépense des rémunérations¹²⁵⁹, ce qui entraîne davantage de pénibilité pour les AS au niveau physique et psychique.

Relativement à la forte pénibilité du travail, le niveau de rémunération n'est pas non plus favorable. La rémunération d'AS n'est pas fixée, et elle peut être différente d'une institution à l'autre selon le type d'institution (même pour des institutions du même type) et selon le type de service prodigué. La moyenne du montant des rémunérations des AS et du nombre d'intervention en 2014 correspond à quelques 1 300 000 wons (=962 euros) pour 157,9 heures chez les AS en établissement et à 6 659 wons (=5 euros) / h pour 94,6 heures pour les AS à domicile, donc 629 941 wons (467 euros)¹²⁶⁰. Même si le montant est plus élevé que le niveau du SMIC (5 210 wons en 2014), le niveau de rémunération des autres métiers d'intervention à domicile, tels que l'aide-ménagère (qui garde un enfant), est de 7 200 wons par heure¹²⁶¹. J. H. Kim *et al.* montre que le niveau de salaire d'AS est plus élevé dans l'établissement dirigé par les collectivités locales que dans l'établissement privé, même si l'heure de travail est plus élevée dans ce dernier : 1 434 000 wons pour 162,6 heures et 1 264 000 wons pour 177,5 heures en établissement privé¹²⁶². Selon N. J. Yang, toutes les institutions, qu'elles soient à but lucratif ou non, se caractérisent par l'aspect commercial. Pourtant, la qualité des services est très variée de l'une à l'autre, car les dispositifs qui imposent un niveau de qualité des services sont absents. La qualité des institutions dirigées par les collectivités locales est reconnue, alors que leur nombre est très faible¹²⁶³. De ce fait, parce que les familles, qui laissent leurs proches âgés en établissement, prennent également conscience des conditions du travail des AS et que celles-ci ne peuvent pas s'occuper attentivement de chacun, certaines familles leur donnent de l'argent discrètement en espérant qu'elles privilégieront leurs proches âgés. Mais il y a aussi des AS qui demandent de l'argent explicitement aux familles¹²⁶⁴.

Or, cela ne signifie pas que tous les établissements négligent le bien-être des résidents. Si ^{Mme} Hong défend la fonction du FC, c'est parce que le foyer collectif n'a pas au départ attiré

¹²⁵⁸ Journal quotidien électronique « Hyundae News », le 30. 04. 2013 : <http://m.hyundaenews.com/5778>

; Journal quotidien électronique « Yoyang news », le 07. 06. 2017 :

<http://www.yoyangnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=105>

¹²⁵⁹ Dans les règles, il faut 2,5 aides-soignants par une personne.

¹²⁶⁰ S.-K. Kyoung, S. H. Jang, Y.-G. Lee. 2017. « A Study on the Care Worker's Working Condition and Wage with Public Data of the NHIC », *Journal of the Korea Contents Association*, vol.17, no.6, p.339-350.

¹²⁶¹ J. H. Kim *et al.* 2016. « A National Survey of Worker's Wages in Long-term Care Institutions », *The Journal of Long Term Care*, vol.3, no.2, p.103.

¹²⁶² *Ibid.* p.112.

¹²⁶³ N. J. Yang. 2014. « A Study on Differences and Institutional Isomorphism Between Non-profit and For-profit Nursing Home in Korea », *Journal of Korean social welfare administration*, vol.16, no.1, p.203.

¹²⁶⁴ J. Yoo *et al.* 2018. *op.cit.* p.155.

beaucoup d'attention, à l'ombre de l'EHS LD. Parce que le FC se focalise plutôt sur la vie des résidents dans une ambiance familiale comme à la maison, les conditions professionnelles sont moins exigeantes : il faut se rappeler qu'il suffit d'un infirmier et d'une aide-soignante pour 3 résidents au FC, tandis qu'il faut en plus un kinésithérapeute, un infirmier, et des aides-soignantes plus nombreuses (pour 2,5 résidents) en EHS LD. Cela signifie que les résidents bénéficient de moins de services au FC qu'à l'EHS LD¹²⁶⁵. Toutefois, de nombreux établissements de grande taille offrent des soins très formatés, malgré divers services, qui ne tiennent pas compte de l'esprit humain et ne considèrent pas les résidents comme des êtres humains dignes, alors qu'au FC, les résidents, les aides-soignantes, les infirmières et même le(a) directeur(trice) se connaissent bien, et l'ambiance familiale peut donner aux résidents un sentiment de confort¹²⁶⁶. C'est la raison pour laquelle on se tourne de plus en plus vers le FC, comme alternative à l'EHS LD¹²⁶⁷. L'entretien avec Mme Hong a été passé dans son FC. Et après l'entretien, elle nous a guidés dans son établissement, et connaissait les noms de tous les résidents. Nous avons pu sentir que l'établissement crée une ambiance différente, selon la philosophie du dirigeant.

« Quelques personnes, qui ont quitté le foyer pour aller en EHS LD, reviennent en étant étonnées de voir les établissements de grande taille. Ceux-ci sont bien équipés de matériaux modernes et systématiques. Aux yeux des familles, ils sont bien faits, parce que là-bas, il y a une salle de rencontre, une salle des bénévoles, une grande salle de réunion, etc. ça tente. Mais les personnes qui gardent la capacité cognitive disent souvent que là-bas, on ne peut pas voir le visage du directeur, et les aides-soignants ne sont pas gentils, et on dirait que l'ambiance ressemble à celle d'un hôpital... »^{Mme} Hong, directrice du FC *Kangbuk*

3. Prestations particulières en espèces

3.1. Montant très bas

La prestation particulière en espèces est versée dans le cas où, soit il n'existe pas de service d'aide à domicile dans la région où le bénéficiaire réside, soit lorsque la personne est considérée par le Ministre des affaires sociales et de la santé comme un cas particulier, pour des raisons physiques et psychiques. Par rapport au montant attribué pour les prestations en nature, la prestation particulière en espèces représente un montant très bas : 150 000 wons fixés (= 110 euros) pour quel que niveau de l'ASLD que ce soit (à comparer aux 1 245 400 wons (= 920 euros) pour la catégorie 1 et 830 400 wons (=610 euros) pour la catégorie 5). Cela est équivalent

¹²⁶⁵ National Health Insurance Service. 2018. *op.cit.*

¹²⁶⁶ *Ibid.* ; OMS. 2016. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, Genève. P.143-144.

¹²⁶⁷ H. S. Yoon, S. H. Sok. 2016. « Adaptation Process to Group Home Living by Older Adults », *Korean Society of Nursing Science*, vol.46, no.6, p.858-870.

à 13 % du plafond de la prestation pour la catégorie 1, 15 % pour la catégorie 2 et 18 % pour la catégorie 3. Nous pouvons remarquer que le principe prioritaire de l'ASLD repose sur les prestations en nature. Pourtant, malgré le montant « symbolique », le nombre de bénéficiaires de cette prestation particulière en espèces augmente de plus en plus. En fait, le nombre a baissé de 1 000 en 2009 à 587 en 2011¹²⁶⁸ puis il a rebondi et augmente de 857 en 2013 à 1 131 en 2016. Mme Kwon, Mihyuk, députée du parti au pouvoir, a souligné que le montant est très faible et exprimé la nécessité de le réexaminer¹²⁶⁹. Selon Y. K. Lee *et al.*, l'ASLD valorise moins la famille comme ressource de soin, car l'utilisation des aides publiques est considérée du point de vue politique comme le meilleur choix dans la prise en charge d'un parent âgé¹²⁷⁰.

3.2. Inégalité de la distribution des services de l'ASLD selon les régions

Le fait qu'« il n'existe pas de service d'aide à domicile dans la région où le bénéficiaire réside » implique un déséquilibre du nombre des institutions de services à domicile entre les régions, surtout entre les régions urbaines et rurales¹²⁷¹. À l'instar de l'extension du nombre des bénéficiaires correspondant au niveau 4 ou 5 (symptôme léger), l'accent est mis sur la capacité d'assurer et répondre à leurs besoins de soin. Mais dans l'agenda politique l'inégalité de l'offre des services, selon la région, est peu traitée. Elle est due à l'abandon des ouvertures d'institutions à cause de difficulté d'accès et aux caractéristiques des localités rurales¹²⁷².

Selon Y. K. Lee *et al.*, les services de l'ASLD tendent à être davantage à disposition autour des grandes villes, et le niveau de concentration s'accroît d'année en année. Les services à domicile se concentrent davantage que les services en établissement, mais les soins infirmiers à domicile sont le service le moins disponible parmi tous les services de l'ASLD. Les auteurs soulignent que, compte tenu de la population concernée, les ruraux, dont la moyenne d'âge est plus élevée que les urbains, nécessitent davantage de services¹²⁷³. L'étude de Y. Byun qui a interrogé 228 personnes (bénéficiaires ou leurs aidants familiaux) habitant dans 22 communes montre que 90,6 % des personnes interrogées se concentrent sur le recours aux services d'aide à domicile (90,6 % pour l'aide à domicile, 41,3 % pour le service du bain à domicile, 21,5 % pour les soins infirmiers à domicile, 7 % pour le service de CAJ (aucun service de CAN n'existe), 5 % pour le service de ECS, 39 % pour les équipements de soin). Pourtant les types de service que les

¹²⁶⁸ S.-H. Lee. 2017. *op.cit.*

¹²⁶⁹ Journal quotidien électronique Health Focus, 2018. « Il est nécessaire de réexaminer le montant de la prestation particulière en espèces », le premier Février, <http://www.healthfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=78030>

¹²⁷⁰ Y. K. Lee, E. N. Kang, S. J. Kim, J. K. Byeon. 2017. *op.cit.*, p.162.

¹²⁷¹ D. Sunwoo *et al.* 2016. *op.cit.* p.395-396.

¹²⁷² J. Y. Maeng, Y.-J. Lee. 2017. *op.cit.* p.87.

¹²⁷³ Y. K. Lee, C. M. Yang, D. M. Seo. 2011. *Equity in Long-term Care Insurance in Korea*, Report 2011-37-11, Korea Institute for Health and Social Affairs, p.81-82.

aidants familiaux trouvent nécessaires sont différents de l'utilisation actuelle. Notamment, 61,1 % ont choisi le service du bain à domicile, 18,3 % le service de CAJ, 5,3 % le CAN et 9,2 % le service d'ECS. 58,2 % des 194 aidants ont indiqué l'absence de service et le manque d'information¹²⁷⁴. Nous pouvons remarquer qu'ils ont besoin de services qui leur permettent de prendre du répit ou d'alléger le fardeau physique. Si la proximité peut être un facteur déterminant pour l'utilisation des services de CAJN ou de ECS, les ruraux ont une limite d'accès à de tels services malgré leurs besoins, en raison du problème géographique ou de l'absence totale dans certaines régions¹²⁷⁵. Cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y a eu aucune augmentation du nombre des institutions de l'ASLD au fil du temps. D'après l'étude de J. Y. Maeng et J.-Y. Lee, le nombre des institutions de services à domicile pour 1 000 personnes âgées est plus élevé, soit 1,67, dans les grandes villes, puis 1,57 dans les petites-moyennes villes et 1,35 dans les villages d'agriculture et de pêche. Le taux de la hausse par rapport à 2008 est plus élevé en 2016 à 93,82 % dans des petites-moyennes villes, puis viennent ensuite 82,43 % dans les villages d'agriculture et de pêche et 82,52 % dans les grandes villes¹²⁷⁶. Malgré certains développements, le faible nombre des institutions est également dû au manque d'employés, car les aides-soignantes se précipitent dans les grandes villes pour trouver facilement un poste¹²⁷⁷. L'accès limité aux services engendre la violation du droit des assurés, puisque l'ASLD est l'assurance nationale et universelle¹²⁷⁸. Parallèlement, cela signifie que leurs aidants ruraux sont exclus de l'accès à l'aide publique, et pourtant leur rôle occupe une place primordiale pour la prise en charge de leurs proches âgés, en mobilisant leurs ressources informelles (puisque le montant de la prestation particulière en espèce est très faible).

4. Prestations officieuses : aide-soignante familiale (ASF)

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'ASLD a pour objectif d'alléger la surcharge de la famille qui prend en charge son proche âgé ayant besoin de soins de longue durée. Cependant, nous verrons que les familles font désormais partie du marché du travail de soins en devenant elles-mêmes AS pour prendre en charge les soins de leurs proches âgés malades. Il n'y a pas d'appellation officielle pour les désigner mais on les appelle naturellement « aides-soignantes familiales » (ASF) en Corée du Sud¹²⁷⁹. La logique pour devenir ASF est la suivante : un membre de la famille, dont le proche âgé est bénéficiaire de l'ASLD, obtient le titre d'AS après

¹²⁷⁴ Y. Byun. 2010. « A Study on The Use of Long-term Home Care Service in Agricultural Districts », *Korean Social Security Studies*, vol.26, no.3, p.283-308. p.298-299.

¹²⁷⁵ *Ibid.* p.293.

¹²⁷⁶ J. Y. Maeng, Y.-J. Lee. 2017. *op.cit.* p.100.

¹²⁷⁷ D. Sunwoo *et al.* 2016. *op.cit.* p.395-396.

¹²⁷⁸ Y. K. Lee *et al.* 2011. *op.cit.* p.11-29.

¹²⁷⁹ N. J. Yang. 2013. *op.cit.* p.98

avoir suivi des cours et réussi à l'examen. Et il s'inscrit en tant qu'AS dans une association d'aide à domicile qui le rémunère pour la prise en charge des soins de son proche âgé, dans le cadre des prestations de services à domicile du système de l'ASLD.

Il est intéressant de noter que pour l'État coréen, l'apparition nette des ASF n'était pas prévue au moment de la mise en œuvre de l'ASLD en 2008. Il a d'ailleurs limité dans son règlement le volume d'heures, au cas où l'AS prend soin de son proche âgé bénéficiaire de l'ASLD. Plusieurs études coréennes relèvent la raison de l'augmentation du nombre d'ASF. Il s'agit des intérêts convergents de l'institut de formation des aides-soignantes, de l'association d'aide à domicile et de la famille. D'une part, l'institut de formation a fait sa promotion afin de beaucoup recruter arguant qu'il serait possible de gagner de l'argent en soignant son proche âgé bénéficiaire de l'ASLD, après avoir obtenu le diplôme. D'autre part, l'association d'aide à domicile a recommandé ses services aux aidantes principales, parce que l'embauche des ASF s'accompagne systématiquement de la clientèle de leurs proches âgés bénéficiaires. De même, les aidantes principales se sont aperçues qu'elles pourraient être rémunérées pour ce qu'elles ont fait jusque-là. D'ailleurs, l'augmentation du nombre d'ASF était favorisée dès le début par la condition de délivrance du diplôme. En effet, comme nous avons évoqué plus haut, jusqu'au milieu de 2010, il était possible de l'obtenir sans examen, mais seulement après avoir suivi le nombre d'heures de cours nécessaire¹²⁸⁰. L'existence de l'ASF était insignifiante auparavant, tandis qu'elle semble désormais installée de plus en plus comme un des types « officiels » des prestations de l'ASLD. En effet le nombre d'ASF ne cesse de s'élargir. La proportion est passée de 16 509 soit 16 % de la totalité des aides-soignantes en septembre 2009 à 46 392 soit 38 % en février 2012 (Annexe 4. T-35).

Avant la mise en œuvre du système, le Ministère des affaires sociales et de la santé avait mentionné dans son bulletin 2008-66 que les services de soins prodigués par l'aide-soignante, qui cohabite avec son proche âgé bénéficiaire de l'ASLD, sont autorisés au maximum jusqu'à 120 minutes par jour. Mais suite à l'augmentation du nombre de demandes de ce cas, l'État coréen a commencé à réduire le volume d'heures : de 120 minutes par jour et 31 jours par mois en 2008, à 90 minutes en 2009, et finalement 60 minutes par jour et 20 jours par mois depuis le milieu de 2011. Mais si l'ASF est un(e) conjoint(e) de plus de 65 ans ou si son proche âgé présente les troubles comportementaux dûs à la maladie d'Alzheimer, le volume d'heures est autorisé jusqu'à 90 minutes.

¹²⁸⁰ Y. K. Lee. 2010b. ; N. J. Yang. 2013. *op.cit.*; S. W. Hong. 2011. *op.cit.*

Le critère de l'ASF a également évolué. En 2008, il évoque la famille qui cohabite avec le bénéficiaire sous le même toit. Cela s'élargit en 2010 à la famille qui habite séparément, à condition de résider dans le même immeuble que le bénéficiaire. Cela signifie qu'un membre de la famille non cohabitant (ni dans le même bâtiment), qui intervenait à titre d'AS, n'était pas considérée comme ASF, mais AS. C'est la raison pour laquelle le montant rémunéré était plus favorable pour ceux qui ne cohabitaient pas, et beaucoup de cas frauduleux ont été découverts : par exemple, malgré la cohabitation avec son proche âgé bénéficiaire, la personne fait semblant de ne pas cohabiter, en déclarant deux adresses différentes. Enfin, en 2011, le critère de cohabitant ou non cohabitant est supprimé, et le sens de la famille, pour l'aide-soignante familiale, est beaucoup plus large qu'auparavant. De même, en 2009, il est établi que dans le cas de l'intervention de l'ASF, le bénéficiaire ne peut pas demander d'autres prestations dans le même jour. De fait, les ASF ont protesté contre la mesure de réduction du volume d'heures de soins rémunérés. Mais l'État a réagi en disant que le soin prodigué par la famille ne pourrait pas être reconnu comme une prestation officielle de l'ASLD, et que l'ASLD n'offre en principe les prestations en nature qu'à l'égard des soins directs aux bénéficiaires. En outre il a souligné qu'une enquête, menée auprès des aidants familiaux, constatait 65 minutes comme le temps moyen nécessaire par jour pour l'aide directe aux bénéficiaires¹²⁸¹. De même, parce que la société coréenne repose sur l'éthique du *hyo* et que celui-ci l'influence toujours, le fait que les enfants adultes demandent une compensation vis à vis des soins prodigués à leurs parents âgés est mal vu et considéré comme de l'ingratitude. Et comme cela peut risquer de faire disparaître la tradition coréenne, les personnes concernées se montrent prudentes pour manifester fortement leur mécontentement¹²⁸².

Au début, il n'y avait pas de restriction pour les ASF qui travaillent. En fait, 80 % des ASF avaient déclaré effectuer les soins la nuit ou le matin de bonne heure¹²⁸³, et pour l'assurance maladie, la plupart d'entre elles avaient déclaré leurs prestations après leur travail ou avant d'aller au travail, alors qu'elles n'avaient pas effectué les soins. Ce qui était considéré comme fraude. C'est la raison pour laquelle l'État a interdit que soient rémunérées, à partir de 2014, les ASF affiliées à l'assurance maladie à titre d'employées exerçant 160 heures de travail par mois. Et à partir de 2016, ce critère a été renforcé par l'extension de la définition de l'exercice du travail, de « celles qui sont affiliées à l'assurance maladie » à « toutes les employées » qui

¹²⁸¹ Le document de l'explication de ministère des affaires sociales et de la santé à l'égard de l'article de journal *Hangyeorae*, le 21. 07. 2011

¹²⁸² Y. K. Lee. 2010b. p.98-99 ; Y. K. Lee. 2010a, p.30.

¹²⁸³ Comme nous avons évoqué le système de prise en compte de l'heure passée à prodiguer les soins

travaillent plus de 160 heures¹²⁸⁴. Par ailleurs, si seulement « une heure de soins par jour et 20 jours par mois » sont autorisés pour la rémunération de l'ASF, celle-ci peut faire intervenir une AS pour les soins de son proche âgé pendant 10 jours. De plus, elle peut travailler comme AS jusqu'à 65 heures au maximum mensuellement chez d'autres personnes âgées (Annexe 4. T-36)¹²⁸⁵.

Il faut rappeler que pour une personne habitant une région isolée où le service d'aide à domicile n'existe pas, si la personne est considérée par le Ministre des affaires sociales et de la santé comme un cas particulier pour des raisons physique et psychique particulières, elle ne reçoit que 150 000 wons (=110 euros), de quelque catégorie de l'ASLD qu'elle soit bénéficiaire. La rémunération moyenne de l'ASF s'élève mensuellement à environ 240 000 wons (=178 euros) pour 60 minutes et 540 000 wons (400 euros) pour 90 minutes¹²⁸⁶. Ce montant est plus élevé que la prestation monétaire particulière. De ce fait, le nombre de demandes de celle-ci est de plus en plus réduit, de 1 000 personnes en 2009 à 587 en 2011, tandis que les demandes de prestation de soins prodigués par l'ASF augmente, de 16 509 à 49 059 dans la même période¹²⁸⁷. À ce propos, Y. K. Lee estime que la personne, qui avait bénéficié de l'allocation particulière et obtenu le diplôme d'AS, est désormais devenue l'ASF pour toucher un peu plus¹²⁸⁸.

Il est nécessaire d'examiner les caractéristiques de la population bénéficiant de l'ASF. Toutefois, les recherches existent très peu. En effet, l'État coréen ne considère pas l'ASF comme un type officiel de prestations à domicile du système de l'ASLD, et cela ne permet pas de trouver facilement les données concrètes officielles ni d'études sur ce sujet. Nous avons remarqué que la plupart des études sur l'aide-soignante familiale, telles que des mémoires et des thèses dans le monde universitaire ou des études collectives dans le cadre des instituts d'études politiques, ainsi que des articles des revues scientifiques s'arrêtent en 2013. Depuis 2014 peu d'études sont publiées¹²⁸⁹. À ce propos, nous avons pu recueillir l'opinion du directeur d'une branche de l'Assurance maladie¹²⁹⁰.

« La recherche sur l'aide-soignante familiale est un tabou en quelque sorte dans le monde scientifique à propos des soins de longue durée en Corée du Sud. Il faudrait faire attention. En

¹²⁸⁴ Bulletin du ministère des affaires sociales et de la santé 2017-141, le 08, 08, 2017.

¹²⁸⁵ Journal quotidien « Joong-Ang », le 07. 06. 2018 : <https://news.join.com/article/22693754>

¹²⁸⁶ *Idem.*

¹²⁸⁷ D. Sunwoo *et al.* 2016 ; Y. K. Lee. 2010b. *op.cit.*

¹²⁸⁸ *Idem.*

¹²⁸⁹ B. J. Jeon, K. W. Choi. 2016. « Moderating Effects of Family Strength on the Relationship between Role Stress and Depression of Family Care Workers », *The Korean Journal of Stress Research*, vol. 24, no.3, p. 210-219 ; D. Sunwoo *et al.* 2016. *op.cit.*

¹²⁹⁰ C'est la raison pour laquelle nous sommes limitées pour porter les données officielles concrètes et récentes sur les aides-soignantes familiales et examiner la récitation des écrits.

fait, l'aide-soignante familiale est due à l'effet inattendu des premières années du système de l'ASLD. Même si l'acteur politique veut tout supprimer, on ne peut pas le faire à cause de la protestation. C'est un consentement tacite entre les mondes administratif, scientifique et employeur. » K, directeur de la branche d'un arrondissement de Séoul de l'Assurance maladie

Malgré cette situation, certaines études offrent des données significatives. L'étude de I. H. Choi et J. H. Kim a comparé les caractéristiques entre le corpus d'ASF et celui d'aidants familiaux à partir des données de l'enquête quantitative qui a été menée en 2011 auprès des aidants familiaux (fille, fils, belle-fille et conjoint(e)) par l'Institut coréen des politiques des femmes¹²⁹¹. Dans le cas des AS, les femmes sont dominantes en atteignant plus de 90 % chez les ASF (66,7 % chez les aidants familiaux), et leur âge moyen est de 56,8 ans, plus âgé que les aidants familiaux. De plus, le taux de cohabitation est plus élevé dans le même ordre, 85,9 % et 70,0 %. De même, les revenus mensuels sont plus défavorables chez les ASF : plus de 40 % sont composés de ménages ayant des revenus inférieurs à 1 000 000 wons (=750 euros), et seulement 20 % gagnent plus de 2 500 000 wons (=1 850 euros) tandis qu'ils sont de 15,3% et de 50,7 % respectivement chez les aidants familiaux. Les ASF prennent soin de leurs proches âgés pendant plus d'heures par jour, alors qu'ils reçoivent moins d'aides de leurs familles. De même, l'état de santé de leurs proches âgés est beaucoup plus lourd chez les ASF (Annexe 4. T-37). Au demeurant, le fardeau est plus lourd chez les premiers que chez les deuxièmes. Parallèlement, l'étude de E. H. Chung montre que 79 % des ASF interrogées n'ont pas mené d'activité professionnelle avant d'obtenir le diplôme d'AS¹²⁹². Cela signifie que les femmes d'âge moyen ont un accès difficile au marché du travail, et que le travail d'aide-soignante (familiale) leur en donne l'accès. D'ailleurs, 78 % ont signalé des difficultés financières, ce qui fait que 40 % ont critiqué la réduction du volume d'heures à 60 minutes par jour et 37,6 % sont mécontentes de la réduction du volume des jours à 20 jours par mois.

CHAPITRE 2. CHERCHER L'EQUILIBRE EN AYANT (OU NON) RECOURS A L'AIDE PUBLIQUE

Même si l'ASLD présente plusieurs lacunes qui occasionnent des désagréments pour les usagers et les aidants familiaux, cela ne signifie pas pour autant qu'il n'y ait aucun point positif.

¹²⁹¹ I. H. Choi and J. H. Kim. 2013. « Characteristics of Certified Family Care Providers(gajokyoyangbohosa) and Informal Caregivers, and Predictors of Their Caregiving Burden », *Family and Culture*, vol. 25, no. 3, p.159-185.

¹²⁹² E. H. Chung. 2012, *Analysis on Behavior and Financing for the family care giger's service delivery in Korea*, Dissertation of Graduate school of Social Development, University of Chung-Ang.

A. Apports bénéfiques des services de l'ASLD

Les études coréennes montrent que de nombreux bénéficiaires expriment leur contentement pour l'utilisation des prestations à domicile. Selon D. Sunwoo *et al.*, la satisfaction à l'égard des services de l'ASLD chez les bénéficiaires ou leurs familles est élevée : 4,32 points sur 5 pour l'allègement du fardeau physique, 4,28 pour la charge émotionnelle et 3,82 pour le poids financier¹²⁹³. L'étude de H.-S. Jeon, qui a analysé l'évolution de la satisfaction entre 2008 et 2015, auprès de 1 120 bénéficiaires, montre que ceux qui ont utilisé les services une fois au moins ont manifesté de la satisfaction, contrairement à ceux qui n'y ont jamais eu recours. Et, plus le nombre de recours aux services augmente et plus la période de l'utilisation dure longtemps, plus grande est la satisfaction sur la qualité de vie¹²⁹⁴. L'étude de S.-C. Lee souligne que les usagers estiment que, parmi les services, les aides aux actes quotidiens les aident le plus efficacement (4,05 sur 5 points auprès de 261 usagers)¹²⁹⁵. Plusieurs études montrent que l'ASLD aide à réduire l'oppression éprouvée par les aidants familiaux, aux niveaux psychique, social, physique¹²⁹⁶.

1. Allègement du fardeau physique

L'ASLD est efficace pour diminuer les difficultés éprouvées par les aidantes principales au niveau physique¹²⁹⁷. Laver son proche âgé malade, surtout s'il est grabataire, demande une grande force physique et des gestes techniques de la part de son aidante principale. De ce fait, la tâche de donner le bain toute seule entraînera le plus souvent un épuisement physique, voire mental, par rapport aux autres tâches domestiques ou quotidiennes, comme par exemple l'aide à s'habiller, manger ou se lever. Entre autre, le service du bain à domicile se manifeste efficacement.

¹²⁹³ D. Sunwoo, S.-D. Jung, C. M. Yang. 2012. *op.cit.* p.97.

¹²⁹⁴ H.-S. Jeon. 2017. « Exploratory Analyses on the Effects of the National Long-term Care Insurance: Using the Korea Welfare Panel Study (2006-2015) », *Health and Social Welfare Review*, vol.37, no.1, p.307-331.

¹²⁹⁵ S.-C. Lee. 2009. *A Study on the Services Utilization Type & Satisfaction Perceived by the Long Term Care Service Users: Focus on Home Care Services*, Thesis for Social Welfare, Kukje Theological University.

¹²⁹⁶ S.-H. Mo, S.-Y. Choi. 2013. « Changes in Caregiving Burden of Families After Using Long-term Care Services », *Journal of Critical Social Welfare*, no.40, p.7-31. ; S.-J. Hong. 2009. *A Study on the Effect of Elderly Long-term Care Insurance on Elderly Care-giving Burden*, thesis for Ph.D. in Social Welfare, Hanyoung theological University. ; K.-K. Park. 2016. « A Study on the Satisfaction of Home Visiting Care Service Users », *Korea Academy of Social Work Practice and Research*, vol.7, no.1, p. 154-186. ; Y.-H. Kim, J.-S. An. 2012. « Stress, life satisfaction and service satisfaction of elderly and elderly family using long-term care service », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, no.57, p.161-189. ; H.-J. Kwon *et al.* 2011. « The Effects of Long-term Care Insurance on the Life Satisfaction and Satisfaction in Family Relationships: The DD Method Combined with Propensity Score Matching », *Korean Journal of Social Welfare*, vol.63, no.4, p.301-326.; C.-K. Kim. 2012. « The Influence of Caregiver Burden of Elderly Caregivers on Elderly Care Services », *Korean Senior Welfare Society Conference*, vol.2, no.2, p.81-89.; S. W. Lee. 2017. *op.cit.* p.27-29.

¹²⁹⁷ S.-H. Mo, S.-Y. Choi. 2013. *op.cit.*; S.-J. Hong. 2009. *op.cit.* ; K.-K. Park. 2016. *op.cit.*

« Au début, j'en ai bénéficié une fois par semaine mais après le renouvellement, son classement est passé au niveau 2, donc, deux fois par semaine de service du bain à domicile... Même si ce n'était pas beaucoup, ça m'a aidée quand même. C'est très lourd le corps, en particulier pour relever le malade toute seule avant de donner le bain... et puisque je n'arrive pas à la laver tous les jours... je l'essuyais avec des chiffons mais ça sentait fort... » Jeong (belle-mère décédée)

« Pour le service du bain à domicile, deux aides-soignantes viennent. Ce serait facile si maman pouvait bouger, mais elle ne peut pas. Deux aides-soignantes la dressent hors du lit et la reposent dans une baignoire portable. Ça leur est difficile parce que ça prend normalement vingt minutes pour les autres personnes âgées alors que ça prend 50 minutes pour ma mère. C'est comme si trois personnes prennent un bain tour à tour. C'est grave si elle ne prend pas le bain. Je lui essuie tout le corps avant de dormir tous les soirs. Tous les vendredis le service de la toilette donne le bain puis tous les mardis, l'aide-soignante qui vient tous les jours et moi, nous lui faisons le shampoing. » ^{Mme} Moun (fille)

2. Offre de temps libre et de défoulement

Les aidantes principales des usagers des services de l'ASLD peuvent se permettre de prendre du repos, de bénéficier de temps libre ou même de se déstresser¹²⁹⁸. Elles attendent toutes l'heure où leurs aides-soignantes viennent à la maison.

« Une seule joie pour moi, c'est trois heures pendant lesquelles l'aide-soignante s'occupe de ma mère. Ce service m'aide beaucoup. Je lui dis vous ne faites que discuter avec maman parce que je m'occupe de toutes les tâches du ménage. Trois heures je peux les utiliser pour moi. Cinq jours par semaine... vingt jours par mois. C'est précieux. En lui la confiant, je bénéficie d'un traitement d'acupuncture chez le médecin traditionnel et je fais des courses au marché. Pendant trois heures je me défoule en faisant ça. Pendant trois heures je fais ce que je veux. Marcher seule dans ce quartier... » ^{Mme} Moun (fille)

« Ce service convient tout à fait. Si l'aide-soignante n'était pas là, je devrais rester tout le temps avec ma belle-mère. Mais maintenant l'aide-soignante est là avec elle. Le système de protection sociale de notre pays est vraiment bien établi. » ^{Mme} Kwak (belle-fille)

Pendant le service du bain de sa belle-mère, ^{Mme} Jeong restait à côté d'elle pour surveiller. Pourtant, sa belle-mère lui demandait toujours de transmettre à l'aide-soignante ses souhaits sur le service, ne lui le demandant pas directement. Mais elle a remarqué que sa belle-mère était très dépendante d'elle-même, ce qui la stressait, et elle a réalisé que cette façon de faire mettait mal à l'aise l'aide-soignante également.

« Pendant son intervention, je m'échappe de là-bas pour qu'elle (l'aide-soignante) soit à l'aise. C'est beaucoup mieux. En même temps, je peux me reposer un peu. Au début, j'étais inquiète de savoir si l'aide-soignante faisait bien ou pas, mais maintenant, je les laisse toutes les deux.

¹²⁹⁸ S.-H. Mo, S.-Y. Choi. 2013. *op.cit.* ; S.-J. Hong. 2009. *op.cit.* ; K.-K. Park. 2016. *op.cit.*

Il faut faire comme ça. »^{Mme} Jeong (belle-fille)

Non seulement dans le cas de l'intervention d'aide-soignante à domicile, mais aussi dans le cas de l'utilisation du centre d'accueil de jour, les aidantes principales manifestent leur satisfaction.

« Sans le centre d'accueil de jour, je n'aurais pas pu prendre soin de maman jusqu'à maintenant. Je ne connaissais pas l'existence de centre comme ça. On m'a appris qu'un centre d'accueil de jour se construirait à proximité de chez moi. Alors je me suis inscrite en numéro un dans la liste d'attente. Pendant la construction, chaque fois que je passais devant, je me suis dit ici c'est le centre d'accueil de jour. J'étais très excitée. »^{Mme} Jong (fille)

« L'aide-soignante au centre d'accueil de jour pensent beaucoup à ma mère. Ma mère est constipée. Normalement il faut faire ses besoins au moins une fois tous les trois jours. Elle se soucie de cela. Elle m'a dit qu'elle allait donner le médicament contre la constipation. Je la remercie beaucoup. Elle est très gentille. Elle donne les fruits ou les choses à manger contenant des fibres. Je suis très contente que ma mère y aille. Grâce à cela, je dispose de mon temps l'après-midi. Sinon je dois être collée à ma mère. Pendant le week-end, le centre est fermé, je dois l'accompagner toute la journée. »^{Mme} Chang (fille)

3. Aide à la concentration dans le travail

Les personnes qui travaillent dans la journée ont souligné la nécessité des services de l'ASLD.

« Pendant la journée, il n'y a personne qui peut la garder. Alors, elle va au centre d'accueil de jour. Le matin, un minibus collectif vient la chercher et elle rentre à 17h. Sans ce service, j'aurais dû arrêter mon travail. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

« Si l'aide-soignante vient, elle prépare les repas, donne une douche, range la chambre... ça nous plaît beaucoup parce que nous sommes tous dehors mais elle s'occupe de ma belle-mère. Et elle s'ennuie, mais elle peut discuter avec l'aide-soignante. Quand elle n'avait pas mal au coccyx, c'est elle qui l'accompagnait pour prendre l'air et marcher. C'est la raison pour laquelle nous aimons bien ce service. »^{Mme} Jeon (belle-fille)

« Si l'aide-soignante vient chez nous, je dis bonjour, elle entre dans la chambre de ma belle-mère, je prends une douche et je me prépare pour travailler. L'aide-soignante prépare son repas du matin. Je dis bonne journée et je viens travailler. Non seulement ça m'aide mais ça l'aide aussi. Parce qu'elle sera étouffée et irritée s'il n'y a que nous. Elle doit se moquer de sa belle-fille et raconter son histoire de vie et sa famille. J'ai l'impression que l'aide-soignante la soulage surtout au niveau mental. Elle est à l'aise. Nous aussi sommes rassurés. Ça nous aide beaucoup. »^{Mme} Yeon (belle-fille)

Pendant les dix premiers mois au début où elle s'est occupée de sa belle-mère, ^{Mme} Yeo a utilisé le service d'aide à domicile seulement quatre heures selon le volume d'heures standard fixé. Depuis qu'elle a ouvert son association d'aide à domicile, elle a ajouté individuellement quatre heures, et donc sa belle-mère passe huit heures avec son aide-soignante. Mais elle a éprouvé un sentiment de culpabilité de confier sa belle-mère à une personne extérieure.

« Puisque je travaille, l'aide-soignante est venue huit heures par jour. Pour moi, ce service m'a permis de pouvoir travailler sans avoir de souci même si je dois payer la charge individuelle en plus. Par contre je me sentais quand même parfois désolée de n'avoir pas passé la journée avec elle en la laissant à la personne extérieure. Je lui ai souvent dit ça... mais tant pis... Si je lui ai dit je suis désolée, elle m'a dit « ok » tout simplement, rien de plus. C'était son caractère. Malgré son caractère, il me semblait qu'elle était plus ou moins bien avec l'aide-soignante. »^{Mme} Yeo (belle-mère décédée)

4. Satisfaction des proches âgés

L'ASLD contente les proches âgés, ce qui satisfait les aidantes principales¹²⁹⁹. Si les aidantes principales manifestent leur contentement vis-à-vis de l'accueil de jour, leurs proches âgés sont censés également être satisfaits. Pourtant,^{Mme} Byeon a eu du mal à persuader sa belle-mère d'y aller car celle-ci considérait cela comme un abandon. Les services apportés hors de la maison semblent inhabituels aux personnes âgées, d'autant plus en cas de famille traditionnelle.

« En fait, je dois travailler. Comme ce n'est pas possible de la laisser seule à la maison, j'ai discuté avec mon mari. Nous avons cru qu'elle accepterait, mais elle a refusé en pensant que nous l'abandonnerions en établissement. Ma belle-mère a souvent entendu parler que les enfants aujourd'hui abandonnent facilement leurs parents en partant en voyage. Je trouve qu'elle devait en avoir peur parce que sa santé s'est aggravée. Elle avait confiance en nous, mais dès que nous lui avons proposé d'y aller, elle a vivement refusé. Pour la rassurer, nous lui avons montré à quoi ressemble le centre d'accueil de jour, elle l'a accepté et elle a l'air contente. Si parfois elle n'est pas en forme et si je lui dis de ne pas y aller ce jour-là, elle répond tout de suite « non » en disant qu'il faudrait y aller absolument. Elle a l'air vraiment contente là-bas. Le centre ferme le week-end. C'est pour ça qu'elle s'ennuie. Les programmes d'atelier sont bien organisés chaque jour, c'est comme si les enfants vont à l'école maternelle, les personnes âgées vont à l'école. Je trouve que ce genre de système est bien établi dans notre pays. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

La belle-mère de^{Mme} Park est également contente. Avoir des relations avec d'autres personnes influence la qualité de vie de la vieillesse.

« Maintenant elle s'est habituée, et donc elle s'amuse maintenant. Elle se lève le plus tôt dans notre famille comme si elle va au travail. J'aimerais bien faire la grasse matinée mais elle se lève tôt. J'ai l'impression qu'elle a fait beaucoup de connaissances au centre d'accueil de jour. » Park (belle-fille)

La mère de Tae considère son aide-soignante comme sa dernière fille du fait de son caractère sympathique, et veut faire tout ce qu'elle peut pour elle. Ses propres filles n'écoutent pas avec attention ses histoires, tandis que l'aide-soignante est sa seule véritable audience. Ce rôle de soutien moral et communicatif est très important pour les personnes âgées.

¹²⁹⁹ Y.-H. Kim, J.-S. An. 2012. *op.cit.* ; K.-K. Park. 2016. *op.cit.*

« Je remercie beaucoup que l'aide-soignante vienne. Moi je n'avais pas correctement donné une douche à ma mère, je n'avais même pas le temps de lui faire un shampoing parce que j'étais occupée à travailler. Depuis que l'aide-soignante vient, c'est elle qui essuie les pieds, donne le shampoing et sert d'interlocutrice. En fait, elle s'énorgueillit de ce qu'elle a vécu. Nous, les filles, on n'aime pas ça, donc nous l'empêchons de parler de ce genre de choses tandis que l'aide-soignante écoute tout avec patience. Ma mère l'appelle sa dernière fille. Ma mère me demande d'acheter des choses à grignoter pour sa dernière fille ou d'acheter une belle écharpe pour son cadeau. Tout est pour sa dernière fille. Elle veut lui faire tout ce qu'elle peut parce que l'aide-soignante écoute bien toutes les histoires. Notre aide-soignante est sympathique. Elle est souriante. Nous les filles ne sommes pas gentilles avec notre mère en disant « ne dis pas ça » ou « comment faire ! ». Nous sommes facilement ennuyées, mais elle écoute tout et elle fait tout. C'est pour cela que ma mère a retrouvé sa vitalité grâce à l'aide-soignante. Elle l'attend tout le temps. Je trouve que c'est bien. » ^{Mme} Tae (fille)

Donner le bain est un soin intime et les personnes âgées ne souhaitent pas, pour ce soin corporel, l'intervention d'une personne inconnue. Mais parce que le service du bain à domicile intervient avec l'équipement technique nécessaire, le bain reçu, la méfiance disparaît.

« Puisque le bain est un problème sensible, je l'ai convaincue en disant que l'aide-soignante est professionnelle, ce serait plus efficace de prendre le bain avec cet agent qu'avec moi... A ce moment-là, elle a reconnu que j'avais mal au dos, donc elle était d'accord à contre-cœur. Mais quelques jours après qu'elle ait bénéficié de ce service, elle avait l'air contente parce qu'elle ne m'a plus exprimé de mécontentement jusqu'à maintenant. De plus, elle est devenue proche d'elle. » ^{Mme} Lee (belle-fille)

5. Contribution à la relation entre l'aidante principale et son proche âgé

L'intervention de services d'aide à domicile peut aider à éviter nombre de conflits entre la personne aidante et la personne aidée¹³⁰⁰. ^{Mme} Byeon a évoqué l'importance de l'intervention du service public pour la famille.

« J'essaie de passer du temps avec elle autant que possible après mon travail. Je pense que ce n'est pas bien pour les deux (aidante et aidée) de passer tous les jours ensemble. Ça ne fait que provoquer facilement le conflit... Je suis d'accord que la famille est importante à préserver mais quand même il faut l'intervention publique. » ^{Mme} Byeon (belle-fille)

L'intervention de l'aide-soignante peut contribuer à améliorer les relations familiales. ^{Mme} Tae s'est mariée pour la première fois à 60 ans. Parce qu'elle a cohabité avec sa mère toute sa vie, elle s'est habituée à se soucier d'elle et à en prendre soin. Avant l'intervention de l'aide-soignante, elle négligeait son mari et ce dernier a manifesté son mécontentement. Elle en ressentait de la culpabilité. Désormais l'aide-soignante a réduit cette tension.

¹³⁰⁰ S.-H. Mo, S.-Y. Choi. 2013. *op.cit.*; C.-K. Kim. 2012. *op.cit.* ; H.-J. Kwon, Y.-U. Cho, J.-Y. Ko. 2011. *op.cit.*

« L'aide-soignante accompagne ma mère même pour aller à l'hôpital parce qu'elle prend des médicaments et se fait faire des injections aux épaules. Je me sens très rassurée et libérée. Sinon, si elle a besoin d'aide, je dois filer en prenant un taxi et en laissant seul mon mari. Je suis désolée pour lui parce que je me préoccupe seulement des affaires de ma mère. Toute ma vie jusqu'à 60 ans j'ai été avec elle. Parfois, mon mari me demande si je suis mariée avec lui ou avec ma mère. Mais franchement, elle ne vivra pas autant que nous, n'est-ce pas ? Enfin bon... désormais elle va à l'hôpital avec l'aide-soignante... Je la remercie mille fois. J'aimerais bien qu'elle vienne du matin au soir, mais 4 heures maximum par jour... Mais bon, je remercie déjà pour ça. »^{Mme} Tae (fille)

B. Opinions sur le recours à l'établissement d'hébergement de soins de longue durée

Même si les services à domicile peuvent soulager les aidants familiaux pour la prise en soin de leurs proches âgés, le recours aux prestations en établissement apporte plus d'efficacité¹³⁰¹. Pourtant, les aidantes principales de notre étude ne sont pas concernées. Il serait intéressant de savoir leurs intentions sur le placement de leurs proches âgés. Avant d'aborder ce point, nous examinerons les représentations de l'établissement (EHSLD, FC ou l'hôpital de soin) portées par les aidantes principales.

1. Représentations des établissements dans l'esprit des aidantes principales

Dans la mesure où le nombre de la population âgée ayant besoin de soins de longue durée et celui des établissements augmentent, il semble que les représentations des établissements vont demeurer négatives. Autrefois, puisque la famille était considérée comme aidante naturelle, l'établissement avait une image d'abandon par les siens, de mise en marge¹³⁰². Il n'était pas rare de voir que les habitants d'un quartier à la construction d'un établissement être vivement opposés. Par exemple, en 2009, quand est venue la fin de la construction d'un bâtiment malgré l'opposition des habitants, ceux-ci ont insisté pour que des rideaux soient installés afin de ne pas voir l'intérieur du bâtiment, considérant ce type d'établissement comme répugnant. De surcroît, lors de transferts en ambulance, il fallait entrer en ne faisant aucun bruit de sirène. Or, au fur et à mesure, les habitants ont commencé à manifester une attitude plus positive, en appréciant la proximité de ce bâtiment pour confier leur proche âgé. Les enfants adultes qui prennent soin de leurs proches âgés ont d'ailleurs des représentations de l'établissement plus positives que ceux qui ne le font pas¹³⁰³. Les représentations de l'établissement changent. Plus de la moitié des

¹³⁰¹ F. Saillant et É. Gagnon. 2001. *op.cit.* p.60 ; S.-H. Mo, S.-Y. Choi. 2013. *op.cit.*

¹³⁰² R. Therrien. 1989. « La responsabilité des familles et des femmes dans le maintien à domicile des personnes âgées : une politique de désengagement ou de soutien de l'État », *Santé mentale au Québec*, vol.14, no.1, p.152.

¹³⁰³ M. S. Hwang. 2009. *A Study on the Preference of the Local Residents to the Nursing Homes*, Dissertation for M.A. of medical care for the Aged Welfare, Daegu, Daegu Hanny University.

personnes interrogées ont vivement manifesté envers l'établissement une opinion négative, influencée par la vision de l'intérieur. Une expérience vécue et des rumeurs jouent un rôle déterminant qui figent telle ou telle image.

« Euh... franchement, je ne le vois pas d'une façon positive. J'avais l'occasion de voir mais...comment dire.. J'ai eu une mauvaise impression. J'espérais qu'elle se rétablirait plus vite si possible. »^{Mme} Jang (belle-mère décédée)

« Après avoir vu les aides-soignantes offrir les soins à une personne âgée, j'ai changé d'avis. Au début j'avais pensé à l'établissement pour ma belle-mère parce qu'on m'a dit que c'est bien fait dans cet établissement récent. Non.. ce n'est pas vrai. Là-bas, ce n'est pas l'endroit où on peut envoyer une personne âgée. Même si c'était gratuit, je ne l'y enverrais jamais. »^{Mme} Seong (belle-fille)

« J'ai fait un stage d'aide-soignante dans un établissement, mais les conditions de vie étaient très très mauvaises. En rentrant chez moi, j'ai dit en pleurant à maman que je vais rester avec toi. Mais j'ai l'impression que les conditions s'améliorent de plus en plus. »^{Mme} Kang (fille)

Comme nous l'avons déjà vu, les aidantes principales critiquent la manière dont les soignants professionnels en établissement prodiguent les soins. Ce manque de soins attentifs génère avant tout une image négative de l'établissement.

« Il faut prodiguer les soins de la même manière que je le fais mais est-ce que vous pensez que les soignantes en établissement font comme ça ? Non... pas du tout. Je vais régulièrement à la maison de retraite pour faire un petit spectacle de danse devant des personnes âgées là-bas. A cette occasion, j'ai pu remarquer le système. Ça sent très mauvais dans la chambre... puisque les soignantes ne s'occupent pas tout de suite si une personne a fait caca. Et ils ont de graves escarres puisqu'elles ne les tournent pas à l'inverse souvent. Et j'ai vu une soignante mettre de la crème sur le corps d'une personne âgée mais c'était trop.. comment dire.. ça se voyait clairement qu'elles n'étaient pas sincères dans leur travail. »^{Mme}Seong (belle-fille)

Mais les représentations de l'établissement peuvent être plus positives du fait qu'il permet d'alléger le fardeau des enfants En ce sens, l'établissement représente une solution acceptable, mais qui peut peser financièrement.

« Il faut être reconnaissant, n'est-ce pas ? parce qu'il n'existait pas avant. Ce qui est très pénible c'est un malade d'Alzheimer. Il ne reconnaît pas sa famille... Il met son excrément sur le mur. Les malades d'Alzheimer doivent aller à l'institution. Quand on est très âgé, on est faible. Si cette personnes âgée-là cohabite avec ses enfants, comment peuvent-ils prendre tout en charge sans travailler ? Il faut l'institution. Les personnes dans la quarantaine ou cinquantaine doivent aussi prendre en charge leurs enfants. Dans ce cas-là, comment pourront-ils s'occuper de tous, l'enfant et les parents, sans gagner d'argent ? »^{Mme} Yeon (belle-fille)

Mme Byeon, soignante à l'hôpital gériatrique, ne juge pas négativement l'institution, mais soulève la question du coût¹³⁰⁴.

« Je ne le vois pas négativement, mais il faut de l'argent. Ça coûte cher. Ce n'est pas possible si on n'en a pas. La vie ne sera pas normale. » Mme Byeon (belle-fille)

Mme Kwak a un point de vue plutôt positif de l'établissement du fait que les personnes âgées voient d'autres résidents avec qui ils peuvent passer des moments agréables, des personnes qui font d'ailleurs partie de leur génération et qui ont connu la même histoire sociale.

« Je suis positive pour l'institution. Si les personnes âgées vivent avec leurs enfants, elles ne font que regarder leurs enfants. Si elles restent avec ceux qui sont de la même génération, elles auront des sujets en commun à partager. Je pense que ce n'est pas mal. Je suis allée voir une fois en institution, ce n'est pas comme l'hôpital psychiatrique où les malades ne se reconnaissent pas. Elles jouent aux cartes, discutent, mangent... » Mme Kwak (belle-fille)

2. Peur de l'établissement éprouvée par les proches âgés dépendants

La décision de l'entrée en établissement porte toujours un enjeu éthique, car elle ne se fait pas sans provoquer la culpabilité des familles¹³⁰⁵. Les facteurs déterminants qui mènent les aidants familiaux à placer leurs proches âgés en institution consistent en deux aspects : les caractères individuels des proches âgés dépendants et les fardeaux éprouvés par les aidants familiaux¹³⁰⁶. L'âge plus avancé, le niveau élevé des revenus et les comportements gravement problématiques suite à la perte de lucidité sont les plus concernés¹³⁰⁷. De même, pour les aidants, la dégradation de leur état de santé (physique et psychique) et leur lien familial avec le proche âgé (fille, belle-fille, etc...)¹³⁰⁸. Ainsi, l'entrée en établissement est davantage susceptible de se produire, en cas de relation belle-mère et belle-fille, du fait de la restriction de sa vie quotidienne et de la surcharge de ses rôles dans la famille¹³⁰⁹. Les fardeaux éprouvés par les aidantes principales liés à la prise en charge des soins de leurs proches âgés sont un facteur déterminant pour l'entrée en

¹³⁰⁴ M. Markle-Reid, G. Browne. 2001. « Explaining the use and non-use of community-based long-term care services by caregivers of persons with dementia ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol.7, no.2, p.271-287.

¹³⁰⁵ C. Déliot et A. Casagrande. 2005. *Vieillir en institution, Témoignages de professionnels, regards de philosophes*, United Kingdom, John Libbey, p.95.

¹³⁰⁶ Y.-J. Jung et J. H. Seomun. 2011. « An Approach Based on Grounded Theory about the Caregivers' Decision-Making Process for Using a Nursing Home », *Korean Journal of Qualitative Research in Social Welfare*, vol.5, no.1, June, p.87-117.; Y. K. Lee. 2009. *op.cit.*

¹³⁰⁷ Cohen, M., J. Tell, and S. Wallack. 1986. « The risk factor of nursing home entry among residents of six continuing care retirement communities », *Journal of Gerontology*, vol. 43, p.15-21.

¹³⁰⁸ B. Chenoweth, and B. Spencer. 1986. « Dementia: The experience of family caregivers », *The Gerontologist* vol.26, no.3, p.267-271. ; Choi, S.H. 2004. « Assessing and Comparing of Attitude toward Institution Living and Parent-child Relationship between the Korean Elderly and the Japanese Elderly in Institutions », *The Korean Gerontological Society*, vol. 22, no.2, 2004, p.163-182.; C.S. Aneshensel, L.I. Pearlin, J.T. Mullan, S.H. Zarit and C.J. Whitlatch. 1995. « Profiles in Caregiving: The Unexpected Career (Chapter 1-7) », San Diego, Academic Press.

¹³⁰⁹ J. J. Lee. 2010. « Nursing Home Placement Decision for the Frail Elderly Cared for by Daughters vs Daughters-in-Law », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, vol.48, June, p.177-204.

institution¹³¹⁰. Et c'est particulièrement vrai dans le cas de la maladie d'Alzheimer, pour laquelle une surveillance constante est nécessaire ainsi que des soins permanents qui exigent une grande force physique et psychique. Notons que le niveau d'éducation supérieure des aidantes principales hausse également la possibilité de l'entrée¹³¹¹. L'étude, prenant en compte les services publics des soins, montre que l'utilisation des services d'aide à domicile donne plus de possibilités de placement en établissement que celle des services de centre de jour et nuit¹³¹². Cela ne signifie pas que de tels facteurs entraînent nécessairement l'entrée des proches âgés en établissement. Notre analyse montre que certaines aidantes principales continuaient la prise en charge des soins malgré la relation moins proche avec la personne aidée ou malgré l'augmentation du stress. D'autre part, certaines, malgré la relation intime avec leurs proches âgés avaient l'intention d'avoir recours à l'établissement ; mais elles y ont renoncé après avoir constaté le mauvais contexte des soins en établissement. Et elles doivent prendre en compte le refus énergique du proche âgé.

« De toute façon, ma mère ne veut pas y aller. Je la respecte. Je lui ai dit que je ne l'enverrai pas à moins qu'elle n'accepte. Elle est rassurée. »^{Mme Kang (fille)}

Par ailleurs, il existe des personnes qui entrent en établissement de par leur propre volonté. Selon l'étude de G.U. Lee et D.Y. Bae, le manque de soutien des enfants représente 29,4 % et c'est la raison la plus importante. Suivent à 25,9 % le choix personnel, à 24,7 % la perte d'un proche et à 20 % un certain sentiment de solitude et d'isolement. La possibilité de l'entrée baisse quand les personnes âgées ont de nombreux enfants adultes et qu'il existe une tendance conservatrice sur le devoir de prise en charge des parents âgés par leurs enfants¹³¹³.

« Ma belle-mère nous a critiqués en disant que « ce n'est pas possible d'aller en établissement. J'ai quand même cinq fils qui pourraient s'occuper de moi. Ils servent à quoi ? » »^{Mme Yeo (belle-fille)}

Il semble que les personnes âgées préfèrent davantage rester chez elle. Selon l'enquête de 2017 sur le contexte des personnes âgées coréennes, menée auprès de 10 073 personnes âgées, environ 70 % ne souhaitent pas entrer en institution¹³¹⁴. Dans la même ligne, les proches âgés

¹³¹⁰ Pearlin, L. I., J. T. Mullan, S. J. Semple, and M. M. Skaff. 1990. « Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their measures », *The Gerontologist*, vol.30, p.583-594.; C.S. Aneshensel *et al.* 1995. *op.cit.*

¹³¹¹ J. J. Lee. 2010. *op.cit.*

¹³¹² *Idem.*

¹³¹³ M. A. Lee. 2005. « Factors Affecting Older Persons' Expectations of Using Institutions », *Study of Social welfare for the elderly*, vol.27, p.29-47 ; E. A. Miller, W. G. Weissert. 2000. « Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis ». *Medical care research and review*, vol.57, no.3, 259-297.

¹³¹⁴ Enquête nationale coréennes sur le contexte des personnes âgées, 2017.

dépendants des aidantes principales interrogées dans notre étude ne le souhaitent pas non plus. À la mauvaise représentation de l'institution comme hospice de vieillards et antichambre de la mort¹³¹⁵, s'ajoute l'image de l'abandon, établie selon la culture traditionnelle, conformément à la piété filiale. Les personnes âgées tendent même à cacher par honte leur entrée à leur entourage¹³¹⁶. Si les représentations de l'établissement peuvent influencer la décision de l'entrée ou non en établissement¹³¹⁷, ce sujet peut être vécu comme une chose violente, qui soulève la peur extrême chez la génération âgée coréenne, le désir de mort.

« Elle déteste le mot soin. En fait elle m'a confirmé de façon arbitraire que « tu ne vas pas m'envoyer à l'institution ? Je compte sur toi. Je vais me suicider si tu le fais ». J'ai ressenti de la pitié pour elle en me disant « ah elle en a peur... ». À ce moment-là, on a pleuré ensemble. Elle m'a dit « si tu pleures, moi aussi ça me fait pleurer. Ne pleure pas. » J'avais pitié d'elle quand elle m'a parlé comme ça. »^{Mme} Seo (belle-fille)

La peur de l'établissement fait également effet sur les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

« On dirait que l'institution signifie comme le *Koryeojang*¹³¹⁸. Une fois entré, on meurt là-bas. Il est difficile de rentrer à la maison. Ma mère est censée entendre plusieurs choses de l'institution... A un moment donné, j'ai essayé de prévoir sa réaction en lui disant que « madame, j'ai vu que votre fille épargne de l'argent pour vous placer en établissement ». Elle ne m'a même pas regardée. C'est à cause de l'image négative selon laquelle on ne peut sortir qu'après la mort. »^{Mme} Geum (fille)

Le sentiment d'abandon que^{Mme} Geum a connu lors de son enfance se reflète désormais sur le visage de sa mère. ^{Mme} Geum a tellement pitié d'elle qu'elle essaie de la rassurer, ce qui lui permet de se réconcilier avec le souvenir blessé qu'elle a de sa mère, et donc de renforcer son affection à son égard.

« En fait, j'avais l'impression que maman m'a abandonnée quand elle m'a souvent confiée à ma tante. Mais maintenant, la situation est devenue l'inverse. Elle ne voulait pas se détacher de moi. Elle devait avoir peur de l'environnement inconnu. Même nous, nous en avons peur, n'est-ce pas ? Les personnes âgées démentes ont davantage peur de beaucoup de choses. Elle est devenue comme un enfant, donc elle m'a sollicitée de ne pas l'envoyer en institution en me disant qu'elle mangerait moins [pour économiser le coût]. En la voyant, j'étais très

¹³¹⁵ I. Mallon. 2001. « Les effets du processus d'individualisation en maison de retraite. Vers la fin de l'institution totale ? », In De Singly, F. (dir.) *Être soi parmi les autres. Famille et individualisation*, tome 1, L'Harmattan, Logiques sociales, p.171-184.

¹³¹⁶ S.H. Jin *et al.* 2018. « A Study on Chinese Elderly's Intention to Enter Nursing Homes », *International Regional Association Spring Conference*, p.1-16.

¹³¹⁷ *Idem.*

¹³¹⁸ Il s'agit d'une coutume populaire dans la dynastie de *Koryeo* (918-1392). Le fils pauvre amène un (ou ses) parent(s) âgé(s) avec quelques nourritures dans un montagne en faisant semblant de prendre l'air, tandis qu'il rentre tout seul en le(s) laissant.

affligée. Je lui ai dit « ne t'inquiète pas maman, je n'ai même pas d'argent. Je ne peux pas t'envoyer en institution. On va vivre ensemble. ». Elle disait « oui... » »^{Mme} Geum (fille)

La génération âgée coréenne n'a pas l'habitude de bénéficier de la protection sociale de l'État. Elle a vécu la période difficile de la société coréenne qui, après le cessez-le-feu de la guerre civile (1950-1953), s'était focalisée sur le développement économique en confiant le bien-être de chaque individu à sa famille¹³¹⁹. Ainsi pour les personnes âgées, même un autre type d'établissement de soins, tel que le centre de jour, dans lequel les personnes âgées passent une journée comme à l'école puis rentrent chez elles le soir, semble unimaginable. Certaines personnes âgées se méfient du mot « établissement », de quelque type qu'il soit.

« Je souhaitais qu'elle fréquente le centre de jour. Je l'ai dit à mon mari, mais il m'a demandé de le dire à la directrice d'aide à domicile pour qu'elle puisse lui proposer, parce que si nous le lui disons, l'ambiance ne sera pas bonne. Justement, il y a quelques jours, ma belle-mère nous a dit qu'elle se sentait inerte. À ce moment-là, mon mari lui a proposé d'aller au centre de jour en lui expliquant « il y a quelque chose comme une école dans laquelle les personnes âgées apprennent beaucoup de choses intéressantes, elles peuvent s'allonger en cas de fatigue, et on offre le déjeuner. Ce serait bien si tu fréquentais là-bas ». Aussitôt, elle lui a coupé la parole en disant « je n'aime pas apprendre ni m'allonger là-bas sale ». Elle n'aime pas l'établissement pour les personnes âgées. »^{Mme} Seo (belle-fille)

Pourtant, une fois découverts les services du centre de jour, certains proches âgés s'y adaptent bien.

« Nous l'avons bien persuadée que ce n'est pas l'institution. Quelques jours après qu'elle est allée voir là-bas, elle a bien aimé y aller. Elle veut y aller même le week-end. Elle attend impatiemment le lundi suivant. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

3. Intention des aidantes principales pour le placement en établissement

3.1. « je m'en occuperai jusqu'au bout »

Dans nos entretiens sur « l'intention de placer votre proche âgé en établissement », certaines aidantes principales, que la représentation soit positive ou négative, ont mentionné la personnalité de l'aidée qui peut entraîner l'inadaptation à la vie en institution. La vie en commun avec les règles peut conduire à ignorer l'autonomie, l'identité ou l'authenticité de chaque résident. La personne âgée doit laisser le personnel s'occuper des soins intimes tels que le changement de couche ou la douche, elle doit manger seulement à l'heure des repas, et se trouve contrainte d'être exposée aux regards des autres, même dans son lits. En Corée du Sud, les établissements (mais aussi hôpital gériatrique) sont majoritairement constituées de chambres

¹³¹⁹ Il faut rappeler que le système de la pension de retraite n'a été généralisé qu'en 1999.

communes (2 ~ 5 personnes par chambre), bien qu'elles disposent de quelques chambres individuelles. La vie sans espace personnel¹³²⁰ est un facteur de stress qui peut faire naître l'idée de suicide chez les résidents¹³²¹. Leurs caractères personnels ne permettent pas d'être ouverts à l'autrui étranger. Les aidantes principales manifestent donc leurs soucis de protéger l'individualité de leurs proches âgés. Notamment elles ne souhaitent pas placer leurs proches âgés qui ont du mal à manger seuls, en raison de la mauvaise composition des repas. Ainsi, on le voit les aidantes principales prennent compte non seulement de la santé physique de leurs proches âgés, mais aussi de leurs émotions, qui peuvent les rendre très vulnérables.

« Ma belle-mère n'aimait pas discuter avec d'autres personnes. Si elle aimait bien être avec quelqu'un et avait eu le cœur ouvert, cela aurait été convenable pour elle de passer en établissement, mais là si elle y était allée, elle aurait été isolée au milieu des résidents. »^{Mme} Yeo (belle-mère décédée)

« Elle tend à fréquenter les seules personnes qu'elle connaît bien. Elle n'aime pas que des personnes inconnues viennent chez nous. Quand elle vivait seule, elle a apporté chez nous du linge à faire nettoyer à sec. C'était moi qui l'ai laissé et cherché au pressing, puis rapporté. Même lors de la livraison. »^{Mme} Seo (belle-fille)

« Franchement, ma belle-mère était un peu coquette et elle avait tendance à parler avec un air prétentieux... ça devait être la raison pour laquelle on ne l'aimait pas beaucoup. Au cours du temps, elle est devenue timide. Dans cet état-là, ça aurait été difficile de s'adapter en institution. »^{Mme} Jang (belle-mère décédée)

Toutefois, malgré tout ce qui peut décourager les aidantes principales de faire entrer leurs proches âgés dépendants en établissement (mauvaises représentations sociales, relation de proximité entre les aidantes et les aidées, refus d'entrer de ces dernières), il semble que la charge éprouvée soit le facteur le plus déterminant. En effet, ^{Mme} Jong, épuisée par la prise en charge des soins de sa mère malgré son affection envers celle-ci, a essayé de la faire entrer dans un établissement qu'elle considère comme bien tenu. Pourtant, culpabilisée, elle l'a ramenée à la maison, après avoir pleuré pendant 4 heures. Depuis cette épisode, sa mère semble traumatisée par l'établissement.

« En fait, je l'ai déjà emmenée une fois en établissement. Quelqu'un qui a amené sa belle-mère là-bas m'a dit qu'elle a bien fait. Mais moi j'ai pleuré pendant 4 heures là-bas, puis je l'ai ramenée tout de suite. Le directeur m'a dit qu'une personne comme moi ne peut pas

¹³²⁰ L'espace personnel consiste à la « portion d'espace qui entoure un individu et où toute pénétration est ressentie par lui comme un empiétement qui provoque souvent une manifestation de déplaisir et parfois un retrait » (E. Goffman. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 2, Les relations au public, Paris, Minuit, p.44)

¹³²¹ O. S. Kim and S. R. Sok. 2017. « Life experiences of elderly people with suicide ideation at the long-term care hospitals in South Korea », *International journal of nursing practice*, vol.23, no.2, e12597.

laisser sa mère en établissement. Il m'a dit de prendre soin de maman jusqu'à sa mort à la maison. Je n'ai même pas pu faire un pas pour quitter l'institution en laissant maman. J'ai acheté plein de chose pour mettre dans sa chambre. Ma mère m'a demandé de m'en aller en considérant qu'elle est là temporairement pendant une journée. Désormais, ma mère considère que je l'abandonne si je lui demande d'aller quelque part. Elle tremble. Elle me réplique que je ne dois pas l'envoyer ailleurs. Elle vivrais seulement avec moi. Elle me dit qu'elle ne va jamais ailleurs jusqu'à sa mort. »^{Mme} Jong (fille)

Ainsi, les aidantes principales tendent à tenir compte davantage de leurs proches âgés (leurs caractères, leurs émotions...) plutôt que de leurs situations contraintes. Le sentiment de responsabilité est certainement la raison principale qui amène les proches aidants à s'occuper de leur proche âgé à domicile. La plupart des personnes interrogées ont manifesté, avec une volonté de fer, leur souhait de continuer à prendre en charge leur proche âgé à domicile, malgré les difficultés rencontrées.

« Je pense que c'est mon destin que je ne peux en rien éviter. Je vais regarder maman à la maison jusqu'à la fin, en ne prenant même pas les médicaments. Ça fait longtemps que je ne lui ai pas fait prendre les médicaments. Je pense qu'ils sont trop forts, si bien qu'elle n'arrive pas bien à dormir. Sans médicament, elle se couche vite. »^{Mme} Jong (fille)

« Pour le moment, je n'ai qu'un souhait. C'est que la santé de ma belle-mère ne se dégrade plus.. Je ne sais pas comment ça se passera mais j'aimerais bien m'occuper d'elle jusqu'à la fin. »^{Mme} Byeon (belle-fille)

« Je ne sais pas si elle était atteinte de la maladie d'Alzheimer plus tard mais enfin.. je m'en occuperai toujours. Les Coréens ne font pas ça... je veux bien la prendre en charge de toutes mes forces autant que possible. »^{Mme} Seong (belle-fille)¹³²²

« Comment les personnes, qui pensent que les soins sont une obligation, peuvent prendre en charge les soins sans le *hyo* ? Les parents aiment leurs enfants, ce qui fait envisager la prise en charge comme une obligation. Comment cela est-il possible sans amour ? On me demande d'envoyer maman en institution, mais je souhaite faire jusqu'au bout, comme je l'ai fait pour mon père. »^{Mme} Sun (fille)

^{Mme} Sun nous explique que certaines personnes âgées soignées au début par leurs aidantes principales, puis entrées en institution sont toutes mortes. A. Kaufmann montre combien l'interaction avec l'environnement est un facteur déterminant qui peut entraîner à un résultat différent quand deux personnes par exemple souffrent d'un même type de cancer : la guérison pour l'une, entourée par les soutiens affectifs et matériels incessants ; la mort pour l'autre à la

¹³²² Effectivement, nous avons constaté lors du troisième entretien avec elle que ^{Mme} Seong a vraiment pris en charge sa belle-mère jusqu'à la mort de cette dernière.

suite d'une série de difficultés et de solitude¹³²³.

3.2. « Ça dépend du contexte »

Mais les opinions à ce sujet ne font pas l'unanimité. Car certaines aidantes principales envisagent le recours à l'établissement quand l'état de santé de leurs proches âgés se dégradera¹³²⁴. Il est intéressant de constater que ce sont plutôt les belles-filles, qui ne maintiennent pas une relation proche avec leurs belles-mères, qui tiennent ces propos.

Hyeon : « ça peut dépendre du contexte même si on fait tant qu'on peut. Depuis le début on pousse pour exprès aller en établissement ? ça dépend du contexte. En établissement, les personnes âgées ne meurent pas si vite. Elles sont soignées là-bas, n'est-ce pas ? De toute façon, ça devient de plus en plus généralisé de les envoyer en établissement. Si ma belle-mère ne peut pas toute seule aller aux toilettes, et si personne ne peut s'en occuper, n'est-ce pas qu'elle est contrainte d'aller elle-même là-bas ? »

Yoonji : « Vous semble-t-il pour vous que les autres membres de la famille pensent comme vous ? »

Hyeon : « Bien sûr. Il faut voir la situation objectivement. Ce n'est pas la question de l'individu, toi et moi. Personne ne veut s'occuper d'elle. Pour les soins, il faut une personne qui puisse lui consacrer son temps. Ce n'est pas évident de faire ça. Il faut vivre de façon normale. On fait de son mieux tant qu'on peut, puis elle va en établissement.

« Si sa santé s'aggrave, je ne peux pas m'occuper d'elle. Elle devra aller en institution. »
M^{me} Jeon (belle-fille)

Toutefois, déléguer les tâches à autrui professionnel peut les conduire à éprouver un sentiment de culpabilité. Celui-ci se renforcera d'autant plus par l'internalisation de l'éthique du *hyo* et les représentations négatives du placement. Nietzsche désigne la croyance chrétienne comme la mauvaise conscience qui peut entraîner même à la culpabilité morbide¹³²⁵. Mais cette mauvaise conscience vient aussi de l'éthique du *hyo*. Culpabilité, affection et responsabilité écrasent les aidantes principales, qui se sacrifient aux soins au détriment de leur propre santé et de leur propre vie. Notons aussi qu'en cas d'insuffisance de ressources financières, il n'y aura aucun autre choix pour l'aidante que de prendre en charge les soins elle-même en ne pouvant recourir à l'aide professionnelle. M^{me} Geum, qui a prodigué toute seule les soins à sa mère à domicile jusqu'à la mort, déconseille à quiconque la prise en charge des soins à la maison. Elle met l'accent sur les nombreuses difficultés de la vie des aidantes principales, surtout en cas de

¹³²³ A. Pierre, A. Kaufmann et R. Waissman. 1989. *Vivre une maladie grave*, Paris, Méridiens-Klincksieck.

¹³²⁴ C. Bowman, J. Whistler and M. Ellerby. 2004. « A national census of care home residents », *Age and aging*, vol.33, p.561-566.

¹³²⁵ F. Nietzsche. 2000 [1887]. *Généalogie de la morale*, Traduit par Patrick Wotling, Paris, Le Livre de Poche.

célibat ou de l'indisponibilité des ressources humaines et financières.

« Je m'oppose à la prise en charge des soins à la maison. Les odeurs... les conditions... il n'y a personne qui puisse le faire, ni qui puisse se consacrer à la mère en abandonnant toute sa vie personnelle, même pour sa propre mère. Je conseille aux autres personnes de ne pas prendre en charge les soins à la maison. Moi, j'ai pu le faire parce que ma mère était mon destin et je n'avais pas d'argent. Je vois des gens qui n'ont pas autant d'affection pour leurs mères que j'en avais pour ma mère. Quand je vois quiconque qui parle de sa propre mère même si elle n'est pas malade, je me dis « ah, cette personne ne s'investit qu'à ses enfants et à son mari »... Si on a de l'argent, il vaut mieux l'envoyer en établissement. Le problème en cas de soins à la maison, c'est de savoir si l'être humain peut tout supporter... Parce que personne ne donne de l'argent si je ne gagne pas à côté en prenant en charge les soins de maman. Il n'y a pas de vie personnelle. La vie ne marche pas de soi. Il faut envoyer en institution. Les aidantes n'ont pas de temps libre pour soi, elles s'épuisent, s'appauvrissent. Moi, je n'ai même pas pu penser à me marier. Si les personnes célibataires s'occupent des soins de leurs mères, elles ne pourront même pas se marier. Les soins les préoccupent. » ^{Mme} Geum (mère décédée)

Nous avons trouvé un autre cas similaire mais quelque peu différent, celui du beau-frère de ^{Mme} Seong. Le jour où il lui a montré sa mère qui était soignée à la maison, sa copine l'a quitté.

Seong : « Mon beau frère avait beaucoup de peine pour s'occuper de sa mère. Comme il a traité affectueusement sa mère. Sans lui, ma belle-mère aurait pu être décédée plus tôt. S'il se marie, il sera un bon mari. Il s'occupe des tâches ménagères... »

Yoonji : « Par hasard, est-ce qu'il n'a pas pu se marier parce qu'il était préoccupé par sa mère ? »

Seong : « Oui, c'est vrai. En fait, il a proposé à sa copine de se marier avec lui, mais elle l'a quitté en voyant ma belle-mère. Je ne sais pas si c'est parce qu'elle avait peur de la possibilité des soins qui lui seraient imposés après le mariage. Ça fait déjà sept ans. Depuis, il n'a pas de femme. Depuis, il ne dit rien sur ce sujet (mariage).

La prise en charge des soins des proches âgés à domicile impacte gravement la vie de tous les membres de la famille, surtout bien sûr les aidantes principales. ^{Mme} Park évoque même le déchirement de la famille.

« La décision pour l'établissement... c'est un sujet très difficile à décider. Il faut que tous les membres de la famille se réunissent. L'établissement... c'est vrai... parce que les ménages éclatent lorsque les familles ont de la difficulté à prendre en charge des soins... Moi non plus, je n'ai pas confiance en mes capacités pour cela. Si l'état de santé rend impossible les soins à la maison, on n'a pas que l'établissement comme choix. Ça me fait penser comme ça. Si les soins perturbent beaucoup la vie des familles, cela provoque des problèmes financiers et donc des dissensions domestiques. En réalité, il y a des ménages divorcés à cause de cela. C'est un gros problème dans notre société. Les jeunes tendent à ne pas se marier. Il faut les prendre en charge à la maison parce qu'ils sont mes parents ? Je pense que c'est de moins en moins

valable. »^{Mme} Park (belle-fille)

^M le Professeur Cho propose d'appeler la prise en charge des soins la « prise en charge des soins par bon cœur ». Il pense que le rôle, désigné au sein de la famille selon la norme traditionnelle, n'est plus concordant avec notre époque actuelle. D'ailleurs, il souligne l'« homéostasie » comme la fonction familiale. Ce concept pourrait sans doute être une solution pour chercher l'équilibre dans un état de mauvaise conscience.

« La famille doit garder une « homéostasie ». Il ne faut pas être trop proche ni trop éloigné. Mon rôle en tant qu'enfant, mon rôle en tant que membre de la famille... prendre en charge jusqu'à ce que je fasse un sacrifice ? Ça ne correspond plus à la société moderne. Les individus ont beaucoup de fardeaux à part cela dans la structure sociale¹³²⁶. C'est la raison pour laquelle je préfère désigner la « prise en charge » comme la « prise en charge des soins par bon cœur ». Je ne suis pas certain non plus de pouvoir prendre en charge la vieillesse de mes parents. Je vais faire de mon mieux, mais il sera difficile de le faire en même temps quand on a des enfants. C'est pour cela qu'il s'agit de la « prise en charge des soins par bon cœur ». De ce fait, chaque fois que je donne une conférence, je souligne « allez en établissement ». »^M le Professeur Cho

3.3. *Hésitation*

Contrairement aux autres aidantes principales, ^{Mme} Chang hésite à faire entrer sa mère en établissement. Elle pense que les soins des excréments et l'odeur sont des inconvénients dans la vie quotidienne de sa famille. Son mari et le frère de ^{Mme} Chang ont enregistré le nom de la mère dans la liste d'attente d'une institution municipale. Quand on l'a contactée pour lui annoncer l'autorisation, ^{Mme} Chang a annulé à leur insu.

« Mon mari et mon frère ont fait une demande dans une institution, une municipale. L'année dernière en mai, on m'a contactée et annoncé que maman pouvait y entrer. Mais j'avais l'impression que ce n'était pas opportun pour faire entrer maman parce que son état n'était pas si mauvais jusqu'à ce point. Parce qu'elle n'avait pas totalement perdu son intelligence. Alors j'ai annulé à leur insu. Je ne leur ai pas dit, donc ils considéraient que ce n'était pas encore notre tour. Mais en décembre ils se sont aperçus que c'était moi qui avais annulé. Ils ont demandé à nouveau. Je peux être la fille méchante, en fait j'avais regretté de ne pas l'avoir envoyée à ce moment-là parce que j'avais beaucoup de stress à cause de maman. Plus tard, on m'a contactée, mais j'ai encore annulé... On m'a demandé quel était son état de santé. Maman fréquente le centre de jour. On m'a conseillé de ne pas la faire entrer dans cet état-là. J'avais l'impression que l'institution est pour les personnes âgées grabataires sans intelligence. Donc j'ai annulé. Je ne leur ai pas dit cette fois-ci non plus. Mais ils s'en sont aperçus encore... Ils me l'ont reproché et m'ont demandé de ne pas annuler la prochaine fois. Je ressens l'ambivalence. Il m'est difficile maintenant de m'occuper de maman, donc je souhaite qu'elle

¹³²⁶ P. Boitte. 2002. « Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, quelles solidarités, pour quelle vie ? », *Gérontologie et société*, vol.25, no.101, p.55.

s'en aille. Par contre j'ai peur de l'envoyer si on me contacte de nouveau. Mais je ne pourrais pas le faire dans son état actuel... » ^{Mme} Chang (fille)

C. « Choix » de devenir aides-soignantes familiales

Comme nous l'avons vu, les aidantes familiales deviennent de plus en plus aides-soignantes familiales dans la société coréenne. L'ASLD est mise en place pour alléger le fardeau des aidants familiaux, alors que ceux-ci deviennent plutôt des professionnels de soin. Pour quelles raisons font-ils ce choix ?

1. Informées par l'entourage

La majorité des aidantes principales ayant le titre d'aide-soignante ont souvent été informées au début par le bouche-à-oreille dans leur entourage.

« J'ai entendu dire que si l'on prend en charge son proche âgé bénéficiaire de l'ASLD, on peut être rémunéré. » ^{Mme} Ha (belle-fille)

^{Mme} Seo a pu avoir l'information sur le diplôme d'aide-soignante par ses collègues dans son travail (vendeuse de produits cosmétiques à domicile). À part la réunion matinale, elles peuvent librement organiser leur temps, et il leur est possible de travailler comme aide-soignante trois ou quatre heures par jour. En voyant faire ses collègues, ^{Mme} Seo a trouvé que cela vaudrait la peine pour gagner de l'argent et pour entretenir la santé de sa mère et celle de sa belle-mère.

« Dans mon bureau, toutes mes collègues font ça comme travail secondaire. Tous les matins, après la réunion de travail, mes collègues rendent visite aux écoles pour vendre les produits à des institutrices. On a le temps après la réunion matinale. Dès que la réunion se termine, moi je rentre à la maison pour préparer le repas du matin, mais les autres ne rentrent pas chez elles. Elles ont le temps. Alors je me suis dit que ce serait bien d'obtenir cette qualification pour soigner ma mère et ma belle-mère. De plus je peux gagner de l'argent. » ^{Mme} Seo (belle-fille)

^{Mme} Jong a téléphoné au service de l'Assurance Maladie pour se renseigner sur l'emprunt d'un fauteuil roulant pour sa mère. À cette occasion, un conseiller lui a proposé d'obtenir le diplôme d'aide-soignante. L'étude de Lee M.S. a également constaté que l'évaluateur de l'ASLD qui visite les familles à domicile propose aux proches de passer ce diplôme.

« J'ai téléphoné à l'Assurance Maladie pour me renseigner sur le fauteuil roulant. On m'a proposé de préparer le diplôme d'aide-soignante. » ^{Mme} Jong (fille)

« [...] un personnel de l'Assurance Maladie m'a expliqué à propos de l'ASLD que l'on peut envoyer le proche âgé bénéficiaire en établissement, ou dans un centre d'accueil de jour pendant la journée ou dans un centre de soins temporaires, ou encore si un membre de la famille obtient le diplôme d'aide-soignant, il peut toucher un peu d'argent en contrepartie.

Deux ans plus tard, mon mari a lui aussi subi un AVC. Je me suis dit que maintenant ma belle-mère et mon mari sont tous deux malades... Alors comme je suis dans la maison en ne pouvant pas travailler hors de la maison, ça m'aidera. [...] »¹³²⁷

2. Raison financière

Les recherches traitant du sujet de l'aide-soignante familiale sont encore peu nombreuses, mais deux études explorent les raisons du choix du statut d'aide-soignante familiale, et indiquent que le motif est avant tout financier¹³²⁸. En effet, la majorité des ménages des aides-soignantes familiales se trouvent dans une situation financière défavorable. Dans notre étude, la plupart des aides-soignantes familiales ont mentionné le bénéfice de recevoir un salaire. Nous avons déjà évoqué le cas de ^{Mme} Kang qui a fermé sa boutique et est devenue aide-soignante familiale. Pour un ménage composé d'une personne âgée et des membres de sa famille sans ressources, faute de travail, ou en situation instable au regard de l'emploi, c'est un bon moyen pour assurer à la fois la subsistance de la famille et la prise en charge de leur proche âgé. D'ailleurs, une situation économique défavorable entraîne des difficultés pour assumer la charge financière des services d'aide à la personne : « le coût du service est un argument fréquemment avancé : calculé suivant les ressources du ménage, le montant du service restant à la charge des personnes peut en effet s'avérer assez élevé, [...] »¹³²⁹

« Dans ma famille, mon mari est le seul qui gagne sa vie mais ce n'est pas suffisant. Moi, il me faut surveiller ma belle-mère tout le temps. Le problème financier se pose sérieusement pour nous. Les frais du bénéficiaire c'est un peu difficile à payer. » ^{Mme} Ha (belle-fille)

« De toute façon, puisque nous devons payer une partie des charges pour la venue de l'aide-soignante... Nous n'avons plus à payer, et au contraire je peux gagner de l'argent. » ^{Mme} Jeong (belle-mère décédée)

^{Mme} Boksun, sœur de ^{Mme} Hyosun, vient en tant qu'aide-soignante familiale pour alléger les difficultés de ^{Mme} Hyosun. Bien qu'elles auraient pu recevoir l'autorisation de quatre heures d'aide à domicile, ses deux sœurs y ont renoncé pour gagner de l'argent.

« Ma sœur n'a pas de diplôme d'aide-soignante alors que je l'ai. C'est pour ça que je viens en tant qu'aide-soignante familiale. Je viens là pour aider financièrement même si le système politique des soins reconnaît seulement une heure de soin par jour en cas d'intervention des

¹³²⁷ *Idem.*

¹³²⁸ N. J. Yang, I. H. Choi. 2013. « The Impact of the Korean Long-Term Care Insurance System on its Family Caregivers: Focusing on Family Caregiving Arrangement », *Korean Journal of Social Welfare Studies*, vol. 44, no.3, p.31-56. ; Choi, I. H. et J. H. Kim. 2013. « Characteristics of Certified Family Care Providers (Gajokyoyangbohosa) and Informal Caregivers, and Predictors of Their Caregiving Burden », *Journal of Family and Culture*, vol. 25, no 3, p.159-185.

¹³²⁹ M. Legrand. 2000. « Entre domicile et institution : choix de la personne âgée dans le processus décisionnel », in sous la direction de Richard Vercauteren, *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées*, érès, p.165.

soins par la famille. Si on fait venir une aide-soignante extérieure, celle-ci soigne quatre heures par jour. Au lieu de ça, je viens pour l'aider à cause de l'argent. » ^{Mme} Boksun (fille)

Par ailleurs, nous avons remarqué avec intérêt que non seulement les aidantes principales apprennent par leur entourage l'existence du diplôme d'aide-soignante, mais qu'elles en parlent également aux personnes qui ne le connaissent pas encore. Même si ^{Mme} Souk a obtenu le statut d'aide-soignante, elle ne le met pas en œuvre en tant qu'aide-soignante familiale, car elle n'a pas vraiment de souci financier. Mais elle a conseillé à son amie d'obtenir le diplôme à son amie dont le mari a subi un AVC.

« Moi au niveau financier, je n'ai pas de problème, donc je ne mets pas en œuvre le statut d'aide-soignante familiale. Mais quand même c'est bien utile même si la somme n'est pas élevée quand on prend soin de sa famille. De toute façon, quand on prend de l'âge, la santé se dégrade et on aura besoin de services de soins de longue durée. C'est bien d'obtenir le diplôme pour envisager ça. J'ai conseillé à mon amie de l'obtenir parce que son mari a eu un AVC. Et on n'aime pas faire intervenir un inconnu... Alors mon amie prend soin de son mari en qualité d'aide-soignante familiale. Je pense que c'est bien puisque l'on peut toucher de l'argent... » ^{Mme} Souk (fille)

Le paiement des soins prodigués par l'aide-soignante familiale n'aide pas seulement le ménage ayant des difficultés financières, mais également celui qui n'en a pas. Bien que son mari soit riche, ^{Mme} Jong n'a pas beaucoup d'argent de poche. Son mari ne lui verse que l'argent correspondant aux justificatifs d'achats courants, ce qui fait que le paiement des soins prodigués en tant qu'aide-soignante familiale lui permet d'avoir de l'argent de poche.

« En prenant soin de maman, au niveau financier... l'argent que je reçois en tant qu'aide-soignante familiale, je peux le dépenser comme argent de poche. Franchement, mon mari a beaucoup d'argent, il économise et dépense peu. Il est parcimonieux. Il ne me donne pas une somme d'argent mensuelle pour couvrir le coût de la vie, mais il paie seulement sur justificatifs le montant des produits déjà achetés. Pouvez-vous imaginer combien je souffre dans cette situation... » ^{Mme} Jong (fille)

Comme ^{Mme} Jong, beaucoup de femmes mariées se trouvent sous l'autorité financière de son époux. C. Ungerson suppose que la rémunération symbolique des aides-soignantes familiales peut être importante, notamment pour les femmes mariées sans travail, qui disposent de temps libre et qui sont dépendantes financièrement de leurs maris¹³³⁰. Même si la rémunération des soins prodigués en tant qu'aide-soignante familiale est plus faible que le salaire d'aide-soignante, ce versement est malgré tout un facteur considérable qui encourage les aidantes principales à devenir aide-soignante familiale, et les aide au niveau financier.

¹³³⁰ C. Ungerson. 1995. « Gender, Cash and Informal Care: European Perspectives and Dilemmas », *Journal of Social Policy*, vol.24, no.1, p.45-46.

3. Réticence des aidantes principales à l'intervention d'aides-soignantes

L'aide-soignante s'occupe en principe seulement des soins de la personne âgée bénéficiaire, et n'accomplit pas les tâches du ménage qui ne concernent pas cette dernière. Les aidantes principales comprennent mal qu'on leur demande de payer les soins et le ménage effectués pour le proche âgé, parce qu'à leurs yeux elles pourraient assumer elles-mêmes les tâches réalisées par l'aide-soignante. Pour ^{Mme} Jeong, le choix d'être aide-soignante familiale se fait en grande partie pour résoudre en même temps les problèmes de tâches domestiques et de coût des produits nécessaires. ^{Mme} Jeong a quitté son travail de femme de ménage pour se consacrer à la prise en charge de sa belle-mère, et il semble qu'elle préfère assumer elle-même certaines tâches auxquelles elle a été habituée par son travail précédent. En outre, la possibilité d'être rémunérée en même temps serait un choix « naturel » pour elle.

« Si une aide-soignante vient chez nous, elle n'aide pas à faire le ménage. On m'a dit qu'il est interdit de lui demander. » ^{Mme} Jeong (belle-mère décédée)

^{Mme} Seo, informée par ses collègues, a obtenu le diplôme d'aide-soignante notamment parce qu'à l'instauration de la mesure, le temps d'intervention rémunéré à l'aide-soignante familiale était de quatre heures pour le membre de la famille qui ne cohabitait pas avec son proche âgé. A cette époque, le couple de ^{Mme} Seo n'habitait pas encore avec la mère de son mari. Depuis, le critère de non cohabitation a été supprimé et toutes les aides-soignantes familiales, qu'elles cohabitent ou pas, ne peuvent être rémunérées que pour une heure de soins. En pensant que ça ne méritait pas l'effort, elle n'avait pas demandé le statut d'aide-soignante familiale. Quand elle a cohabité, elle a constaté que sa belle-mère faisait souvent venir une femme de ménage. Elle a alors pensé qu'elle pourrait effectuer ces tâches elle-même (malgré l'aide financière de ses belles-sœurs pour la rémunération de la femme de ménage) et elle est devenue ainsi l'aide-soignante familiale.

« À cette époque-là, on a autorisé quatre heures par jour. À vrai dire, j'ai obtenu le statut à cause de ça. Mais après l'avoir obtenu, la règle a changé, passant de quatre heures à une heure. J'ai beaucoup hésité, et je l'ai dit à mon mari, mais il m'a dit de ne pas le faire. Mais finalement j'ai commencé à réaliser ce travail parce que ma belle-mère avait faire venir une femme de ménage. Au lieu d'une femme de ménage, c'est moi qui le fais. Même si la femme de ménage venait, elle ne ferait pas tout le ménage. [...] Nous n'avons jamais fait venir une aide-soignante. Depuis le début, je me suis occupée d'elle parce que ma belle-mère n'aime pas qu'une personne inconnue intervienne. Elle dit que les aides-soignantes viennent pour voler. Puisqu'elle répète ça, comment j'oserais en faire venir... » ^{Mme} Seo (belle-fille)

L'étude de M.S. Lee constate qu'une aidante principale a obtenu le diplôme d'aide-soignante parce qu'elle n'aimait pas la négligence de l'aide-soignante qui venait chez elle prodiguer les

soins à son proche âgé, ni sa façon de soigner¹³³¹. Yang, N.J. constate la frontière ambivalente des tâches des aides-soignantes, notamment pour les actes de la vie quotidienne. À l'aide-soignante s'imposent seulement les tâches du ménage qui concernent le bénéficiaire, non pas sa famille, mais il est difficile d'en déterminer la frontière¹³³². L'aide-soignante familiale effectue toutes les tâches ménagères sans tenir compte des règles imposées aux aides-soignantes. L'auteure remarque que ce problème est également dû aux limites des types de services à domicile disponibles dans le cadre de l'ASLD et que c'est la raison pour laquelle il est nécessaire de tenir compte des différents services mais aussi de sélectionner les plus pertinents¹³³³. Par ailleurs, cette manière d'assumer les tâches semble être préférée à la fois par la personne aidante et la personne aidée, sans intervention d'inconnus.

« Alors, j'ai pu continuer à m'occuper de ma [belle-]mère jusqu'à sa mort à la maison. Ce qui était bien, c'est que je pouvais m'occuper d'elle en tant que [belle-]fille et à la fois en tant que professionnelle. Elle aussi a aimé ça. »^{Mme Jeong (belle-fille)}

4. Préparation de la prise en soin future de leurs proches âgés

L'existence d'un parent en vie ou la cohabitation avec un (des) proche(s) âgé(s) sont aussi un facteur encourageant à suivre la formation pour la préparation de la prise en soin de leurs proches âgés. Nous venons de constater que^{Mme Seo} a pensé à sa propre mère et à sa belle-mère, qui étaient en bonne santé à cette époque-là. Il en va de même pour^{Mme Byeon} ayant obtenu en 2008 le diplôme d'aide-soignante titulaire en prévision de l'altération future de la santé de sa propre mère et de ses beaux-parents. Elle était employée dans une petite entreprise de vêtements pour animaux domestiques lors du premier entretien, mais sa carrière s'est réorientée en deux ans vers le métier d'aide-soignante dans un hôpital gériatrique.

« On m'a dit qu'un certificat d'aide-soignante a été créé. À cette époque-là, mes beaux-parents et ma propre mère étaient en bonne santé. En fait, je me suis dit que j'habite avec des personnes âgées, et que ça pourra les aider un jour même un peu... Je ne savais pas que je travaillerais plus tard à l'hôpital avec ce diplôme. »^{Mme Byeon (belle-fille)}

Au début, la motivation de^{Mme Rye} pour acquérir ce titre d'aide-soignante était le bénévolat afin que l'église qu'elle fréquente puisse répondre aux conditions nécessaires pour la construction d'un établissement de soins des personnes âgées. Au cours de sa formation, sa mère a subi un infarctus cérébral. ^{Mme Rye} a voulu renoncer à poursuivre la formation mais ses formateurs lui ont fait valoir que c'était encore plus nécessaire dans ce cas-là. On lui a annoncé alors

¹³³¹ M. S. Lee. 2012, *op.cit.* p.59.

¹³³² N. J. Yang. 2013. *op.cit.* p.123.

¹³³³ *Idem.*

l'impossibilité de pratiquer le métier d'aide-soignante dans sa propre famille si bien qu'elle a travaillé chez d'autres personnes âgées tout en prenant soin de sa mère à titre individuel. Puis, elle a appris par hasard la possibilité de devenir aide-soignante familiale.

« Quand j'ai suivi la formation, je n'ai pas imaginé que ma mère serait malade. Moi j'ai voulu faire ça pour gagner de l'argent. L'église que je fréquente a entrepris de construire un établissement de soins pour personnes âgées. Mais pour ce faire, il fallait cinq aide-soignantes. Alors, on a eu une réunion et j'ai donc fait partie des cinq personnes. [...] Au cours de la formation, ma mère est... Moi je voulais arrêter de suivre la formation. On m'a demandé pourquoi, alors j'ai raconté la situation de ma mère. Tout de suite, on m'a dit que dans ce cas-là il est d'autant plus nécessaire de l'obtenir. On m'a conseillée de suivre la formation jusqu'au bout en faisant intervenir un soignant hospitalier pendant ce temps là. » ^{Mme} Rye (fille)

Quand la santé de sa mère s'est dégradée, ^{Mme} Kang a obtenu le diplôme d'assistante soignante. Mais un mois après l'obtention, ce diplôme est devenu inutile dans le nouveau système de l'ASLD, et remplacé par celui d'aide-soignante. Il n'existait aucune mesure pour exempter de l'examen ni pour donner le moindre avantage aux personnes possédant déjà le diplôme d'assistante soignante.

« J'ai obtenu le diplôme d'assistante soignante parce qu'il y avait maman, donc au cas où... Mais un mois après, le titre d'assistante soignante était supprimé et remplacé par celui d'aide-soignante. Je n'ai pas pu le mettre en œuvre... après un seul mois ! On m'a dit qu'il faudrait à nouveau suivre une formation. Sans subvention... Je devais assumer le coût de la formation. J'étais en colère, d'ailleurs je n'avais pas d'argent non plus. Alors je ne l'ai pas fait pendant quelque temps. Pourtant, je n'ai pas eu d'autre choix que de l'obtenir, parce que la santé de ma mère s'est vraiment aggravée. Alors, j'ai emprunté de l'argent, et je l'ai enfin obtenu. Dès lors, j'applique la qualification d'aide-soignante familiale depuis le mois dernier. » ^{Mme} Kang (fille)

5. Préparation pour une activité professionnelle sur le long terme

^{Mme} Park vend des vêtements d'occasion, et son magasin se situe à cinq minutes à pied de sa maison. Pendant que sa belle-mère passe la journée dans un centre d'accueil de jour, elle essaie autant que possible de mener une activité sociale, non seulement à titre professionnel mais aussi comme bénévole dans son quartier. Très active, elle a obtenu le diplôme d'aide-soignante pour préparer sa vieillesse. En effet, elle n'est pas certaine de pouvoir maintenir longtemps son magasin, et elle souhaite vivre activement sa vieillesse en continuant à mener une activité professionnelle. D'ailleurs le métier d'aide-soignante pourrait répondre à son souhait, car il n'est pas particulièrement sensible à l'âge des travailleurs. À part sa belle-mère, elle a eu quelques expériences de soins à d'autres personnes âgées. Mais sa santé physique en a souffert. Il semble

qu'elle considère ce métier comme donnant un sens à sa vie et qu'elle envisage bientôt de recommencer à travailler chez une autre personne âgée.

« Pour passer toute ma vieillesse. Parce que je ne pourrai pas toujours continuer mon commerce en vendant les vêtements comme ça. D'ailleurs, les affaires ne vont pas bien en ce moment. J'avais l'impression que j'aurais besoin de ça indépendamment de ma belle-mère. On vit longtemps puisque l'espérance de vie est prolongée. On vit dans une société où une personne âgée s'occupe d'une autre personne âgée. Je ne suis pas riche. Même si je sais que je vieillis, je n'aime pas qu'on me traite de personne âgée. Je pourrai gagner de l'argent de poche avec ce métier. Je bougerai constamment. J'ai soigné quelques personnes âgées à leurs domiciles. Ma belle-mère ne le sait pas parce que je n'en ai pas parlé. En fait, une fois je me suis occupée d'un monsieur en n'en parlant à personne. Il avait 92 ans. Il a fait ses besoins sous lui. Je tolère plus ou moins bien toutes ces conséquences de la dépendance. Et j'aime bien les enfants et les personnes âgées. En fait, je n'ai pas pu m'empêcher de le soigner. Je voyais des crottes incrustées dans ses ongles. Je les ai toutes enlevées en utilisant une brosse à dents. Inexprimable... Je voulais travailler pour gagner de l'argent mais mes épaules se sont abîmées en le faisant. En fait, ce monsieur est décédé après que j'ai arrêté de m'en occuper. [...] Ça m'était difficile de travailler comme ça, mais ça m'a comblé d'un autre côté. Je pense recommencer dans quelques mois. » ^{Mme} Park (belle-fille)

^{Mme} Rye souligne les avantages de ce métier, tels que l'emploi du temps flexible et la garantie du travail pendant la vieillesse, à condition d'être en bonne santé.

« Même si on est âgé, même si on prend la retraite, on peut exercer ce métier si on est en bonne santé. Si on est employé dans une entreprise, il faut y aller tous les jours. Mais ça, c'est flexible. Je peux m'organiser et choisir mes heures de travail. » ^{Mme} Rye (fille)

^{Mme} Kyeong s'est intéressée au début à ce métier pour préparer sa vieillesse, mais elle a été déçue après s'être renseignée sur quelques inconvénients qui ne répondent pas à ses attentes.

« Il y a quatre ou cinq ans... j'étais gênée de ne rien faire après avoir fermé mon magasin. On m'a dit qu'on pouvait gagner de l'argent en travaillant seulement quelques heures comme aide-soignante et que l'on était couvert par la sécurité sociale. Mais j'ai remarqué plus tard que l'affiliation à la sécurité sociale concerne seulement ceux qui travaillent au moins huit heures. Le directeur d'une association d'aide à domicile m'a demandé si j'avais de l'expérience. Je n'en avais pas mais j'ai pu travailler quand même. Mais le décompte des heures travaillées à rémunérer est fait n'importe comment. En plus les gens préfèrent que l'aide-soignante vienne plutôt le matin, pas l'après-midi. Je me suis dit que quatre heures par jour me conviendraient. Je m'attendais à ce que je puisse travailler en m'affiliant à la sécurité sociale, mais ce n'était pas le cas. D'ailleurs, si je m'occupais de ma mère, on a estimé que je pourrais toucher 180 000 won (=120 euros). Alors, je n'ai pas choisi de le faire mais j'ai demandé à bénéficier du service de centre d'accueil de jour. J'ai seulement le certificat. Si je m'occupe de maman, on nous rendra visite sans rendez-vous pour constater si je fais vraiment les soins. Je sors de temps en temps pour faire de l'exercice, mais je ne sais pas quand on

nous visitera. C'est quoi de ne pas sortir par peur que quelqu'un vienne pendant que je suis sortie. » ^{Mme} Kyeong (fille)

Contrairement aux aidantes principales qui ont obtenu le diplôme avant ou au cours de la prise en soin de leurs proches âgés malades, ^{Mme} Kim a commencé à exercer ce métier après la mort de sa belle-mère qu'elle avait prise en charge. Nous constatons l'intérêt croissant au métier d'aide-soignant dans la société coréenne aujourd'hui, notamment chez les femmes d'âge moyen ou plus.

« Après le décès de ma belle-mère ma fille m'a informée de cette possibilité en me disant que la société est de plus en plus vieillissante. Ça m'aidera à gagner de l'argent de façon stable pour mon âge. » ^{Mme} Kim (belle-mère décédée)

Le métier d'aide-soignante apparaît à ces femmes comme une possibilité de continuer à travailler en prenant de l'âge, ou même dans leur vieillesse. Se trouvant dans une situation instable du point de vue de leur travail, elles sont inquiètes pour leur vieillesse, faute de spécialité professionnelle. ^{Mme} Tae ne possède pas le titre d'aide-soignante. Elle donne des cours de paysage dans des centres d'accueil de jour et centres de loisirs municipaux, mais elle a une représentation très dévalorisante du métier d'aide-soignante (à nos yeux elle a déjà une profession stable ou au moins « valorisée » par la société).

« Je n'ai pas obtenu le diplôme d'aide-soignante parce que c'est très difficile d'exercer ce métier. Je n'ai pas une telle chose. On m'a dit que c'est bien pour les soins à la famille. Mais moi j'ai une autre spécialité. » ^{Mme} Tae (fille)

6. Continuum de la même catégorie professionnelle

^{Mme} Geum était assistante soignante à l'hôpital pendant plus de quinze ans en tant qu'assistante soignante. Informée sur la création du métier d'aide-soignante, elle a obtenu ce diplôme après avoir suivi la formation, dès la première année de la création de ce métier en Corée du Sud.

« Nous sommes le premier groupe d'aides-soignantes depuis sa création en Corée du Sud. J'étais soignante mais j'ai entendu parler qu'il y aurait la création du métier dit aide-soignante et qu'il faudrait étudier... Nous, nous n'avons pas passé l'examen. A la fin de la formation, on nous a donné le diplôme. Même si on était soignante, il fallait suivre la formation. Cette année, j'ai obtenu aussi la qualification d'assistante infirmière. » ^{Mme} Geum (fille)

Ainsi les aidantes principales deviennent aides-soignantes familiales comme une stratégie face à tous les inconvénients qu'elles rencontrent dans le recours aux services de l'ASLD.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Notre étude avait pour objectif d'appréhender les expériences des aidantes principales à propos de la prise en soin de leurs proches âgés dépendants, particulièrement les mères ou belles-mères.

Filles ou belles-filles, toujours aidantes principales pour la prise en soin d'une mère ou belle-mère dans la société moderne coréenne

La modernisation a changé les structures sociales et familiales et fait évoluer le statut des femmes, alors que la division sexuée des rôles reste toujours majeure dans les sphères sociales et familiales de la société coréenne. Les femmes représentent la majorité des aidants familiaux, surtout les belles-filles ou les filles. Nous avons analysé les raisons pour être aidantes principales, en catégorisant deux types idéaux, l'injonction sociale traditionnelle pour les belles-filles et l'injonction sociale moderne pour les filles.

Les belles-filles sont devenues aidantes principales, du fait que leur mari est le fils aîné, fils unique, fils *hyoza* (ou électif) ou fils cohabitant, tout cela pouvant se cumuler. Si l'éthique du *hyo* impose aux enfants adultes de prendre en charge leurs parents âgés, celle-ci, basée sur le système de famille patriarcale, permet de légitimer la pratique des soins effectuée par les belles-filles à leurs beaux-parents, en tant que déléguées du *hyo* de leurs maris. Le fait que la réunion familiale se tienne souvent entre les seules belles-filles pour la prise en soin de leur belle-mère, et non pas avec tous les membres de la famille, signifie que la majorité des belles-filles mais aussi les autres membres admettent l'obligation en tant que belle-fille. De plus, les belles-filles ont souvent envisagé, même avant le mariage, que ce devoir leur incomberait, en tant que belles-filles, surtout aînées. Celles, parmi les moins âgées que nous avons interrogées, montrent un aspect moderne du fait que leurs époux leur ont donné une marge de choix, leur demandant l'autorisation pour la prise en soin de leur mère avec cohabitation. Pourtant, on ne peut pas dire que ce type échappe tout à fait au modèle traditionnel, car leur cas correspond le plus souvent à une fratrie composée de nombreux frères, dont leur mari est le fils benjamin, ce qui est la condition la moins impliquée dans l'obligation normative traditionnelle. Et, même si les belles-filles disposent d'une marge de choix pour le consentement, ce cadre est déjà prévu et organisé par les autres membres plus âgés qui ont chacun leurs propres raisons de ne pouvoir assumer le soin. De surcroît, sans leur acceptation, leurs belles-mères devraient entrer en établissement, ce qui est peu accepté. Dans de telles situations, elles ont du mal à refuser ce rôle. Il est ainsi

intéressant et paradoxal de constater que l'acceptation des belles-filles de leur « devoir » peut s'expliquer aussi par l'injonction sociale « moderne ».

Si les belles-filles représentent majoritairement les aidantes principales du fait de l'obligation normative des fils (aînés), les filles se distinguent de plus en plus comme aidantes principales suite au déclin de la tradition. Toutefois, compte tenu de la culture familiale, la hausse du nombre de filles aidantes principales ne s'est pas produite par hasard, et à proprement parler, pas forcément en lien avec l'injonction sociale moderne. Effectivement, les femmes ont toujours joué le rôle d'aidantes principales de leurs familles. Dans notre étude, les filles sont devenues aidantes principales, du fait de la relation affective avec leurs mères, de l'habitude à l'assister dans les tâches domestiques dès l'enfance, de l'expérience des soins, du statut de célibataire, de l'héritage en raison de la faible capacité financière, du dernier recours pour la garde de la mère. En fait, si la division sexuée du travail est courante dans la société coréenne, c'est le processus de socialisation qui mène l'individu à la considérer comme « naturelle ». Les parents jouent un rôle primordial dans cette socialisation. Ce sont surtout les mères coréennes, s'occupant des tâches domestiques, qui ont demandé presque exclusivement à leurs filles « électives », surtout aînées, de les aider à tenir le ménage, au détriment de leur éducation, tandis qu'elles soutenaient leurs fils, les laissant faire ce qu'ils voulaient. Suite au cumul de telles expériences, tant pour les filles que pour les garçons, les tâches domestiques deviennent, à leurs yeux, un travail féminin. Si les frères et sœurs font également partie du processus de socialisation, c'est parce qu'ils ont grandi en voyant leurs sœurs électives jouer le rôle de « vice-responsables » pour les soins aux membres de la famille. Tout cela constitue l'ensemble des références, comme des savoirs communs, entre les membres de la famille, pour la désignation d'aidantes principales, lorsque leur mère a besoin de soin. Et, compte tenu du déclin de l'obligation normative des fils, qui peuvent refuser de se charger des soins, les frères et sœurs pensent prioritairement à la sœur qui jouait depuis l'enfance le rôle de remplaçante de leur mère. Autrement dit, à partir des représentations établies par l'habitude familiale dans la fratrie, ils interprètent la situation nécessitant les soins à leur mère, identifient et catégorisent leur sœur comme seule aidante principale convenable. Il est intéressant de noter que les filles ayant rempli le rôle d'assistante de leur mère acceptent ce rôle d'aidantes principales, même à contrecœur. En vivant cette expérience dans l'enfance, elles se sont habituées à s'occuper des tâches domestiques par obligation ou volontairement. De plus, en agissant avec leur mère ou en la remplaçant, elles ont pu établir un sentiment particulier et affectueux à son égard, ressentant à quel point le cœur maternel se consacre aux enfants, au détriment de sa propre vie. Ce point s'est nettement

manifesté lorsque les filles prennent en charge leurs mères pour les protéger contre la ruse de leurs frères, qui veulent les priver d'un héritage.

Toutefois, il se peut que certaines filles n'ayant pas joué le rôle d'assistante de leurs mères deviennent aidantes principales. Si ^{Mme} Souk, qui menait des activités professionnelles très dynamiques, est devenue aidante principale, c'est son statut de célibataire qui en est la cause. En raison de son célibat, elle avait déjà l'expérience, suite au décès de sa sœur, de s'occuper de sa nièce jusqu'à ce qu'elle devienne adulte. Les filles non mariées sont toujours disponibles aux yeux des membres de leur famille, du fait qu'elles n'appartiennent pas à une belle-famille. Leurs activités professionnelles sont considérées comme peu importantes pour la désignation d'aidante principale. Même si ^{Mme} Souk avait déjà mené plusieurs activités professionnelles, ses frères et sœurs ont exigé qu'elle arrête tout pour se consacrer à la prise en soin de leur mère, en échange de l'héritage de leur père. Ils considéraient ainsi implicitement que ce choix était plus important mais tout aussi avantageux pour leur sœur : prendre soin de leur mère en restant à la maison, tout en recevant de l'argent. Et, de son côté, ^{Mme} Souk a elle aussi considéré que personne d'autre qu'elle-même pouvait prendre soin de sa mère, du fait que les autres membres de la famille travaillaient, alors qu'elle travaillait également. Il en va ainsi pour bien d'autres filles célibataires. Les frères de ^{Mme} Geum lui ont avoué, après le décès de leur mère, qu'il leur semblait raisonnable de lui confier la tâche de soin, parce qu'elle est femme et célibataire. De même, le père de ^{Mme} Sun lui a demandé explicitement de ne pas se marier pour se concentrer sur la prise en soin de sa femme.

Ainsi nous avons constaté que lorsque les mères ou belles-mères ont besoin d'aide dans la vie quotidienne, les filles ou les belles-filles sont désignées – ou s'autodésignent – comme aidante principale en référence à la culture du familialisme, malgré la modernisation de la société : notre hypothèse est bien validée.

Toutefois, une question persiste. Si le déclin de l'obligation normative conduit de plus en plus les filles plutôt que les belles-filles à prendre soin de leurs parents âgés – surtout les femmes âgées selon l'effet démographique –, si le phénomène de l'individualisation augmente chez les jeunes adultes, surtout chez les filles, et encore si le nombre de célibataires, tant hommes que femmes, est en hausse aujourd'hui, les tâches de la prise en soin ne seront-elles pas finalement toujours confiées au sexe féminin ?

Aidantes principales portant sur la résilience à titre d'épreuve-défi

Les expériences de la prise en soin d'une mère ou belle-mère représentent une épreuve-défi. Nous l'avons examiné selon quatre registres d'expériences : registre des aides pratiques, registre individuel, registre relationnel et registre politique.

Dans le **registre des aides pratiques**, notre étude s'est focalisée sur l'aide aux repas, les soins corporels, la mobilité et le financement. Pour l'aide au repas, les aidantes principales ont avant tout manifesté leurs difficultés à respecter les horaires et à faire de nouveaux plats trois fois par jour. Contrairement aux repas des autres membres de la famille, il faut qu'elles établissent les menus pour leur proche âgée en tenant compte des éléments nutritifs nécessaires et des nourritures à éviter en fonction de leur état de santé. Elles ont notamment souligné leur difficulté quand il y a incohérence entre les menus convenant à l'état de santé de leurs mères ou belles-mères et les nourritures que ces dernières préfèrent. Et les mères ou belles-mères sont strictes sur la qualité des repas : les plats ne sont pas souvent appréciés, alors que les aidantes principales les ont soigneusement préparés. De plus, alors qu'elles prennent déjà pas mal de temps pour la préparation des repas, l'aide au repas ne va pas de soi lorsque la personne aidée refuse de manger, soit par mauvaise volonté, soit à cause des symptômes de la maladie. Elles doivent la persuader, tout en contrôlant l'émotion de l'offense. Tout cela accentue l'épuisement des aidantes principales, ce qui les entraîne à négliger leur propre alimentation.

Les soins corporels sont aussi une tâche très subtile. Les aidantes principales ont exprimé leur embarras face au problème de débarrasser les traces des excréments de leur proche âgée. L'odeur très forte les conduit à envisager le placement en établissement, mais le sentiment de dégoût est moins vivement exprimé lorsque l'affection est bien établie entre les protagonistes, le plus souvent dans la relation mères-filles. Pourtant, les filles manifestent une culpabilité à l'égard de leurs maris et enfants, même si certaines avaient auparavant fait l'expérience de prendre soin de leurs beaux-parents sans éprouver ce sentiment. Cela ne signifie-t-il pas que, culturellement, la prise en charge de sa mère pour une femme mariée n'est pas encore tout-à-fait bien acceptée dans la société patrilinéaire coréenne. Par ailleurs, les soins corporels peuvent heurter la pudeur, du fait de la nudité, tant de la personne aidée que de la personne aidante, si bien que cette tâche tend à être exclusivement réservée aux aidantes principales auxquelles la personne âgée est habituée. Cela prive de liberté ces aidantes, du fait de l'obligation d'être toujours prêtes à accompagner leur proche âgée aux toilettes, de jour comme de nuit, et à surveiller la propreté du corps du fait de l'incontinence. De plus, les aidantes principales éprouvent des difficultés

lorsque la personne aidée refuse de faire sa toilette, ce qui arrive surtout en cas de maladie d'Alzheimer, et elles ne sont pas préparées à voir la nudité de leurs proches âgées.

En ce qui concerne la question de la mobilité, les aidantes principales doivent accompagner la proche âgée pour sortir de la maison, et même si la destination est éloignée, si elles ne disposent pas de véhicule, elles doivent se débrouiller seules. À propos du financement, la plupart des personnes aidées de notre étude sont financièrement dépendantes de leurs enfants, et les aidantes principales filles célibataires ont davantage rencontré de difficultés. Le système de la division sexuée du travail, nous le constatons, rend les femmes économiquement vulnérables et dépendantes de leurs maris.

Face à ces situations contraintes qui entraînent un état de déséquilibre, les aidantes principales réagissent et appliquent des stratégies. Elles mobilisent différentes ressources aux niveaux individuel, familial et public. Par l'expérience, elles ont acquis le savoir-faire qui s'adapte à telle situation contrainte. Il s'agit, le plus souvent, de méthodes qui aident à corriger le comportement de la proche âgée ou lui permettent de changer d'avis pour accomplir les tâches de soin. En cas d'impossibilité d'appliquer des stratégies individuelles elles ont recouru à l'aide familiale. L'intervention des membres de la famille peut efficacement alléger les épreuves ressenties. Mais ces interventions ont leurs limites, du fait que les tâches de soin sont toujours considérées comme un travail féminin. Pour la préparation des repas, les membres de la famille cohabitants aident simplement, en sortant du frigo les plats déjà préparés par les aidantes principales. Pour les soins corporels, le changement de couche est considéré comme une tâche identique à celle de changer une couche de bébé, tâche le plus souvent effectuée par les mères. Pour la visite chez les médecins, le rendez-vous est normalement pris dans la journée et en semaine, alors que c'est l'heure où les autres membres travaillent. Pour le financement, selon la situation ou l'histoire familiale, la solidarité familiale régulière peut être difficile.

Les épreuves se manifestent également dans **le registre individuel**. Les aidantes prennent soin de leurs mères ou belles-mères, au détriment de leur vie personnelle (activité professionnelle, loisir, temps libre...). Elles se préoccupent en permanence de l'état de santé de leur proche âgée, en négligeant leurs propres soins. Elles laissent souvent se dégrader leur santé physique et psychique. La prise en soin en cohabitation ne leur permet pas de se retrouver seules. Face à l'étouffement causé par cette situation contrainte, elles cherchent à trouver leurs « coulisses » personnelles à l'intérieur ou l'extérieur de la maison, mais parfois en vain. Au-delà du repos individuel, elles ont besoin d'occasions pour échanger leurs expériences, mais le dispositif des

groupes de parole n'est pas encore activé en Corée. Par ailleurs, celles, qui ont mené des activités professionnelles hors du domaine de soins, vivent une crise d'identité. Nous avons pu constater trois stades dans cette crise. Tout d'abord, l'évènement soudainement survenu, qui les entraîne à jouer le rôle d'aidante principales, leur permet d'accepter sans grande difficulté leur nouvelle identité. Puis, si elles disposent d'un moyen alternatif, qui leur permet de réaliser leurs « petits cinémas », tout en prenant soin de leur mère ou belle-mère, celui-ci joue le rôle de compensation pour accepter, plus ou moins bien leur nouvelle identité, au point de la considérer comme identité principale. Enfin, il peut y avoir une impossibilité à accepter l'identité d'aidante principale comme identité principale, menant à la mettre la place secondaire au profit de leurs petits cinémas, en attendant le jour où ils pourront se réaliser. Nous avons remarqué que la socialisation influence, implicitement et explicitement, ce processus. Celles, qui avaient l'expérience de s'occuper principalement des tâches domestiques, se sont mieux habituées que les autres, comme les célibataires qui menaient des activités professionnelles de qualité dans un domaine éloigné des soins ou services. Par ailleurs, les aidantes principales éprouvent des difficultés accrues lorsqu'elles n'ont pas été reconnues par d'autres membres de la famille ou de la parenté. Pourtant, quand elles obtiennent cette reconnaissance, elles sont amenées à faire davantage d'efforts pour satisfaire leurs attentes, ce qui engendre paradoxalement de nouvelles épreuves. Quant à la religion, elle joue le rôle de culpabiliser certaines au regard de leurs comportements insincères ou de leurs pensées égoïstes mais elle les soulage aussi dans les épreuves, et les motive à tenir infatigablement leur fonction d'aidante principale.

Si la prise en soin s'effectue en co-présence entre deux protagonistes, les aidantes principales rencontrent des épreuves dans **le registre relationnel**, du fait des représentations que chacune porte à l'égard de la personne aidée. Notons que les représentations de la vieillesse et des personnes âgées sont plutôt négatives dans la société coréenne aujourd'hui. Les aidantes principales ont du mal à comprendre les comportements liés au vieillissement et aux maladies. Si de tels comportements sont un facteur déterminant des épreuves rencontrées, elles appliquent, pour y faire face, leurs propres stratégies, telles que la tendresse, l'humour, l'accoutumance, le *coping* actif, l'évitement, la prière voire l'exorcisme. Par ailleurs, elles sont les seules qui puissent remarquer l'évolution de l'état de santé de leur proche âgée. Du fait qu'elles ressentent l'approche de la mort, cette angoisse pèse sur leurs épaules. Notamment, les filles célibataires s'inquiètent davantage, car, sans aucun cohabitant, elles doivent agir avec discernement lorsque survient la situation d'urgence. Toutefois, l'idée de la mort des proches âgées les conduit à se

poser des dilemmes moraux, car elle les libérera de la contrainte de les prendre soin. Dans leur for intérieur elles l'espèrent, mais cette idée leur permet aussi de prendre conscience de l'importance de leur rôle et les motive pour la prise en soin jusqu'au bout.

Par ailleurs, leur position dominante leur permet d'acquérir une capacité d'interférence avec leur proche âgée, et elles en profitent face à la contrainte des soins. Pourtant, le déploiement de cette capacité qui réduit l'autonomie des personnes aidées, leur pose un problème éthique. Il peut se manifester de façon différente selon la relation entre les deux protagonistes. Si les belles-filles étaient auparavant soumises à leurs belles-mères, les positions sont désormais inversées. Du fait que les belles-filles ont désormais le droit d'abandonner le rôle d'aidante principale, elles l'utilisent éventuellement comme moyen de pression pour que leurs belles-mères corrigent leurs comportements. Pourtant, elles se culpabilisent immédiatement, et se rappellent leurs positions respectueuses de belle-fille à belle-mère, ainsi que leurs obligations normatives. Ainsi, la norme limite la possibilité pour une belle-fille d'exercer une interférence avec la position de sa belle-mère. Par contre, dans la relation mères - filles, la capacité d'interférence peut se manifester de façon extrême par la maltraitance. Pour la fille, l'intimité maternelle excuse tout. Nous avons vu que le risque de maltraitance émane du manque de reconnaissance des difficultés de la prise en charge, du trouble de l'image en miroir, et de l'épuisement. Si la société moderne valorise l'accomplissement professionnel, leur situation contrainte ne permet pas facilement aux aidantes principales de se réaliser ainsi, et les filles peuvent considérer leurs mères comme un fardeau et exprimer leurs mécontentements par la manière de les soigner.

Mais même si la prise en soin des mères ou belles-mères est une tâche qui impose des épreuves, elle permet également de vivre des expériences bénéfiques. Plus elle dure dans le temps, plus elle laisse de la marge aux deux protagonistes pour construire de la familiarité. Nous avons constaté que cette prise en soin a non seulement raffermi les relations entre les deux protagonistes qui éprouvaient déjà de l'affection, mais qu'elle a aussi permis de les réconcilier quand leur relation était mauvaise. Les filles, qui gardaient une rancune envers leurs mères depuis l'enfance pour avoir été traitées avec moins de soin que leurs frères, ont été amenées à comprendre qu'elles se sont consacrées à la famille au détriment de leur vie personnelle, et à avoir pitié de celles qui n'avaient pu obtenir, malgré leurs efforts, la reconnaissance des autres. Quant aux belles-filles, celles qui ont vécu le « *sizipsal-i* », elles ont constaté le changement de personnalité de leurs belles-mères, et ont ressenti, au fur et à mesure de l'affection pour ces dernières, qui cherchaient leur présence à la fin de leur vie. Nous avons désigné ces relations entre belles-mères et belles-filles sous l'expression de « parenté développée ». Toutefois, nous

avons constaté que si, pour les aidantes principales, l'affection joue le rôle de compensation à la prise en soin, en cas d'absence de familiarité, les aidantes principales souhaitent obtenir des dédommagements matériels et financiers, en contrepartie de leurs efforts. C'était surtout le cas des belles-filles, qui n'ont reçu aucun soin de leurs belles-mères dans la vie, et qui jouent le rôle d'aidantes principales par obligation normative. En les évitant le plus possible, elles n'ont pas même eu l'intention de construire une relation affectueuse avec leur belle-mère. Par ailleurs, si les proches âgées sont dépendantes de leurs aidantes principales, celles-ci, voire d'autres membres de la famille, deviennent dépendants de celles-ci, au fur et à mesure. Mais certaines aidantes principales ont affirmé que l'existence de leurs proches âgées permettait de maintenir l'harmonie familiale, et d'obtenir un effet éducatif sur les petits-enfants. Les aidantes principales elles-mêmes jouent un rôle éducatif vis-à-vis des autres membres de la famille. Et leur expérience de la prise en soin jusqu'à la mort leur permet d'en tirer une leçon de vie, en ressentant la satisfaction d'avoir bien accompli leur rôle.

Ainsi les épreuves, rencontrées par les aidantes principales dans une situation contrainte, les mènent à des expériences de partage de moments tristes ou heureux, de colère ou de conflits, tout au long de la prise en soin, qui construit une dépendance affective chez les aidantes principales. Que l'affection soit établie ou non, elles sont émotionnellement aidées par l'existence de leurs proches âgées. Toutes les formes de relation d'interdépendance mettent en œuvre des ressources, qui leur permettent de donner un sens à leur action et de continuer à remplir leur rôle d'aidante principale.

Ainsi, le rôle d'aidante principale se situe en permanence entre états d'équilibre et de déséquilibre. Nous avons constaté que les aidantes principales rencontrent des épreuves, du fait qu'elles se trouvent dans les situations contraintes, et que les ressources nécessaires ne sont pas suffisantes ou disponibles. Pour faire face à ces épreuves, elles élaborent des stratégies en mobilisant des ressources déjà existantes, et/ou des ressources incarnées par l'interaction, qui restaient potentielles avant la prise en soin. L'épreuve-défi génère des ressources, qui leur permettent de continuer à se maintenir dans le rôle d'aidante principale : notre hypothèse est validée.

L'épreuve-défi des aidantes principales dans la situation contrainte représente la « résilience » qui permet de repousser leurs limites. Toutefois, si la prise en charge des proches âgées dépendantes conduit les aidantes principales à leur consacrer leur vie au détriment de leurs propres existences, dans un contexte où cette tâche n'est ni valorisée ni soutenue, tant

socialement qu'au sein de la famille, jusqu'à quand l'épreuve-défi pourra-t-elle s'opérer ?

Système de l'ASLD encourageant la refamilialisation

Aux trois registres d'expériences épreuve-défi s'ajoute **le registre politique**. Face aux difficultés de recourir à l'aide informelle, les aidantes principales ont recours à l'aide formelle. Les prestations de l'ASLD leur ont apporté des bénéfices : l'allègement du fardeau physique, l'offre de temps libre et de défoulement, l'aide à la concentration dans le travail pour celles qui mènent des activités professionnelles, la satisfaction des proches âgées, l'amélioration de la relation entre l'aidante principale et son proche âgée. Cela ne signifie pas pour autant que le système de l'ASLD est construit de façon irréprochable, du fait de sa mise en place tardive et de son immaturité. Notre étude s'est longuement attardée sur ce point, en faisant référence aux expériences des aidantes principales, aux opinions des professionnels et aux études scientifiques. L'utilisation des prestations de l'ASLD s'accompagne d'inconvénients pour les utilisateurs et leurs aidantes principales.

Au niveau administratif, la décision de la catégorie à attribuer à la personne âgée n'est pas cohérente entre les différents évaluateurs. Ceux-ci tendent, d'une manière générale, à classer dans une catégorie moins élevée que l'état de santé des demandeurs le justifierait. Le critère de l'évaluation n'est également pas favorable à ceux qui n'ont qu'une seule maladie, comme la démence, alors que la prise en soin de celle-ci n'est pas légère. Par ailleurs, il faut deux mois pour obtenir l'annonce des résultats et, en attendant, les aidantes principales doivent se débrouiller seules. Même après avoir obtenu un droit, du fait de l'absence du dispositif de *care manager*, les aidantes principales doivent se renseigner seules sur les services, en les comparant entre eux, et choisir celui qui leur semble convenable. Et pour le recours au service, les usagers devant payer le reste à charge, les aidantes principales sont réticentes à y recourir, afin de faire des économies.

En ce qui concerne les prestations de l'ASLD, pour les prestations à domicile, le nombre d'heures d'intervention n'est pas suffisant, 4 heures par jour, et l'État le réduit de plus en plus, jusqu'à 3 heures pour les catégories 3 et 4. D'ailleurs, la qualité des soins prodigués par les aides-soignantes est de plus en plus remise en question. Puisque le métier d'aide à domicile ne fixe pas de condition d'âge, et compte tenu du taux de pauvreté des personnes âgées coréennes, ce métier correspond bien à leur situation, voire à leur souhait. D'autant plus que le métier du soin est considéré comme un travail féminin, les femmes âgées se ruent sur ce métier d'aide-soignante, alors que souvent elles n'ont pas assez de force physique et cognitive pour le faire.

Nous avons constaté que les aides-soignantes intervenant chez les aidantes principales ont souvent négligé leur responsabilité, et leur manque de professionnalisme est accru leur propre état de santé. Comme l'État coréen promeut l'ASLD en la désignant comme l'« assurance du *hyo* » et l'aide-soignante comme « partageur du *hyo* » qui remplace l'enfant, il met ainsi en avant le soin émotionnel plutôt que le soin professionnel. Par ailleurs, les problèmes posés par le système de formation d'aide-soignante sont nombreux : la délivrance du diplôme sans passer l'examen à l'origine du système, la mauvaise qualité de la formation suite à la concurrence des institutions de formation, l'insuffisance du nombre d'heures de programmes des cours, ou encore le système de déclaration pour l'installation d'une institution de l'ASLD.

Quant à l'accueil de jour et de nuit, il est l'un des services auxquels les aidantes principales ont recours le plus souvent, mais qui n'est pas forcément disponible, faute d'un nombre suffisant d'établissements. Les aidantes principales interrogées se sont efforcées de chercher les centres disponibles ou de s'inscrire sur la liste d'attente. Pourtant, même quand il s'offre une place, les centres sélectionnent les usagers selon leur état de santé, si bien que l'accès est restreint pour les personnes âgées qui ont des difficultés à aller seules aux toilettes par exemple. Dans ce contexte difficile d'admission, les directeurs des centres demandent aux usagers de signer un contrat pour 8 heures par jour, et ceux-ci sont contraints de l'accepter, même si ce n'était pas leur souhait. Cela les entraîne à dépenser la majorité du montant disponible de l'aide apportée par l'État, alors que les aidantes principales souhaitent utiliser d'autres services. Et la plupart des centres sont fermés le week-end et les jours fériés. Le service d'établissement de court séjour existe aussi pour le répit des aidantes principales, mais il n'est pas assez développé ni promu, et le nombre de tels établissements est faible. Il en va de même pour le service de soins infirmiers à domicile auquel les aidantes principales n'ont pas recours, faute de promotion et de connaissance. Par ailleurs, la liste des achats ou emprunts de matériels techniques en faveur des soins, selon la catégorie retenue, ne correspond pas à l'état de santé réel des bénéficiaires.

En ce qui concerne les prestations en établissement, le droit d'entrée est en principe octroyé aux catégories 1 et 2, et exceptionnellement aux catégories entre 3 et 5, lorsque les personnes ne peuvent pas être soignées par leurs familles. Et même si cette condition ouvre le droit aux malades atteints d'Alzheimer, le nombre des établissements adaptés à ce type de maladie est insuffisant. De plus, le plan national de gestion de la démence, en cours depuis 2008, a de nombreuses lacunes à combler. L'établissement de l'ASLD n'est pas médicalisé alors que les bénéficiaires fondamentaux, de catégories 1 et 2 ont souvent besoin de service médical. S'il est possible de recourir à l'hôpital gériatrique, le coût des soins de longue durée n'est pas

remboursé par l'assurance maladie. Nous avons constaté que la majorité des aidantes principales ont des représentations négatives des établissements d'hébergement, parfois ayant été témoins des mauvaises conditions de vie et de la mauvaise qualité des soins prodigués par les aides-soignantes. Cela constitue la raison principale pour laquelle elles n'envisagent pas le placement de leurs proches âgées en établissement. Enfin, les prestations de l'ASLD sont en nature. Toutefois, les bénéficiaires peuvent obtenir des prestations monétaires dans le cas où les services d'aide à domicile ne sont pas disponibles dans les régions isolées, ou si la situation est considérée comme particulière en raison de l'état de santé des bénéficiaires. Par rapport au montant attribué pour les prestations en nature, celui des prestations monétaires est très bas. **Ainsi, nous avons mis en évidence que le système de l'ASLD n'est pas forcément favorable aux bénéficiaires, même s'il y présente certainement des atouts : notre troisième hypothèse est validée.**

Il nous est encore nécessaire de vérifier l'hypothèse relative à l'épreuve-défi des aidantes principales face au recours aux services de l'ASLD. Si les inconvénients rencontrés peuvent décourager les aidantes principales d'utiliser les services, le soin familial se retrouve en première ligne. Notons que certaines aidantes principales sont devenues aides-soignantes familiales pour prendre soin de leurs proches âgées. Si nous réfléchissons bien à ce choix, il représente une stratégie pour retrouver l'équilibre face au continuum des épreuves rencontrées. Car les proches âgés refusent le plus souvent catégoriquement l'entrée en établissement par peur de l'image d'abandon et elles refusent même l'utilisation des services sans hébergement, comme l'accueil de jour ou l'intervention des personnes inconnues à domicile. Aussi la prise en soin d'une mère ou belle-mère ne permet-elle pas facilement aux aidantes principales de mener une activité professionnelle de façon stable, à moins qu'elles ne disposent de ressources (aide informelle ou formelle). De plus, en privilégiant les prestations en nature, l'ASLD ne permet pas aux bénéficiaires de rémunérer leur entourage pour leur aide. Si les aidantes principales ne disposent pas suffisamment de ressources financières, elles se retrouvent en difficulté. C'est souvent le cas pour les célibataires, et même des femmes mariées, qui tendent à être financièrement dépendantes de leurs maris. De ce point de vue, l'exercice de la prise en soin, avec le titre d'aide-soignante familiale, permet non seulement aux proches âgées d'être confortablement soignés par leurs filles ou belles-filles avec une plus grande qualité, mais aussi aux aidantes principales de mener une activité économique à travers les soins qu'elles faisaient gratuitement. Cela leur permet à la fois d'économiser le reste à charge qu'il faut payer lors du recours aux services d'aide à domicile, et de gagner de l'argent. Si le « métier » d'aide-

soignante familiale est généré en grande partie par la culture du familialisme et l'immaturation des dispositifs (du fait de l'influence de ce dernier), n'est-ce pas que cette mesure s'est bien installée comme « familialisme institutionnalisé », malgré la prestation officieuse ?

Devenir aide-soignante (familiale) est aussi une stratégie pour les futures aidantes principales, voire les femmes coréennes d'âge moyen. Certaines aidantes principales ont obtenu le diplôme d'aide-soignante en envisageant leur avenir sur le long terme. Elles ont choisi de se préparer dans la perspective où l'état de santé de leurs proches âgés se dégraderait plus tard. Lors de la prise en soin, elles envisagent de continuer à exercer ce métier après le décès de leurs proches âgés. Les femmes, qui quittent plus tôt le marché du travail que les hommes pour s'occuper des enfants, rencontrent une difficulté à retrouver un emploi qualifié lorsque leurs enfants deviennent adultes. Elles tendent donc à se tourner vers le métier de soin, qui leur est familier, pour les enfants ou les personnes âgées : le métier d'aide-soignante leur semble convenir. Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction de cette thèse, il apparaît que les filles commettent beaucoup moins d'homicides de soin que les fils face aux souffrances de la prise en charge de leurs parents âgés. Ne pouvons-nous conclure que les femmes développent mieux différentes stratégies, du fait de leur socialisation moins égoïste depuis leur enfance ?

Tout cela révèle que dans la société coréenne où tradition modernité se côtoient, devenir aide-soignante familiale permet aux aidantes principales de se réaliser dans l'activité professionnelle tout en accomplissant leur devoir familial, même si elles se trouvent momentanément dans une situation contrainte qui empêche leur accomplissement de soi du fait de l'obligation de la prise en soin.

Face aux résultats de nos analyses, nous ne cessons de nous poser une série de questions : si l'aide-soignante familiale pratique ce qui était à l'origine le métier d'aide-soignante, doit-on considérer la prestation monétaire qu'elle reçoit comme la rémunération du travail ? Dans ce cas, où trouver le sens de la famille ? Les valeurs du *hyo* risquent-elles de s'effondrer, elles qui permettaient de fonder la relation parent-enfant sur la solidarité ? Peut-on encore parler d'une relation familiale ? Et quelles caractéristiques relèverons-nous dans cette forme de rémunération ? Si nous la considérons comme la rémunération des soins, nous pouvons penser qu'elle permet de valoriser le travail effectué par les aidantes principales dont l'effort n'était auparavant pas reconnu, et donc gratuit, du fait de la division sexuée du travail : transformation du travail « invisible » en travail « visible ». Mais, si le métier d'aide-soignante est exercé par les femmes, sans parler du rôle d'aidante principale, la rémunération aux aides-soignantes

familiales ne renforce-t-elle pas plutôt l'invisibilité en légitimant leur travail ? Au demeurant, l'ASLD, mise en place pour alléger le fardeau des familles, n'entraîne-t-elle pas son alourdissement par l'effet de la refamilialisation ?

Toutes ces questions concernant le travail des aides-soignantes familiales ouvrent de nouvelles perspectives de recherche. Si l'occasion se présentait, il serait intéressant pour nous de mener une comparaison entre les expériences de prise en soin d'un proche âgé par les familles dont un membre est rémunéré comme aide-soignante familiale et par celles où l'aidante principale ne reçoit aucune aide financière. Ce serait aussi une manière d'appréhender les changements survenus dans la famille coréenne, quant à la place des femmes et des personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

- ÉTUDES INTERNATIONALES -

A

- ABEL O. 2008. « La philosophie du proche », *Cités*, no. 33, p. 109-118.
- ABRIC J. C. 1994. *Pratiques sociales représentations*, Paris, PUF.
- DE AGUILAR P. B. 2015. « Vieillir : un carrefour des temps biologique », *Gérontologie et société*, vol.37, no.148, p.59-69.
- ALCOOK P., GLENNERSTER H., OAKLEY A., SINFIELD A. 2001. *Welfare and wellbeing. Richard Titmuss's contribution to social policy*, Bristol University Press, Policy Press.
- ALFORD R., FRIEDLAND R. 1985. *Theory of Powers*, London, Cambridge University Press.
- ALONSO E., KRYPCIAK S. et PAILAUD E. 2010. « Rôle de la nutrition dans les chutes et les fractures des sujets âgés », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p.171-187.
- AMIN S., ARRIGHI G., CHESNAIS F., HARVEY D., ITOH M. et KATZ C. 2006. « Qu'est-ce que le néolibéralisme ? », *Actuel Marx*, no.40, p.12-23.
- ANDRIEU B et GERARDIN P. 2013. « Le corps vieillissant et les soignants: vers une codépendance? », *Gerontologie et societe*, vol. 36, no 145, 2013, p. 143-154.
- ANESHENSEL C.S., PEARLIN L.I., MULLAN J.T., ZARIT S.H. and WHITLATCH C.J. 1995. *Profiles in Caregiving: The Unexpected Career (Chapter 1-7)*, San Diego, Academic Press.
- ANGELOFF T. 2008. « Emplois de service : nouvelle domesticité ou gisement d'emplois ? », *Idées économiques et sociales*, no.153, p.20-27.
- ANTTONEN A. and SIPILÄ J. 1996. « European social care services: is it possible to identify models? », *Journal of European Social Policy*, vol.6, no.2, p.87-100.
- ANTTONEN A. and SIPILÄ J. 2003. *The Young, the Old and the State. Social Care Systems in Five Industrial Nations*, Edward Elgar, Cheltenham.
- ARBORIO A.-M. 1995. « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol.13, no.3, p.93-126.
- ANCET P., MAZEN N.-J., MOUREY F. et PFITZENMEYER P. 2009. « Manifeste », In ANCET P., MAZEN N.-J., MOUREY F. et PFITZENMEYER P. (dir.), *Vieillir dans la dignité un combat pour demain*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, p.9-12.
- ARGOUD D. et PUIJALON B. 1999. *La parole des vieux*, Paris, Dunod.
- ARIES P. 1976. *L'homme devant la mort*, Paris, Le Seuil.
- ARISTOTE. *Éthique à Nicomaque*, livre 8 et 9.
- ASHFORD D. E. 1989. « L'État-providence à travers l'étude comparative des institutions », *Revue française de science politique*, vol.39, no.3, p.276-295.
- ATTIAS-DONFUT C. 1988. *Sociologie des générations*, Vendôme, PUF.
- ATTIAS-DONFUT C. 1995. « Le double circuit des transmissions », In ATTIAS-DONFUT C (dir.), *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, État*, Nathan.
- ATTIAS-DONFUT C. 2005. « Solidarités familiales, solidarités publiques. L'indispensable complémentarité », *Economie et Humanisme*, no.374, p.68-71.
- ATTIAS-DONFUT C. 2006. « Temps social, temps individuel et vieillissement », In ATTIAS-DONFUT C., CYRULNIK B., KLEIN É., MISRAHI R. *Penser le temps pour lire la vieillesse*, Paris, PUF.
- ATTIAS-DONFUT C. 2008. « Le corps vieux, entre imaginaire et épreuve de réalité », In BLOCH D., HEILBRUNN B. et LE GOUES G (dir.). *Les représentations du corps vieux*, Fondation Eisai, Paris, PUF.
- ATTIAS-DONFUT C. et LORIAUX M. 2013. « La cohésion sociale : au fil des générations... », *Retraite et société*, no.64, p.135-143.
- AUDI P. 1997. *Rousseau, éthique et passion*, Paris, PUF.
- AVRIL C. 2014. *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, La Dispute.

B

- BALARD F. 2016. « La longévité : Temps de vie supplémentaire ou vie hors du temps? », *Gérontologie et société*, vol.39, no.151, p.133-150.
- BALTES P. B. and BALTES M. M. 1990. *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- BARRETT M., MCINTOSH M. 2015 [1982]. *The Anti-social Family*, London, Verso.
- BATAILLE P, PERRENOUD M. et BRÄNDLE K. 2018. « Échantillonner des populations rares », *Sociologie*, vol.9, no.2, mis en ligne le 01 octobre 2018, consulté le 18 août 2020.
URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/3336>
- BAUM M., PAGE M. 1991. « Caregiving and Multigenerational Families », *The Gerontologist*, vol.31, no 6, p. 762-769.
- BAUMAN Z. 2010. « Réconcilier l'inconciliable », *Sécurité et stratégie*, Hors série, p.5-13.
- BAUMAN Z. 2016 [2005]. *La vie liquide*, traduit par C. Rosson, Pluriel.
- BAWIN-LEGRO B. 2003. *Le nouvel ordre sentimental. À quoi sert la famille aujourd'hui ?*, Paris, Payot.
- BEAUD S. 1966. « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique », *Politix*, vol.9, no.35, p.226-257.
- BEAUD S. et WEBER F. 1997. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.
- BEAUVAIS M. 2004. « Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement », *Savoirs*, no.6, p.99-113.
- DE BEAUVOIR S. 1970. *La Vieillesse*, Gallimard.
- BECCARIA C. 1794. *De l'Esprit de famille, des délits et des peines*, t. XXV, Paris, Chez Martin et Veuve Gauthier.
- BECK U. 2001 [1986]. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, trad de l'allemand par BERNARDI L, Paris, Alto Aubier.
- BECK U. and BECK-GERNSHEIM E. 2002. *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, vol. 13, London, Sage.
- BECK U. and GRANDE E. 2010. « Varieties of second modernity: the cosmopolitan turn in social and political theory and research », *The British Journal of Sociology*, vol.61, no.3, p.409-443.
- BELOTTI E. 1974. *Du côté des petites filles*, Paris, Éditions des femmes.
- BENEDICT R. 1987 [1946]. *Le chrysanthème et le sable*, Vendée, Editions picquier.
- BENEVISE N. 1993. *Journal d'une infirmière*, Paris, Pion.
- BENVENISTE É. 1969. *Le Vocabulaire des institutions indo-européennes*, 2 tomes, Paris, Minuit.
- BERGER P. et THOMAS L. 2011, 2014 [1966]. *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.
- BERNARD J. 2017. *La concurrence des sentiments. Une sociologie des émotions*, Paris, Métailié.
- BIZZINI L. 2007. « L'Âgisme. Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence », *Gérontologie et Société*, vol.30, no.123, p.263-278.
- BLANCHET A. et GOTMAN A. 1992. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Nathan.
- BLOCH F. et BUISSON M. 1994. « La circulation du don », *Communication, Générations et filiation*, no.59, p.55-72.
- BOCQUET H., GRAND A., CLÉMENT S. 1997. « L'aide informelle aux personnes âgées vivant à domicile », *Actualité et dossier en santé publique*, no.20, septembre, p.27-32.
- BOCQUET H. et ANDRIEU S. 1999. « Le 'burden' : un indicateur spécifique pour les aidants familiaux », *Gérontologie et société*, no.89, p.155-166.
- BOITTE P. 2002. « Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, quelles solidarités, pour quelle vie ? », *Gérontologie et société*, vol.25, no.101, p.51-51.
- BOLTANSKI L. 2011 [1990]. *L'Amour et la Justice comme compétences*, Paris, Gallimard [Editions Métailié].
- BONNET F. 2008. « La distance sociale dans le travail de terrain : compétence stratégique et compétence culturelle dans l'interaction d'enquête », *Genèses*, no.73, p.57-74.
- BONNET M. 2006. *Vivre à domicile: entre autonomie et dépendance*, Paris, L'Harmattan
- BONVALET C. 2003. « La famille-entourage locale », *Population Institut national d'études démographiques*, vol.58, p.9-43.
- BOTTEGA C. 2008. « L'humour est-il un outil de management ? », *Humanisme et Entreprise*, no.288,

- p.21-34.
- BOURDIEU P. 1984. *La jeunesse n'est qu'un mot*, Paris, Editions de Minuit.
- BOURDIEU P. 1986. « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.62-63, p.69-72.
- BOURDIEU P. 1987. *Choses dites*, Paris, Minuit.
- BOURDIEU P. 1993. « À propos de la famille comme catégorie réalisée », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol.100, p.32-36.
- BOURDIEU P. 1998. *La domination masculine*, Éditions du Seuil.
- BOURDIEU P. et SAYAD A. 1964. *Le Déracinement. La crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*, Paris, Minuit.
- BOWMAN C., WHISTLER J. and ELLERBY M. 2004. « A national census of care home residents », *Age and aging*, vol.33, p.561-566.
- BREWER M. B. and LUI L. L. 1984. « Categorization of the elderly by the elderly », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol.10, p.585-595.
- BRODIE J. 2007. « The new social 'isms': Individualization and social policy reform in Canada ». In HOWARD C. (ed.) *Contested Individualization: Debates about Contemporary Personhood*, Hampshire, Palgrave Macmillan, p. 135-169.
- BROWNIE S. 2006. « Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency », *International Journal of Nursing Practice*, vol.12, no.2, p.110-118.
- BRUBAKER T. H. and POWERS E. A. 1976. « The stereotype of "old": A review and alternative Approach », *Journal of Gerontology*, vol.31, p.441-447.
- BRYMAN A. 1988. *Quantity and Quality in Social Research*, London, SAGE Publications.
- BUBER M. 1969. *Je et Tu*, traduit de l'allemand par G. Bianquis, Paris, Aubier.
- BURGESS E. W. and LOCKE H. J. 1960. *The Family. From institution to companionship*, 2ème édition, New York, American book company.
- BURNETTE D., 2000. « Latino Grandparents Rearing Grandchildren with Special Needs: Effects on Depressive Symptomatology », *Journal of Gerontological Social Work*, vol.33, no.3, p.1-16.
- BUTLER R. 1969. « Age-ism : Another Form of Bigotry », *The Gerontologist*, vol.9, p.243-246.

C

- CAMERLAIN M. et MYHAL G. 2011. « Lutter contre l'âgisme », *Journal de la Société canadienne de Rhumatologie*, vol.21, no.3, p.5-6.
- CAMPÉON A., LE BIHAN B., MARTIN C. 2012. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : Le vécu des aidants familiaux », *Vie sociale*, no.4, p.111-127.
- CAMERLAIN M et LE BIHAN-YOUINOU B. 2016. « Le développement des dispositifs d'aide aux aidants : une démarche d'investissement social ? », *Informations sociales*, no.192, p.88-97.
- CARADEC V. 1998. « Les transitions biographiques, étapes du vieillissement », *Prévenir*, no.35, p.131-137.
- CARADEC V. 2007. « L'expérience du veuvage », *Gérontologie et société*, vol.30, no.121, p.179-193.
- CARADEC V. 2008 [2001]. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin.
- CARADEC V. 2008. « « Jeunes » et « vieux » : Les relations intergénérationnelles en question », *Agora débats/jeunesses*, no.49, p.20-29.
- CARADEC V. 2009. « Vieillir, un fardeau pour les proches ? », *Lien social et Politiques*, no.62, p.111-122.
- CARADEC V. 2017. « L'Épreuve de la retraite transformations sociétales, expériences individuelles », *Nouvelle revue de psychosociologie*, no.23, p.17-29.
- CARDON P. et GOJARD S. 2008. « Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement », *Retraite et société*, no.56, p.169-193.
- CARDON P. 2010. « Regard sociologique sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p.31-42.
- CARDON P. et GOJARD S. 2014. « Dépendance culinaire et organisation domestique les enjeux quotidiens de l'alimentation des personnes âgées », In In HUMMEL C., MALLON I. et CARADEC V. (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*, Rennes, PUR, p.293-304.
- CARDON P. 2015. « Cuisine et dépendance. femmes et hommes face au vieillissement et au handicap »,

- Journal des anthropologues*, no.140-141, p.113-131.
- CARTIER M. 1986. « La longue marche de la famille chinoise », In BURGUIÈRE A., KLAPISCH-ZUBER C., SEGALEN M. et ZONABEND F. (dir.), *Histoire de la famille*, tome 2, Paris, Armand Colin, p.211-235.
- CASMAN M.-T. 2010. « Des liens avec des fils d'argent », In CARBONNELLE S. (coor.), *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Seli arslan, p.217-234.
- CASTEL R. 2009. *La montée des incertitudes*, Paris, Seuil.
- CASTRA M. 2003. *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, Puf, Coll. Le lien social.
- CASTRA M. 2007. « Des solidarités face à la mort. L'expérience des professionnels en soins palliatifs », In PAUGAM S., *Repenser la solidarité l'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, p.765-782.
- CASTRA M. 2010. « L'émergence d'une nouvelle conception du « bien mourir » - Les soins palliatifs comme médicalisation et professionnalisation de la fin de vie », *Revue internationale de soins palliatifs*, vol.25, p.14-17.
- CASTRA M. 2015. « Les transformations sociales de la fin de vie et de la mort dans les sociétés contemporaines », *Empan*, no.97, p.12-18.
- CHANG K.-S. 2010a. *South Korea under compressed modernity. Familial political economy in transition*. New York, Routledge.
- CHANG K.-S. and SONG M.-Y. 2010. « The stranded individualizer under compressed modernity : South Korea women in individualization without individualism », *British Journal of Sociology*, vol.61, no.3, p.539-564.
- CHANG K.-S. 2014. « A theoretical account of individual-family-population nexus in post-socialist transitions : The reproductive predicament of familial liberalism », In ZSOMBOR RAIKAI (ed.), *Family and social change in socialist and post-socialist societies*. Leiden: Brill, forthcoming.
- CHAUVEL L. 2007. « La solidarité générationnelle. Bonheur familialiste, passivité publique », In PAUGAM S. (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, p.269-287.
- CHEN H.-M., HUANG M.-F., YEH Y.-C., HUANG W.-H., CHEN C.-S. 2015. « Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia », *Psychogeriatrics*, no.15, p.20-25.
- CHENOWETH B. and SPENCER B. 1986. « Dementia: The experience of family caregivers. » *The Gerontologist* vol.26, no.3, p.267-271.
- CLÉMENT S. et MEMBRADO M. 2010. « Expériences du vieillir : généalogie de la notion de déprise », In CARBONNELLE S. (coordonné), *Penser les vieillesses*, Paris, Seli arslan.
- CLÉMENT S., GRAND A. et GRAND-FILAIRE A. 1996. « Aide aux personnes vieillissantes », In HENRARD J.-C., CLÉMENT S. et DERRIENNIC F. (Eds.), *Vieillesse, santé, société*, Paris, Les éditions INSERM. p.163-189.
- CLÉMENT S., GAGNON É et ROLLAND C. 2005. « Dynamiques familiales et configurations d'aide », In CLÉMENT S. et LAVOIE J.-P., *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Éditions érès, p.137-186.
- COENEN-HUTHER J., KELLERHALS J. et VON ALLMEN M. 1994. *Les réseaux de solidarité dans la famille*, Lausanne, Réalités sociales.
- COHEN C. A., PUSHKAR D. 1999. « Lessons learned from a longitudinal study of dementia care ». *Am J Geriatr Psychiatry*, vol. 7, p.139-146.
- COHEN D. 2019. « Older Adults Killed by Family Caregivers: An Emerging Research Priority ». *JOJ Nurse Health Care*. vol.10, no.3, p.1-4.
- COHEN M., TELL J. and WALLACK S. 1986. « The risk factor of nursing home entry among residents of six continuing care retirement communities », *Journal of Gerontology*, no.43, p.15-21.
- COHEN S., WILLS T. A. 1985. « Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis », *Psychological Bulletin*, vol. 98, no.2, p.310-357.
- COLIN P. 2001. « Identité et altérité », *Cahiers de Gestalt-thérapie*, no. 9, p. 52-62.
- COMBESSIE J.-C. 2007. *La méthode en sociologie*, Paris, La Découverte.

- COM-RUELLE L. 2008. « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », *Question d'économie de la Santé*, no.129, Irdes.
- CONFUCIUS. 2009 [?]. Hiao-King (Le livre de la piété filiale), trad. Par R. Pinto, Paris, Seuil.
- CORBIN A. 1999. « Le secret de l'individu », In ARIÈS P. et DUBY G. *Histoire de la vie privée*, 4. *De la Révolution à la Grande Guerre*, Tome IV, Collection « L'univers historique »
- CORBIN J. M., STRAUSS A. 1988. *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- CORCUFF P. 1996. « Ordre institutionnel, fluidité situationnelle et compassion [Les interactions au guichet de deux CAF] ». *Recherches et Prévisions*, no.45, p. 27-35.
- COTTERILL P. 1994. *Friendly Relations? Mothers and Their Daughters-in-law*, London, Taylor and Francis.
- COTTET I., MARION G. et DREYER P. 2010. « Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p.207-215.
- COUDIN G. et BEAUFILS B. 1997. « Les représentations relatives aux personnes âgées », *Actualité et dossier en santé publique*, no.21, p.12-14.
- CRSSON G. et GADREY N. 2004. « Entre famille et métier : le travail du care », *Nouvelles Questions Féministes*, vol.23, no.3, p.26-41.
- CRESSON G. 2019. « Le travail familial comme réponse majeure à la dépendance des jeunes enfants et des personnes âgées », In Le BORGES-UGUEN F., DOUGUET F., FERNANDEZ G.,
- CRIBIER F. 1981. « Changing retirement patterns: The experience of a cohort of Parisian salaried workers », *Ageing and Society*, no.1, p.51-71.
- CROFF B. 1994. *Seules, Genèse des emplois familiaux*, Paris, Métailié.
- CROSNOE R. and ELDER G. H. 2002. « Successful Adaptation in the Later Years: a Life Course Approach to Aging », *Social Psychology Quarterly*, vol.65, no.4, p.309-328.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. 1977. *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil.
- CUYNET P. 2008. « La reconnaissance dans l'héritage », *Le Divan familial*, no.20. p.47-59.

D

- DAEMS A. et NIJS G. 2010. « L'expérience des déplacements quotidiens à mesure de l'avancée en âge », In CARBONNELLE S. (coordonné), *Penser les vieillesse*, Paris, Seli arslan, p.129-148.
- DALY M. 1994. « A Matter of dependency: Gender in British Income Maintenance Provision », *Sociology*, vol.28, no.3, p.779-797.
- DANG A.-T. et LETABLIER M.-T. 2009. « Citoyenneté sociale et reconnaissance du « care ». Nouveaux défis pour les politiques sociales », *Revue de l'OFCE*, no.109, p.5-31.
- DÉCHAUX J.-H. 2001. « La mort dans les sociétés modernes : la thèse de Norbert Elias à l'épreuve », *L'Année sociologique*, vol.51, janvier, p.161-183.
- DÉCHAUX J.-H. 2002. « Mourir à l'aube du XXIe siècle », *Gérontologie et société*, vol.25, no.102, mars, p.253-268.
- DÉCHAUX J.-H. 2009. *Sociologie de la famille*, Paris, Éditions La Découverte.
- DEJOURS C. 2005. *Le Facteur humain*, 4ème édition, coll. « Que sais-je ? », Paris, PUF.
- DÉLIOT C. et CASAGRANDE A. 2005. *Vieillir en institution, Témoignages de professionnels, regards de philosophes*, United Kingdom, John Libbey.
- DELSOL C. 2013. « Digne parce qu'il souffre », *Gérontologie et société*, vol.36, no.144, p. 31-40.
- DEMERS A., LAVOIE J.-P. et DRAPEAU A. 1992. « L'aide apportée par des tiers et les réactions des aidantes naturelles à la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie », *Santé mentale au Québec*, vol.17, no.2, p.205-225.
- DERRIDA J. 1997. *Adieu Lévinas*, Paris, Galilée.
- DUBAR C. 2010. *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*, Paris, PUF.
- DUBET F. 1994. *Sociologie de l'expérience*, Paris, Éditions du Seuil.
- DUBET F., DURU-BELLA M., VÉRÉTOU A. 2010. *Les sociétés et leurs écoles*, Paris, Seuil.
- DUMAS C. 2012. « Mobilité des personnes âgées », *Gérontologie et société*, vol.35, no.141, p.63-76.
- DUPRAT-KUSHTANINA V. 2015. « Texte de cadrage. Corps vieillissant, un objet pour les sciences sociales », *Gérontologie et société*, vol.37, no.148, p.13-18.

- DURKHEIM E. 1898. « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de Métaphysique et de Morale*, tome VI, no. mai, édition électronique réalisée par Tremblay, J.-M.
- DURKHEIM E. 1963 [1902-1903]. *L'Éducation morale*, Paris, PUF.
- DURKHEIM E. 1960 [1912]. *Les formes élémentaires de la vie religieuse, le système totémique en Australie*, Paris, PUF.
- DUSSUET A. 2019. « Femmes aidantes... ou travailleuses : care ou travail domestique ? », In Le BORGEN-UGUEN F., DOUGUET F., FERNANDEZ G., ROUX N. et CRESSON G. (dir.), *Vieillir en société. Une pluralité de regards sociologiques*, Rennes, PUR.
- DRUHLE M. et CLÉMENT S. 1990. « Le mourir et le lien social ». *International Review of Community Development*, vol.23, 113–120.
- DRUHLE M. 2000. « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », In CRESSON G. et SCHWEYER F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Editions ENSP, p.15-29.

E

- EHRENBERG A. 2000 [1998]. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- ELIACHEFF C. et HEINICH N. 2002. *Mères-filles une relation à trois*, Paris, Éditions Albin Michel.
- ELIAS N. 1998 [1982]. *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgois éditeur.
- ELIAS N. 2018 [1984]. *Du temps*, Fayard.
- ELIAS N. 1991 [1987]. *La société des individus*, Fayard.
- ENNUYER B. 1991. « L'objet « Personne âgée » », In VEYSSET-PUIJALON B. (dir.), *Être vieux de la négation à l'échange*, Édition d'autrement.
- ENNUYER B. 2015 [2003], *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Dunod.
- ESCALON H. et BECK F. 2010. « Perceptions, connaissances et comportements en matière d'alimentation. Les spécificités des seniors », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p. 13-29.
- ESPING-ANDERSEN G. 2007 [1999]. *Les trois mondes de l'État-providence*, Paris, PUF.

F

- FARRAN C. J., LOUKISSA D., PERRAUD S., PAUN O. 2004. « Alzheimer's disease caregiving information and skills. Part II: family caregiver issues and concerns ». *Res Nurs Health*, vol.27, p.40-51.
- FAUTH E., HESS K., PIERCY K., NORTON M., CORCORAN C., RABINS P., LYKETSOS C., TSCHANZ J. 2012. « Caregivers' relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological well-being », *Aging & Mental Health*, vol.16, no.6, p.699-711.
- FÉLIX-MEDINA M. H., MONJARDIN P. E. et ACEVES-CASTRO A. N. 2015. « Combiner l'échantillonnage par dépistage de liens et l'échantillonnage en grappes pour estimer la taille d'une population cachée en présence de probabilités de lien hétérogènes », *Technique d'enquête*, vol.41, no.2, p.369-397.
- FENGLER A. P. et GOODRICH N. 1979. « Wives of elderly disabled men: the hidden patients », *The Gerontologist*, vol.19, no.2, p.175-183.
- FERRY M. 2010. « Nutrition, vieillissement et santé », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, mars, p.123-132.
- FINCH J., MASON J. 1993. *Negotiating Family Responsibilities*, London et New-York, Tavistock/Routledge.
- FRERICKS P., JENSEN H., PFAU-EFFINGER B. 2014. « Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe », *Journal of Aging Studies*, no.29, p.66-77.
- FREUD S. 1931. « Sur la sexualité féminine », In *La vie sexuelle*, Paris, PUF.
- FRIEDBERG E. 1993, *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil.
- FROMAGE B. 2007. « Approche du vieillissement à travers l'expérience subjective », *L'information psychiatrique*, vol.83, p.229-233.
- FROMAGE B. 2012. « Vivre en fin de vie », *Revue internationale de soins palliatif*, vol.27, p.103-

- FUKUYAMA F. 1997 [1995]. *La confiance et la puissance. Vertus sociales et prospérité économique*, trad. Par DAUZAT P.-E., Saint-Amand-Montrond, Plon.
- FUNK L. M. and STAJDUHAR K. I. 2009. « Interviewing family caregiving: Implications of the caregiving context for the research interview », *Qualitative Health Research*, vol.19, no.6, p.859-867.

G

- GANGBÉ M. et DUCHARME F. 2006. « Le bien vieillir : concepts et modèles », *Médecine sciences*, vol.22, no.3, p.297-300.
- GARRAU M. et LE GOFF A. 2010. *Care, justice et dépendance: Introduction aux théories du care*. Paris, PUF.
- GARRAU M. 2018. *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS Edition.
- DE GAULJAC V. 2009. *Qui est « je » ?*. *Sociologie clinique du sujet*, Paris, Édition du seuil.
- GIDDENS A. 2012 [1984]. *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF.
- GIDDENS A. 1991. *Modernity and Self-Identity : Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Press.
- GILBERT C. N. and RICKETTS K. G. 2008. « Children's attitudes toward older adults and aging : A synthesis of research », *Educational Gerontology*, no. 34, p.570-586.
- GIMBERT V., GODOT C., WISNIA-WEILL V. 2010. *Vivre ensemble plus longtemps*, Rapports & documents, Centre d'analyse stratégique, no. 28.
- GIMBERT V. et MALOCHET G. 2012. « Quelles mesures de soutien aux aidants des personnes âgées dépendantes ? Un tour d'horizon international », *Vie sociale*, no. 4, p.129-145.
- GODBOUT J. T. 1992. *L'esprit du don*, Paris, Édition la découverte.
- GODBOUT J. T. 1997. « "Recevoir", c'est donner », *Communications*, no.65, p.35-48.
- GODBOUT J. T. 2000. *Le don, la dette et l'identité. Homo donator vs homo œconomicus*, Paris, La découverte.
- GODBOUT J. T. 2007. *Ce qui circule entre nous*, Paris, Seuil.
- GOFFMAN E. 2015 [1967]. *Les rites d'interaction*, Lonrai, Les Éditions de Minuit.
- GOFFMAN E. 2015 [1973]. *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 1. La présentation de soi, trad. par ACCARDO A, Les Éditions de minuit.
- GOFFMAN E. 2015 [1973]. *La mise en scène de la vie quotidienne*, tome 2, Les relations au public, Paris, Minuit.
- GOFFMAN E. 2002 [1977]. *L'arrangement des sexes*, Paris, La Dispute.
- GOFFMAN E. 1987. *Façons de parler*, Paris, Éditions de Minuit.
- GOJARD S., GRAMAIN A. et WEBER F. 2003. « Le partage du quotidien. Service rémunérés et sentiments de parenté », In WEBER F., GOJARD S., GRAMAIN A. *Charges de famille*, Paris, La découverte.
- GUBERMAN N., MAHEU P., MAILLÉ C. 1992. « Women as Family Caregivers : Why Do They Care? », *The Gerontologist*, vol.32, no.5, p.607-617.
- GUBRIUM J. F. 1988. « Family responsibility and caregiving in the qualitative analysis of the Alzheimer's disease experience », *Journal of Marriage and the Family*, vol.50, p.197-207.
- GUCHER C. 2012. *Vieillesse différenciées et " effets de milieu " : Contribution à une théorie sociologique du vieillissement et de la vieillesse*. Habilitation à diriger des recherches en Sociologie. Université de Grenoble.
- GUCHER C. 2013. « Être "Aidant familial" en "milieu rural" – entre devoir moral et contraintes sociales, quelle place pour l'autonomie ? », *Gérontologie et société*, vol.36, no.146, p.105-116.
- GUÉRIN M. 2007. « Qu'est-ce qu'un mythe ? », *La pensée de midi*, no.22, p.93-102.
- GUILLEMARD A.-M. 1980. *La vieillesse et l'État*, Paris, PUF.
- GUILLEMARD A.-M. 2007. « Une nouvelle solidarité entre les âges et les générations dans une société de longévité », In PAUGAM S. (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, p.355-375.

H

- HABERMAS J. 2017 [1987]. *Théorie de l'agir communicationnel. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*, Tome 1, Paris, Fayard.
- HANEY L. and POLLARD L. 2003. « In a Family Way: Theorizing State and Familial Relations », In HANEY L. and POLLARD L. (eds.), *Families of a New World: Gender, Politics, and State Development in a Global Context*, New York: Routledge, p.1-14.
- HÉBUTERNE X. 2010. « Physiopathologie de la dénutrition de la personne âgée et conséquences pour la prise en charge », *Gérontologie et société*, vol.33, no.134, p.143-155.
- HECKATHORN D. D. 2002. « Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations », *Social Problems*, no.49, p.11-34.
- HELENA H. et PASCALE M. 2012. « Les ambiguïtés du care », *Travailler*, no.28, p.9-13.
- HÉNAFF M. 2002. *Le Prix de la vérité. Le don, l'argent, la philosophie*, Paris, Le Seuil.
- HERZLICH C, MOSCOVICI S. 1969. *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Préface de C. Herzlich. Paris, Mouton.
- HINTERMEYER P. 2007. « Une mort sans souffrance ? », *Cliniques méditerranéennes*, no.75, p.135-144.
- HOCHSCHILD A. 1995. « The Culture of Politics: Traditional, Post-Modern, Cold-Modern and Warm-Modern Ideals of Care », *Social Politics*, vol.2, no.3, p. 333-346.
- HOCHSCHILD A.R. 2003. « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol.9, no.1, p.19-49.
- HONNETH A. 2002, 2007 [2000]. *La lutte pour la reconnaissance*, traduit par P. Rusch, Paris, Les Éditions du Cerf.
- HUMMERT M. L. 1990. « Multiple stereotypes of elderly and young adults: a comparison of structure and evaluations », *Psychology and Aging*, vol.5, no.2, p.182-193.

I

- INPES. 2010. « Regards portés sur la maladie d'Alzheimer par les malades et leurs aidants proches », *Dossier de presse*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

J

- JANKÉLÉVITCH V. 2019 [1933]. *La mauvaise conscience*, Barcelone, Flammarion.
- JANKÉLÉVITCH V. 1994. *Penser la mort ?*, Paris, Liana Levi.
- JENSEN J. 1997. « Who cares ? Gender and welfare regimes », *Social Politics*, p.182-187.
- JODELET D. 1984. « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie », In MOSCOVICI S.(dir), *Psychologie Sociale*, Paris PUF.
- JONES C. 1985. *Patterns of Social Policy: An Introduction to Comparative Analysis*, Tavistock Publications.
- JOUBLIN H. 2010. *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins: Enjeux éthiques de proximologie*, Toulouse, ERES.

K

- KAUFMANN J.-C. 2011[1997]. *Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère*, Édition revue et corrigée par l'auteur, Paris, Nathan.
- KAUFMANN J.-C. 1999. *La femme seule et le Prince charmant – enquête sur la vie en solo*, Paris, Nathan.
- KAUFMANN J.-C. 2004. *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*, Lassay-les-Châteaux, Armand Colin.
- KAUFMANN J.-C. 2012. *Quand Je est un autre*, Fayard/Pluriel.
- KAUFMANN J.-C. *Conférence en ligne*, <http://www.youtube.com/watch?v=8L7nonjxbiE> (Consulté le 10/04/2015 à 13:05)
- KENNEDY L. 2010. *The daughter trap*, NY. Thomas dunne books.
- KERTZER D. I. 1983. « Generation as a Sociological Problem », *Annual Review of Sociology*, vol.9, p.125-149.
- KHARICHA K., ILIFFE S., HARARI D., SWIFT C., GILLMANN G., STUCK A.E. 2007. « Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an "at-risk" group? ». *The British Journal of General Practice*, vol.57, no.537, p.271-276.

- KIERKEGAARD S. 1980 [1847]. *Les Œuvres de l'amour, Œuvres complètes*, Tome XIV, Paris, Orante.
- KIM-LESCARRET H. R. 2006. *Être salarié âgé dans une société en mutation : le cas de la Corée dans une perspective comparée*, Thèse en Sociologie, Université Paris Descartes.
- KNJIN T. and VERHAGEN S. 2007. « Contested Professionalism. Payments for care and the quality of home care », *Administration & Society*, vol.39, no.4, p.451-475.
- KONTIS V., BENNETT J. E., MATHERS C.D., LI, G., FOREMAN K. and EZZATI M. 2017. « Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble », *The Lancet*, vol.389, no.10076, p.1323-1335.
- KORPI W. 2000. *Faces of Inequality: Gender, Class and Patterns of Inequalities in Different Types of Welfare States*, LIS Working Paper Series, no.224, LIS Cross-National Data Center in Luxembourg.
- KRIESBERG L. 1979. *Social inequality*, Prentice Hall Inc.
- KULP II. D. H. 1966 [1925]. *Country life in South China. The sociology of familism*, vol.1. Phenix village, Kwantung, China, Ch'eng-Wen Publishing Company, Taipei.

L

- LACROIX J. 1977. *Philosophie de la culpabilité*, Paris, PUF.
- LACOMBE B. 1999. *Pratique du terrain. Méthodologie et techniques d'enquête*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.
- LAGORGUE D. 2009. « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines », *Socio-logos*. Revue de l'association française de sociologie, no.4. URL: <http://journals.openedition.org/socio-logos/2317>
- LAGACÉ M. 2013. « Bien vieillir ou mal vieillir, pourquoi ne pas vieillir tout simplement ?, *Quoi de neuf*, automne, p.21-25.
- LAHIRE B. 2009. « L'homme pluriel », In HALPERN C. *Identité(s) l'individu, le groupe, la société*, Éditions sciences humaines, p.68-75.
- LAHIRE B. 2014. « L'homme pluriel. La sociologie à l'épreuve de l'individu », In MOLÉNAT X (dir.) *L'individu contemporain*, Éditions sciences humaines « Synthèse », p.81-93.
- LALLEMENT M. 1998. « Famille et emplois de service », In MARUANI M.(dir.), *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte et Syros, p.157-167.
- LALLI P. 2005. « Représentations sociales et communication », *Hermès*, vol.41. p.59-64.
- LAND H. 1980. « The family wage », *Feminist Review*, no.6, p.55-78.
- LAROQUE G. 1999. « La toilette des personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, no.89, p.85-93.
- LASSERRE A. 2014. « Aide et aidant, malade et maladie d'Alzheimer ». *Empan*, vol.94, no.2, p.71-75.
- LAVOIE J.-P. 2000. *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*, Paris, L'Harmattan.
- LAVOIE J.-P. et MEMBRADO M. 2014. « Prendre soin d'un parent âgé. La part du lien familial », In HUMMEL C., MALLON I. et CARADEC V. (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques*, Rennes, PUR, p.341-351.
- LAZARUS R. FOLKMAN S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*, New York, Stringer Publishing Company.
- LE BIHAN B. 2012. « The redefinition of the familialist home care model in France : the complex formalization of care through cash payment », *Health and Social Care in the Community*, vol.20, no.3, p.238-246.
- LE BIHAN B. et MARTIN C. 2012. « Diversification of care policy measures supporting older people : towards greater flexibility for carers? », *European Journal Ageing*, no.9, p.141-150. p.143.
- LE BLANC G. 2008. « En quoi une philosophie de la vie ne peut-elle être qu'une philosophie de la vieillesse », In AMEISEN J.-C., LE BLANC G. et MINNAËRT É. *Anthropologies du corps vieux*, Fondation Eisai, Paris, PUF, p.87-109.
- LE BRETON D. 2018. *La sociologie du corps*, « Que sais-je ? », PUF.
- LE GOUES G. 2008. « Image de soi et vieillissement », In BLOCH D., HEILBRUNN B. et LE GOUES G (dir.) *Les représentations du corps vieux*, Fondation Eisai, Paris, PUF, p.47-68.
- LE GRAND-SÉBILLE C. 2010. « Douleur et soins. Altérité sociale et culturelle », In HIRSCH E. (dir.), *Traité de bioéthique*, ERES « Poche - Espace éthique », p. 458-468.

- LE GRAND-SÉBILLE C. et ZONABEND F. 2012. « Faire société avec les morts », *L'Esprit du temps*, no.142, p.11-30.
- LE GUÉRER A. 1988. *Les pouvoirs de l'odeur*, Paris, Éditions François Bourin.
- LEE K.-K. 1988. « Confucian Tradition in the Contemporary Korean Family », In SLOTE W. H. and DE VOS G. (Ed.), *Confucianism and the Family*, Albany, State University of New York Press.
- LEE K.-K. 1975. *Kinship system in Korea*, vol.1. Connecticut, HRAFlex Books.
- LEFEBVRE S. 2013. « Relations intergénérationnelles et vieillissement: nouvelles questions », *Retraite et société*, no.64, p.53-68.
- LEGRAND M. 2000. « Entre domicile et institution : choix de la personne âgée dans le processus décisionnel », In VERCAUTEREN R. (dir.), *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées*, érès.
- LEITNER S. 2003. « Varieties of familialism: The caring function of the family in comparative perspective », *European Societies*, vol.5, no.4, p.353-375.
- LEMARCHANT C. 1999. *Belles-filles. Avec les beaux-parents trouver la bonne distance*. Rennes, PUR.
- LENOIR R. 1985. « L'effondrement des bases sociales du familialisme », *Actes de la recherches en sciences sociales*, vol.57-58, juin, p.69-88.
- LENOIR R. 2003. *Généalogie de la morale familiale*. Saint-Amand-Montrond, Seuil.
- LEON L., JAUFFRET-ROUSTIDE M. et LE STRAT Y. 2015. « Design-based inference in time-location sampling », *Biostatistics*, vol.16, no.3, p.565-579.
- LESTRAD C. 2014. « Les limites des aidants familiaux », *Empan*, no.94, p.31-35.
- LEVINAS E. 1982. *Ethique et infini*, France, Livre de poche.
- LEWIS J. 1992. « Gender and the Development of Welfare Regimes », *Journal of European Social Policy*, vol.2, no.3, p.159-173.
- LEWIS J. and OSTNER I. 1991. « Gender and the evolution of european social policies », *Paper presented at the CES workshop on emergent supranational social policy: The EC's social dimension in comparative perspective*, Center for European studies, Harvard University.
- LION-JULIN M. 2008. *Mères : libérez vos filles. Trouver la bonne distance*, Odile Jacob.
- LINHART D. 2002. *Perte d'emploi, perte de soi*, érès.
- LINTON R. 1968 [1936]. *De l'homme*, trad. Paris, Les Éditions de Minuit.
- LISTER R. 1997. *Citizenship. Feminist Perspectives*, London, Macmillan Press Ltd.
- LIVET P. 2002. *Émotions et rationalité morale*, Paris, PUF.
- LOZRAND E. 2015. « « Celle-là », enquête au Japon », In RIPA Y. (dir.). *L'étonnante histoire des belles-mères*, Paris, Belin.
- LU XUN. 2015 [1918]. *Le journal d'un fou*, traduit par Sebastian Veg, Paris, Édition Sillage.
- M**
- MALLON I. 2001. « Les effets du processus d'individualisation en maison de retraite. Vers la fin de l'institution totale ? », In DE SINGLY F.(dir.) *Être soi parmi les autres. Famille et individualisation*, tome 1, L'Harmattan, Logiques sociales, p.171-184.
- MANNHEIM K. 1990. *Le problème des génération*, Paris, Nathan.
- MARCH J. G., SIMON H. A. 1958. *Organizations*, New York, John Wiley.
- MARKLE-REID M. and BROWNE G. 2001. « Explaining the use and non-use of community-based long-term care services by caregivers of persons with dementia ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol.7, no.2, p.271-287.
- MARKUS H. et NURIUS P. 1986. « Possible Selves », *American Psychologist*, p.954-969.
- MARSHALL T. H. 1950. *Citizenship and Social Class and Other Essays*, Cambridge, Cambridge University Press.
- MARSHALL V. W. 1983. « Generations, age groups and cohorts: conceptual distinctions », *Canadian Journal on Aging*, vol.2, no.2, p.51-62.
- MARTIN C. 2008. « Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions », *Revue Française de Socio-Économie*, no. 2, p. 27-42.
- MARTIN D. « L'analyse stratégique en perspective. Retour sur la sociologie des organisations de Michel Crozier », *Revue européenne des sciences sociales*, vol.50, no.2, varia, p.93-114.
- MARTUCCELLI D. 2002. *Grammaires de l'individu*, Paris, Gallimard.

- MARTUCCELLI D. 2004. « Figures de la domination », *Revue française de sociologie*, vol.45, no.3, p.469-497.
- MARTUCCELLI D. 2006. *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Paris, Armand Colin.
- MARTUCCELLI D. 2015. « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie*, vol.6, p.43-60.
- MARTUCCELLI D. et DE SINGLY F. 2018 [2009]. *L'individu et ses sociologies*, Malakoff, Armand Colin.
- DI MATTEI V. E., PRUNAS A., NOVELLA L., MARCONE A., CAPPASANO S. F., SARNO L. 2008. « The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies », *Neurological Sciences*, vol.29, p.383-389.
- MAUSS M. 1968. *Essai sur le don. Formes et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques*. Sociologie et anthropologie, Paris, PUF.
- MCLANAHAN S., CASPER L., SORENSON A. 1995. « Women's roles and women's poverty », In MASON K. and JENSEN A. M. (ed.). *Gender and Family Change in Industrialized Countries*, Oxford, UK, Oxford University Press, p.258-278.
- MEAD G. H. 2006 [1934]. *L'esprit, le soi et la société*, trad. et présentation OGIEN A. et QUÉRÉ L., Paris, PUF.
- MEMBRADO M. 1999. « L' "identité de l'aidant-e" : entre filiation et autonomie, un autre regard sur la vieillesse », *Gerontologie et société*, no.89, p.117-134.
- MEMBRADO M. 2013. « Le genre et le vieillissement : Regard sur la littérature », *Recherches féministes*, vol.26, no.2, p.5-24.
- MEMBRADO M., VÉZINA J., ANDRIEU S., GOULET V. 2005. « Définitions de l'aide: des experts aux « profanes » », In CLÉMENT S. et LAVOIE J.-P., *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Éditions érès, p.85-136.
- MEMMI A. 1979. *La dépendance*. Gallimard.
- MEMMI A. 1992. « La vieillesse ou la dissolution des pourvoyances », In KESSLER F. (dir.), *La dépendance des personnes âgées*, Droit sanitaire et social, no.3.
- MENCIUS. [?]. *Mencius*.
- MERCADIER C. 2017 [2002]. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, 2ème édition, Paris, Seli arslan.
- MERLEAU-PONTY M. 1971. *La Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.
- MERRIEN F.-X. 2007. *L'État-providence*, Paris, PUF.
- MERRILL D. M. 2007. *Mothers-in-law and daughters-in-law*, Westport, Praeger.
- METTE C. 2017. « Conditions de travail, emploi et consommation d'alcool : quelles interactions en France ? », *Travail et emploi, Dares*, no.151, p.75-99.
- MINNAËRT É. 2008. « Le corps-vieux : Un lieu de mémoire ? », In AMEISEN J.-C., LE BLANC G. et MINNAËRT É. (dir.) *Anthropologies du corps vieux*, Paris, PUF.
- MEUNIER C. C. 2002. *La place des homes et les métamorphoses de la famille*, *Sociologie d'aujourd'hui*, Paris, PUF.
- MICELI P. 2013. *Dilemmes familiaux de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : principes, relations et émotions*, Thèse en sociologie, Université Charles de Gaulle – Lille III.
- MILAM A. B. 1930. *A Study of the Student Homes of China*, New York, Teachers college, Columbia University.
- MILLER E. A., WEISSERT W. G. 2000. « Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis ». *Medical care research and review*, vol.57, no.3, 259-297.
- MOGUEN-BOUDET N., COURTOIS S. et MATE M.-C. 2003. « Maltraitance des personnes âgées et communication », *Empan*, no.52, p.134-138.
- MOLINIER P. 2003. *L'énigme de la femme active. Égoïsme, sexe et compassion*, Paris, Payot.
- MOORE H., GILLESPIE A. 2014. « The caregiving bind: concealing the demands of informal care can undermine the caregiving identity », *Soc Sci Med*, vol.116, p.102-109.
- MORIN E. 1970. *L'homme et la mort*, Paris, Seuil.
- MORIN E. 1990. *Science avec conscience*. Paris, Éditions Seuil.
- MOSCOVICI S. 2007 [1989]. « Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments

- pour une histoire », In JODELET D. (dir.), *Les représentations sociales*, PUF, 7e édition, 2e tirage.
- MOTENKO A. K. 1989. « The Frustration, Gratification and Well-being of Dementia Caregivers », *Gerontologist*, vol. 29, no 2, p. 166-172.
- MULLIGAN C. B. and SALA-I-MARTIN X. 1999. « Gerontocracy, retirement, and social security », *NBER Working Paper*, no.7117, National Bureau of Economic Research.
- MUXEL A. 1996. *Individu et mémoire familiale*, Paris, Nathan.
- N**
- NGACHA-RIBERT L. 2010. « La maladie d'Alzheimer au prisme des représentations sociales », In CARBONNELLE S. (coordonné), *Penser les vieillessees*, Paris, Seli arslan, p.73-90.
- NIETZSCHE F. *Fragments posthumes, OPC, t. XIV*, n° 14 [121], Paris, Gallimard.
- NIETZSCHE F. 2000 [1887]. *Généalogie de la morale*, Traduit par Patrick Wotling, Paris, Le Livre de Poche.
- NODDING N. 1986. *Caring : A Feminist Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley, University of California Press.
- NUSSBAUM M. 1986. *La Fragilité du bien. Fortune et Éthique dans la littérature et la philosophie grecques*, trad. G. Colonna d'Istria et R. Frapet, Éditions de l'Éclat.
- O**
- OCDE. 2015. *Pension at a Glance 2015, OECD and G20 indicators*. Paris, OECD Publishing.
- OCDE. 2017. *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2017*. Paris, Éditions OCDE.
- OCDE. 2018. *Panorama des pensions 2017*. Paris, OECD Publishing.
- OECD. 2019. *Pensions at a glance 2019: OECD and G20 Indicators*, Paris, OECD Publishing.
- OCDE 2019. *Panorama de la santé OCDE 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, Éditions OCDE.
- OCDE. 2019. *Panorama de la société 2019 : Les indicateurs sociaux de l'OCDE*, Paris, Éditions OCDE.
- ÔGAI M. 1994. « Hannichi », trad. Darcy Murray, In ÔGAI M., *Youth and other stories*, Honolulu, University of Hawaii Press.
- OGIEN A. 2002. « Les dispositions comme éventualités. Une conception sociologique de l'anticipation », In CHAUVIRÉ C. et OGIEN A. (dir.), *La régularité*, Paris, Éditions de l'EHÉSS, p.111-134.
- OH Y. 2012. *Représentations de la personne âgée chez les jeunes coréens entre l'âge de 20 et 39 ans*, Mémoire de Master 1, Sous la direction de C. Gucher, Université de Grenoble 2, France.
- OH Y. 2017. « Prise en charge d'un proche âgé dépendant à domicile en Corée du Sud : recherche sur les aidantes principales de la génération du baby-boom », *Enfances Familles Générations* [En ligne], mis en ligne le 22 décembre 2017, consulté le 22 décembre 2017, URL :<http://journals.openedition.org/efg/1523>
- OLIVIER C. 1990. *Filles d'Ève. Psychologie et sexualité féminines*, Paris, Denoël.
- OLIVIER C. L., PILLIPS J. and ROY D. E. 2018. "To be or not to be? A caregiver's question: the lived experience of a stroke family during the first 18 months poststroke", *Scand J Caring Sci*, vol.32, p.270-279.
- OMS.1997. *Communiqué de presse du 5 mai 1997*.
- OMS. 2016. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, Genève.
- ORLOFF A. S. 1993. « Gender and the social rights of citizenship: The comparative analysis of gender relations and welfare states », *American Sociological Review*, vol.58, no.3, p.303-328.
- ORLOFF A. 1996. « Gender in the Welfare State », *Annual Review of Sociology*, vol.22, p.51-78.
- P**
- PALMORE E., BRANCH L., HARRIS D. K. 2005. *Encyclopedia of ageism*, Binghamton, The Haworth Pastoral Press.
- PATRY C. et RAYNAUD-SIMON A. 2010. « La dénutrition : Quelles stratégies de prévention ? », *Gerontologie et société*, vol.33, no.134, p.157-170.
- PAQUET M. 2001. « Comprendre la logique familiale de soutien aux personnes âgées dépendantes pour mieux saisir le recours aux services », In HENRARD J.-C., FIRBANK O., CLÉMENT S., FROSSARD M., LAVOIE J.-P., VÉZINA A. (dir.), *Personnes âgées dépendantes en France*

- et au Québec. *Qualité de vie, pratiques et politiques*, Paris, INSERM, p.77-95.
- PEARLIN L. I. 1989. « The Sociological Study of Stress », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, no 3, p. 241-256. p.249.
- PEARLIN L.I., SCHOOLER C. 1978. « The structure of coping», *Journal of Health and Social Behavior*, vol.19, no.1, p.2-21.
- PEARLIN L. I., MULLAN J. T., SEMPLE S. J., and SKAFF M. M. 1990. « Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their measures », *The Gerontologist*, vol.30, p.583-594.
- PENNEC S. 2002. « La politique envers les personnes âgées dites dépendantes : providence des femmes et assignation à domicile », *Lien social et Politiques*, no.47, p.129-142.
- PETITE S. et WEBER A. 2006. « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », *Études et résultats*, Drees, no.459.
- PETTIT P. 2004 [1997]. *Républicanisme. Une théorie de la liberté et du gouvernement*, trad. P. Savidan et J. F. Spitz, Paris, Gallimard.
- PFAU-EFFINGER B. 1998. « Gender cultures and the gender arrangement – a theoretical framework for cross-national comparisons on gender », *Innovation: The European Journal of Social Sciences*, Special issue on 'The Spatiality of Gender' edited by S. Duncan, vol 11, no 2, p.147-166.
- PFAU-EFFINGER B. 2002. « Changing welfare states and labour markets in the context of European gender arrangements », *In ANDERSEN J. G. and JENSEN P. H. Changing labour markets, welfare policies and citizenship*, Bristol University Press.
- PFAU-EFFINGER B., FLAQUER L., JENSEN P. H. 2009. *Formal and Informal Work. The Hidden Work Regime in Europe*. Routledge, New York, London
- PIERRE A., KAUFMANN A. and WAISSMAN R. 1989. *Vivre une maladie grave*, Paris, Méridiens-Klincksieck.
- PILOTE C. 2010. *Avis sur l'âgisme envers les aînés: état de la situation*, Conseil des aînés du Québec, mars.
- PINEL P. 1809. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, seconde édition, Paris, J. ANT. Brosson,
- PITROU A. 1996. « solidarité familiale, solidarité publique », *In LE GALL D. et MARTIN C. (dir.) Familles et politiques sociales. Dix questions sur le lien familial contemporain*, Paris, L'Harmattan.
- POCHET P. 2003. « Mobilité et accès à la voiture chez les personnes âgées : évolutions actuelles et jeux », *Recherche, transports, sécurité*, no.79, p.93-106.
- PUIJALON B. et TRINCAZ J. 2000. *Le droit de vieillir*, Fayard.
- R**
- RENAULT E. 2009. « En quête de reconnaissance », *In HALPERN C. Identité(s) l'individu, le groupe, la société*, Éditions sciences humaines, p.123-130.
- RABLEAIS F. 1995. *Présentation et notes de Jean Céard*, Le Livre de Poche.
- RAMONET I. 2000. *Propagandes silencieuses Masses, télévision, cinéma*, Paris, Galilée.
- REED B. R., STONE A. A. and NEALE J. M. 1990. « Effects of caring for a demented relative on elders' life events and appraisals », *The Gerontologist*, vol.30, p.200-205.
- RIGAUX N. 2009. « L'aide informelle aux personnes âgées démentes : fardeau ou expérience Significative », *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol. 7, no 1, p. 57-63.
- RIGGS A. 1997. « Men, Friends and Widowhood: Towards Successful Aging », *Australian Journal on Aging*, vol.16, no.4, p.182-185.
- RIPA Y. 2015. « Quand le XIXe siècle inventa la « belle-doche » », *In RIPA Y. (dir.) L'étonnante histoire des belles-mères*, Paris, Belin.
- RICOEUR P. 1988. « Pour l'être humain du seul fait qu'il est humain », *In DE RAYMOND J.-F. (dir.) Les Enjeux des droits de l'homme*, Paris, Larousse.
- ROBINSON T., GUSTAFSON B. and POPOVICH M. 2008. « Perceptions of negative stereotypes of older people in magazine advertisements: comparing the perceptions of older adults and college students », *Aging & Society*, no. 28, p.233-251.
- ROCHER G. 1972. *Talcott Parsons et la sociologie américaine*, Paris, PUF, Édition électronique.

- RODRIGUEZ-PEREZ M., ABREU-SANCHEZ A., ROJAS-OCANA M. J., DEL-PINO-CASADO R. 2017. « Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives », *Health and Quality of Life Outcomes*, vol.15, no.71, p.1-8.
- ROHLEN T. P. 1971. « Father-son dominance: Tikopia and China », In. HSU F. L. K (edit), *Kinship and culture*, Chicago, Aldine Publishing Company, p.144-157.
- DA ROIT B. et LE BIHAN B. 2009. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familialisation ou défamilialisation du care ? », *Lien social et Politiques*, vol.62, p.41-55.
- ROSE N. 1996. « The death of the social ? Re-figuring the territory of government », *Economy and Society*, vol.25, no.3, p.327-356.
- ROUSSEAU J.-J. 1974. *Lettre du 15 décembre 1763 au Prince de Wurtemberg in Lettre philosophiques*, Paris, Vrin.
- ROUSSEAU M. 1998. *Portrait de famille: étude exploratoire sur les variables associées au vécu des membres d'associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale. Pour la F.F.A.P.A.M.M.* Projet de recherche financé par le Développement des ressources humaines Canada et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- ROUSSEL L. 1999 [1989]. *La famille incertaine*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- ROUX N. et CRESSON G. (dir.), *Vieillir en société. Une pluralité de regards sociologiques*, Rennes, PUR, p.285-301.
- ROWE J. W. and KHAN R. L. 1987. « Human aging: Usual and successful ». *Science*, vol.23, no.7, 143-149.
- ROWE J. W. and KAHN R. L. 1998. *Successful Aging*. New York, Dell.
- RYFF C. D. and KEYES L. M. 1995. « The structure of psychological well-being revisited ». *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.69, no.4, p.719-727.

S

- SAILLANT F. et GAGNON É. 2001. « Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches », *Lien social et Politiques*, no.46, p.55-69.
- SAMUELSSON A. M., ANNERSTEDT L., ELMSTAHL S., SAMUELSSON S.-M., GRAFSTROM M. 2001. « Burden of responsibility experienced by family caregivers of elderly dementia sufferers », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol.15, issue.1, p.25-33.
- SARACENO C. 2016. « Varieties of familialism : Comparing four southern European and East Asian welfare regimes », *Journal of European social policy*, vol.26, iss.4, p.314-326.
- SARANO J. 1957. *La culpabilité*, Paris, Armand Colin.
- DE SARDAN J.-P. O. 1995. « La politique du terrain sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/enquete/263>
- SARTHOU-LAJUS N. 1997. *L'Éthique de la dette*, Paris, PUF.
- SARTHOU-LAJUS N. 2002. *La culpabilité*, Paris, Armand Colin.
- SARTHOU-LAJUS N. 2012. *Éloge de la dette*, Paris, PUF.
- SAUVY J. 2007. « Intimité et maladie d'Alzheimer », *Gérontologie et société*, vol.30, no. 122, p. 223-232.
- SAVIGNAT P. 2014. « Les aidants : une catégorie incertaine entre domaine privé et espace public », *Empan*, no. 96, p.151-157.
- SCARRY E. 1985. *The body in pain. The making and unmaking of the world*, New York et Oxford, Oxford University Press.
- SCHACHTEL M. 1991. *J'ai voulu être infirmière*, Paris, Albin Michel.
- SCHIAMBERG L.B. and GANS D. 1999. « An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children », *J Elder Abuse Negl*, no.1, p.79-103.
- SCHULZ R. and BEACH S. R. 1999. « Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study », *JAMA*, no.282, p.2215-2219.
- SCHÜTZ A. 1987 [1971]. *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Editions Méridiens Klincksieck.
- SELTZER M. M. and LI L. W. 1996. « The transitions of caregiving : subjective and objective definitions », *The Gerontologist*, vol.36, no.5, p.614-626.
- SHILLING C. 2003. *The body and social theory*, London, Sage Publications.

- SHIM Y.-H. and HAN S.-J. 2010. « Family-Oriented Individualization” and Second Modernity: An Analysis of Transnational Marriages in Korea », *Soziale Welt*, vol.61, no.3/4, p.237-255.
- SHIM Y.-H. and HAN S.-J. 2013, « Individualization and Community Networks in East Asia: How to deal with global difference in social science theories? », In KUHN M. and YAZAWA S. (Ed.), *Theories about and Strategies against Hegemonic Social Sciences*, Tokyo, Center for Glocal Studies Seijo University, p.197-214.
- SIBONY D. 2009. « Les sens de l’humour », *Le journal des psychologues*, no.269, p.30-35.
- SIMMEL G. 1981. *Sociologie et épistémologie*, Vendôme, PUF.
- DE SINGLY F. 1992. *La famille l’état des savoirs*, Paris, éditions la découverte.
- DE SINGLY F. 2003. *Les uns avec les autres. Quand l’individualisme crée du lien*, Paris, Armand Colin.
- DE SINGLY F. 2005. *L’individualisme est un humanisme*, Éditions de l’Aube.
- DE SINGLY F. 2005. « Famille, première et deuxième modernité », *Conférences La Famille aujourd’hui*, le 4 janvier 2005.
- DE SINGLY F. 2005. *Libres ensemble. L’individualisme dans la vie commune*, Armand Colin.
- DE SINGLY F. et LEMARCHANT C. 2003. « Belle-mère et belle-fille : la bonne distance », In SEGALÉN M., *Jeux de Famille*, Presses de CNRS.
- SPICQ C. 1958, *Agapè dans le Nouveau Testament. Analyse de textes*, vol. I, Paris, Gabalda.
- STRAWBRIDGE W. J., WALLHAGEN M. I., SHEMA S. J., et KAPLAN G. A. 1997. « New burdens or more of the same ? Comparing grandparent, spouse, and adult-child caregivers », *Gerontologist*, vol.37, no.4, p.505-510.
- SCHWARTZ O. 1990. *Le monde privé des ouvriers. Hommes et femmes du Nord*, Paris, PUF.

T

- TAYLOR-GOODBY P. 2004. « New social risks and welfare states: New paradigm and new politics? », In TAYLOR-GOODBY P. (ed.), *New risks, new welfare – The transformation of the European welfare state*, Oxford, Oxford University Press.
- TERRIEN R. 1989. « La responsabilité des familles et des femmes dans le maintien à domicile des personnes âgées : une politique de désengagement ou de soutien de l’État », *Santé mentale au Québec*, vol.14, no.1, p.152-164.
- THÉVENOT L. 2006. *L’action au pluriel: Sociologie des régimes d’engagement*, Paris, La Découverte.
- THOMAS L.V. 2003 [1975]. *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.
- TITMUS R. M. 1974. *Social Policy*, George Allen and Unwin.
- TOWNSEND P. 1981. « The structured dependency of elderly : a creation of social policy in the twentieth century », *Ageing and Society*, vol.1, no.1, p.5-28.
- TOURAINÉ A. 2011 [1984]. *Le retour de l’acteur. Essai de sociologie*, Librairie Arthème Fayard, Collection Mouvements no.3, Édition numérique réalisée par Réjeanne Toussaint.
- TRINCAZ J., PUIJALON B. et HUMBERT C. 2008. « La lutte contre le vieillissement », *Gérontologie et société*, vol.31, no.125, p.23-37.
- TRINCAZ J., PUIJALON B. 2010. « Vieillir en terre hostile », In CARBONNELLE S. (coordonné), *Penser les vieilles*, Paris, Seli arslan, p.21-36.
- TRONTO J. 2009. *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.
- TURNER R. 1985 « Unanswered Questions in the convergence between structuralist and interactionist role theories », In Helle H. J., Eisenstadt S. N. (Ed.) *Micro-sociological Theory: Perspectives on Sociological Theory*. London, Sage, 22-36.

U

- UNGERSON C. 1983. « Why Do Women Care ? », In FINCH, J., GROVES D. (Eds.), *A Labour of Love : Women, Work and Caring*, London : Routledge & Kegan Paul, p.31-49.
- UNGERSON C. 1995. « Gender, Cash and Informal Care: European Perspectives and Dilemmas », *Journal of Social Policy*, vol.24, no.1, p.31-52.
- URICK M. J., HOLLENSBE E. C., MASTERSON S. S., LYONS S. T. 2017. « Understanding and Managing Intergenerational Conflict: An Examination of Influences and Strategies », *Work, Aging and Retirement*, vol.3, no.2, p.166-185.

V

- VAILLANT G. E. 2003. *Aging Well: Surprising Guideposts to a Happier Life from the Landmark, Harvard Study of Adult Development*. Little Brown and Company.
- VALERO J. F. 2011. « Questions d'altérité », *Pensée plurielle*, no.28, p.33-40.
- VERCAUTEREN R. 2010. *Dictionnaire de la gérontologie sociale*, Paris, érès.
- VEYSSET B. 1989. *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan.
- VIRIOT-DURANDAL J.-P. 2007. « Politique de la vieillesse et solidarités sous pression », In PAUGAM S. (dir.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, p.335-353.
- VOLATIER J.-L. 1997. « Les effets d'âge et de génération dans la consommation alimentaire », *Gérontologie et Société*, no.83, p.67-82.

W

- WALKER A. 1980. « The social creation of poverty and dependency in old age », *Journal of social policy*, vol.9, no.1, p.49-75.
- WALKER A. 1983. « Care for elderly people : a conflict between women and the state », In FINCH J., GROVES D., (Eds.), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, London: Routledge & Kegan Paul. p.106-128.
- WEBER A. 2015. « Des enquêtes nationales pour connaître l'aide apportée par les proches en raison d'un handicap ou d'un problème de santé », *Informations sociales*, no.188, p.42-52.
- WEBER F. 2010. « Les rapports familiaux reconfigurés par la dépendance », *Regards croisés sur l'économie*, no.7, p.139-151.
- WEBER M. 2004 [1904-1905]. *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, traduit par J.-P. Grossein, Gallimard.
- WEBER M. 2000 [1916]. *Confucianisme et taoïsme*, Gallimard.
- WEBER M. 1992. *Essais de sociologie des religions*. I., Editions A Die trad. par J.-P. Grossein
- WHEELOCK J. et JONES K. 2002. « Grandparents are the Next Best Thing: Informal Childcare for Working Parents in Urban Britain », *Journal of Social Policy*, vol.31, no.3, p.441-464.
- WILDE O. 2000. *Le portrait Dorian Gray*, traduit par Tony Ross, Gallimard Jeunesse.
- WILENSKY H. and LEBEAUX C. N. 1965. *Industrial Society and Social Welfare*, Russell Sage Foundation.
- WINANCE M. 2007. « Du malaise au « faire corps » : le processus d'ajustement », *Communications*, no.81. p.31-45.
- WENG L.-C., HUANG H.-L., WANG Y.-W, CHANG C.-L, TSAI C.-H., LEE W.-C. 2011. « Primary caregiver stress in caring for a living-related liver transplantation recipient during the postoperative stage », *Journal of advanced nursing*, vol.67, no.8, p.1749-1757.
- WOLFF K. H. 1993. *From Karl Mannheim*, New Brunswick, Transaction Publishers.
- WORLD ECONOMIC FORUM. 2016. *The Global Gender Gap*.

Y

- YAN E. and KWOK T. 2011. « Abuse of older Chinese with dementia by family caregivers : an inquiry into the role of caregiver burden », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.26, p.527-535.
- YOUNG M. et WILLMOTT P. 1985 [1957]. *Le Village dans la ville*, Paris, Centre de creation industrielle.

Z

- ZARIT S. H., REEVER K. E., BACH-PETERSON J. 1980. « Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden », *Gerontologist*, vol. 20 : 649-655.
- ZARIT S. H., STEPHENS M. A., TOWNSEND P. and GREENE R. 1998. « Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use », *Journal of Gerontological Society*, vol.53, no.5 p.S267-S277.

- ÉTUDES COREENNES -

A

- AHN M.-S. and PARK J.-H. 2019. « A Study on the Problems and Improvement of Long-Term Care Insurance for the Elderly », *Journal of the Korea Contents Association*, vol.19, no.8, p.525-534.
- AN O. H., LIM H. K., KIM H. J. 2002. « A Study on the image of Elderly People in the Ageing Society », *Korean Journal of Human Ecology*, vol.11, no.4, p.347-355.

B

- BAE B. H. 2005. « Text seminar sur le hyo » In CHOI S. K (dir.). *Hyo du Coréen*, Seoul journalists club, p.341-347.
- BAEK J.-J. and SONG M.-Y. 2015. « The Study on Conflicts and the Strategies of Conflicts Mitigation among Alzheimer's Special Grade (5 grade) at Day Care Center for Elderly », *Korean Journal of Care Management*, vol.17, p.97-116.
- BACK J. U. 2014. « Influences of view for familist value and attitude toward the aged of university students on consciousness of supporting the aged », *Korean Journal of Clinical Social Work*, vol.11, no.1, p.1-19.

C

- CCEJ (Citizens' Coalition for Economic Justice). 2013. *Korean conflict awareness survey*.
- CHA Y. E. 1981. « l'étude de l'attitude envers la personne âgée chez l'étudiant », *Collection d'université de Jeonjoo*, vol.9, no.2, p.12-23.
- CHANG K.-S. 2010b. « Social Reproduction in an Era of 'Risk Aversion': from Familial Fertility to Women's Fertility? », *Journal of Korean Family and Culture*, vol.23, no.3, p.1-23.
- CHANG K.-S. 2018. « Familial liberalism, risk-family and risk-population – Korean dilemma in the 21th century », *Orbis Sapientiae*, no.24, p.40-52.
- CHANG K.-S., JIN M.-J., SEONG M.-A., LEE J.-R. 2013. *Understanding Institutionalized Familialism: Identification and Implications in the Era of Low Fertility and Aging in Korea*, Research report, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- CHEONG B.-E. and YI G. 2010. « The survey research on Inter-generational difference in the perception of successful aging : an emphasis on the social relationships », *Survey research*, vol.11, no.2, juillet, p.45-69.
- CHEONG S.-D. 2007. « A Comparative Study on the Successful Aging for Korean Elderly Women and Elderly Men », *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.27, no.4, p.829-845.
- CHO C.-Y. and HWANG C.-I. 2005. « A Study on the care manager training plan in the long-term care insurance system for the elderly in Korea », *Korean Journal of Care Work*, vol.1, no.1, p.61-82.
- CHO M. H. 1974. *Analyse de l'attitude envers la personne âgée chez lycéens*, Dissertation Master in Sociology, Seoul National University, Corée du Sud.
- CHO M. H. 2014. « Analysis of research on successful aging –focused on journal papers », *Korean Journal of Human Ecology*, vol.23, no.2, p.231-249.
- CHO M.-S. 2017. *A phenomenological Study on Experiences with Getting Eliminated from the Benefits of National Basic Livelihood Security due to the Criteria of Family Support Obligation*, Thesis in Social Welfare, Pusan National University.
- CHOI B. Y. 2002. *Confucian culture of the Joseon Dynasty*, Seoul, Sagejeol.
- CHOI H.-K. 2008. « The concept of successful aging as perceived by korean elderly : constructing concepts and intervention strategies in Korean cultural context », *Journal of Family Relations*, vol.13, no.3, p.145-168.
- CHOI H.-K. and KIM J.-E. 2015. « A comparative study of caregiving burden and the effects of the care receiver's helpfulness to the caregiver and caregiver's self-care on caregiving burden between dementia and non-dementia caregivers », *Alzheimer's & dementia*, vol.11, issue 7,

- p.599-600.
- CHOI H.-K., PAIK J.-E. and SEO S.-Y. 2005. « The Perception of successful aging among Korean elderly », *Journal of Korean management association*, vol.23, no.2, April, p.1-10.
- CHOI I.-D. 2014a. « A Study on the co-payment and the effect of long-term care insurance utilization by income level and region type », *Journal of community welfare*, no.48, p.135-164.
- CHOI I.-D. 2014b. « A Study on re-structuring role of LTC care facilities and Geriatric hospital by users need and region », *Journal of community welfare*, no.50, p.139-176.
- CHOI I.-D. and LEE E.-M. 2010. « Study on the Efficient Integration of Long-term Care Facilities and Geriatric Hospitals by Using NHIC Survey Data », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.30, no.3, p.855-869.
- CHOI I. H. et KIM J. H. 2013. « Characteristics of Certified Family Care Providers (Gajokyoyangbohosa) and Informal Caregivers, and Predictors of Their Caregiving Burden », *Journal of Family and Culture*, vol. 25, no 3, p.159-185.
- CHOI I.-K. 2016. « A Study on the Linkage Model of Community Elderly Protection System : Focusing on Long-Term Care Insurance for the Elderly », *Journal of the Korea Convergence Society*, vol.7, no.6, p.259-266.
- CHOI J.-S. 2002. *Early Korean Sociology and Family Studie*, Seoul, Ilzisa.
- CHOI J.Y. 2015. « Factors Associated with the Attitudes toward Dementia in Community Caregivers: Results from the Nationwide Survey on Dementia Care in Korea », *Journal of Korean Geriatric Psychiatry*, vol.19, no.1, p.24-31.
- CHOI S. H. 2004. « Assessing and Comparing of Attitude toward Institution Living and Parent-child Relationship between the Korean Elderly and the Japanese Elderly in Institutions », *The Korean Gerontological Society*, vol. 22, no.2, 2004, p.163-182.
- CHOI Y.-D. 2008. *A Study on Attitudes and Knowledge of the Elderly Among College Students Majoring in Nursing and Social Work*, Dissertation Ph. D. in Elderly welfare, Hanseo University, South Korea.
- CHUNG E. H. 2012. *Analysis on Behavior and Financing for the family care giger's service delivery in Korea*, Dissertation of Graduate school of Social Development, University of Chung-Ang.

G

- GA H. 2019. « Long-term care hospitals and facilities' strategies against the new Korean community care policy », *The Journal of Long-Term Care*, vol.7, no.2, p.6-18.
- GEUM J. T. 2008. *Confucianism and South Korea*, Korean Studies Information Co., Ltd.

H

- HA H. S. 2015. *Evaluation Long-term Care Insurance*, Policy report, National Assembly Budget Office.
- HA J.-I. 2019. *La migration des étudiants coréens en France. Liens familiaux et circulation du care : Investissements des parents, dettes des enfants*, Thèse en Sociologie, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- HAM I.-H. 2012. « Dilemma of State-sponsored Familism – focused on case of Singapour's family politics », *Conference of The Korean Gerontological Association*, p.539-554.
- HAN E.-J., LEE J.-S., KWON J. 2012. « Factors Related to Family Caregiver Financial Burden of Out-Of Pocket Expenses for the Nursing home service under Long-term Care Insurance System », *Korean J. Of Health Policy & Administration*, vol.22, no.3, p.383-402.
- HAN G.-H., YOON S.-E. 2002. « Prevalence and Charateristics of Informal Caregiving in Korea », *Journal of Korean Home Management Association*, vol.20, no.1, p.65-72.
- HAN G.-H., SEOK M., MALONEBEACH E. E.. 2017. « Implicit and Explicit Attitudes of Korean Children towards Older Adults », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.37, no.2, p.475-496.
- HAN J. R. 2000. « A Study on the knowledge and attitudes of Korean college students about aging », *Yonsei Review of Educational Research*, vol. 13, no.1, p.191-206.
- HAN S. and YUN S.-N. 2015. « Successful aging and the influencing factors in the Korean elderly : focused on family support », *J Korean acad community health nurs*, vol.26, no.4, p.372-379.
- HAN S. J. 2007. « The Formation and Differentiation of Postconventional Generations in Korea: A Search for the Agency of Social Change », *Theory and Society*, no.11, p.4-48.

- HAN S.-J. and MOON Y. S. 2009. « Factors influencing successful aging in elders ». *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, vol.21, no.4, p.423-434.
- HONG C.-S. 2012. « Compressed Individualization and ‘gender’ category in 1990s Korea », *Korean Journal of Women and History*, no.17, p.1-25.
- HONG H.-B. 2002. « Study on the Relationship between successful aging and Korean elderly’s religious activities ». *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol. 22, no.3, p.245-259.
- HONG I. S. 1978. *Traditional Korean Culture Poetry*, Seoul, Korea University Press, p.17-22.
- HONG S.-H. and KWAK I.-S. 2010. « Generational Differences in Attitude and Voluntary Behavior toward the Elderly », *Journal of Korean Family Resource Management Association*, vol.14, no.2, p.177-199.
- HONG S.-H. and KWAK I.-S. 2011. « The effects if attitude towards aging on successful aging : the differences between single and couple aged family », *Journal of the Korean Home Economics Association*, vol.49, no.4, p.77-91.
- HONG S.-J. 2009. *A Study on the Effect of Elderly Long-term Care Insurance on Elderly Care-giving Burden*, thesis for Ph.D. in Social Welfare, Hanyoung theological University.
- HONG S. J. 2015. *Comparisons of Nurses’ Attitudes toward Elders, Elderly Patients, and Their Own Elderly Patients and Influencing Factors*, Dissertation Master in Nursing, Inha University, South Korea.
- HONG S. M. 2015. « Emotional Structure and Popular Politics: Approach of Cultural Theory Toward the Nostalgia of President Park », *The Korean Review of Politics Thought*, vol.21, no.1, p.9-34.
- HONG S. W. 2011. « Current Status and Tasks of Benefits for Nursing Care Caregivers of Family Members », *Health Insurance & Policy*, vol.10, no.1, p.142-152.
- HUGUES L. 2014. « L’accompagnement global par le gestionnaire de cas pour un changement dans la situation de la personne âgée », *Vie sociale*, no.6, p.145-165.
- HWANG D.-K., SHIN Y.-S., LEE Y.-K., CHOI B.-H., KIM C.-W., PARK K.-R., KIM E.-A. 2016. *Analysis of Demand for Elder Health Care and Long-Term Care : Strategies for Diversifying Providers*, Report, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- HWANG H. and KIM J.-O. 2015. « Influence of Job Stress, Coping Strategies on life satisfaction in long-term care workers –focused in Gyeonggi-do », *Journal of Korea Academy Industrial Cooperation Society*, vol.16, no.9, p.6152-6159.
- HWANG J. S. and KIM J. N. 2000. « The study of resources use and Caregivers Stress in giving Home-Care for the Frail Elderly », *Journal of the Korea Gerontology Society*, vol.20, no.2, p.229-244.
- HWANG M. S. 2009. *A Study on the Preference of the Local Residents to the Nursing Homes*, Dissertation for Master in Medical care for the Aged Welfare, Daegu, Daegu Hanny University.
- HWANG R. I. and PARK S. Y. 2019. « Status and Trend of Home Health Nursing for Long-Term Care Insurance Beneficiaries », *Journal of East-West Nursing Research*, vol.25, no.2, p.158-166.

I

- IM H. B. 2012. « Political Analysis of Park Chung Hee: Leadership, Modernization, Yushin and Parks Demise », *Peace Studies*, vol.20, no.2, p.51-84.

J

- JANG J. E. 2017. *The substance of the dementia through the movie and Seeking universal humanity of human affirmation*, Dissertation Ph. D. in Social Welfare, Kyonggi University.
- JANG Y. 2019. *Correlation between the acceptance of medicalized dementia knowledge and attitudes toward dementia*, Dissertation Master in Science of public health, Seoul National University.
- JANG Y.-J. 2014. « A Comparative Study on the Factors that Determine the Attitude Toward Dementia in Korea and Japan: Focusing on the Care Workers Who Work in Nursing Homes », *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.34, no.2, p.333-348.
- JE N. J., PARK M. and YANG H. J. 2019. « Factors influencing the attitudes of dementia for University Students », *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, vol.9, no.3, p.561-569.
- JEGAL H. S. 2009. « Distorted marketization of the long-term care service’s supply structure for the

- elderly », *The Radical Review*, p.211-233.
- JEON H.-S. 2017. « Exploratory Analyses on the Effects of the National Long-term Care Insurance: Using the Korea Welfare Panel Study (2006-2015) », *Health and Social Welfare Review*, vol.37, no.1, p.307-331.
- JEON B. J. and CHOI K. W. 2016. « Moderating Effects of Family Strength on the Relationship between Role Stress and Depression of Family Care Workers », *The Korean Journal of Stress Research*, vol. 24, no.3, p. 210-219.
- JEONG A. and HIGASHIHATA H. 2018. « Physically Demanding of Care Worker in Elderly Care Facilities : in Seoul and Gyeonggi-do », *The Journal of Long Term Care*, vol.6, no.1, p.32-48.
- JEONG K.-H., OH Y.-H., KANG E.-N., KIM J.-H., SUNWOO D., OH M.-A., LEE Y.-K., HWANG N.-H., KIM K.-R., OH S.-H., PARK B.-M., SHIN H.-G., LEE G.-R. 2014. *Senior Survey 2014*. Policy Report, Korea Institut for Health and Social Affairs.
- JEONG K. H., OH Y. H., KANG E. N., KIM K. R., LEE Y. K., OH M. A., HWANG N. H., KIM S. J., LEE S. H., LEE S. G., HONG S. Y. 2017. *Senior Survey 2017*, Policy Report, Korea Institut for Health and Social Affairs.
- JEONG M. J. 2018. *Elderly Long Term Care Insurance Finance vista 2018-2027*, Policy Report, National Assembly Budget Office.
- JEONG S.-B. and LEE J.-W. 2019. « 17 Cities, Provinces area Analysis of Efficiency of Visiting Medical Care Business », *Journal of Regional Studies*, vol.27, no.1, p.49-66.
- JIN S.H., LEE S.J. and KIM Y. J. 2018. « A Study on Chinese Elderly's Intention to Enter Nursing Homes », *International Regional Association Spring Conference*, p.1-16.
- JUNG S.-D., JEONG J. H., KIM M. R. 2016, « The influence of Ageism and Age integration on Perception of Intergenerational Conflict – A Comparison of Three Different Age Groups », *Korean Journal of Social Welfare*, vol.68, no.4, p.5-24.
- JUNG Y.-J. and SEOMUN J. H. 2011. « An Approach Based on Grounded Theory about the Caregivers' Decision-Making Process for Using a Nursing Home », *Korean Journal of Qualitative Research in Social Welfare*, vol.5, no.1, June, p.87-117.

K

- KANG I.-O., HAN E.-J., PARK C. Y. 2011. « Factors affecting regional rate of certification in Korean Long-term Care Insurance », *Korean J. Of Health Policy & Administration*, vol.21, no.3, p.381-396.
- KANG K.-W. 2001. « Change of Korean family through change an development in the law of family », In Ha Y.-C (dir.). *Change of korean family*, Seoul, Seoul National University Press, p.223-286.
- KANG R. 2013. « Reflection on the reasons for the phenomenon of intergenerational conflicts in Korean society and the solutions », *Korean political science society*, vol.21, no.3, p.261-289.
- KBS Insight Asia. 2007. *The power of Confucian Asia*, Seoul, Yedam.
- KIM D. 2009. *Commentaires en coréen du hiao-King*, Édition Tongnamou.
- KIM C.-K. 2012. « The Influence of Caregiver Burden of Elderly Caregivers on Elderly Care Services », *Korean Senior Welfare Society Conference*, vol.2, no.2, p.81-89.
- KIM C.-W. 2013. « A Study on a Model of Prospective Care Management System Aligning with Current National Long-term Care Insurance (NLTCI) Policy for Elders », *Health and Social Welfare Review*, vol.33, no.2, p.219-242.
- KIM D., PARK S. and KIM S. 2010. « The influence of using of long-term care service on depression and life satisfaction among family care-givers: A comparison of leisure activity ». *Journal of Korea Association of Family Relations*, vol.15, no.3, p.117-135.
- KIM D.-C. 2002. « Confucianism and familialism in Korea », *Economy and Society*, vol. 55, p.93-118.
- KIM D. S., SHIM C. J., CHOI S. G., KIM J. Y., PARK M. J., KIM S. K. 2016. « A Study on Improvement of Approval Grade Renewal Process in Long-term Care Insurance for the Aged », *The Journal of Korea Aging Friendly Industry Association*, vol.8, no.2, p.47-62.
- KIM E.-S., YOO H.-M., CHOI E.-Y., CHOI H.-M., BAE Y.-J., YANG M.-S., KIM J.-M. 2016. *National Childcare Survey 2015*, Policy Report, Ministry of Health and Welfare, Korea Institute of Child Care and Education.
- KIM H. 2014. « Confucianisme et féminisme en Corée », *Diogène*, n° 248, p.71-80.
- KIM H.-K. 2015. *People, places, hospitality*, Paju, Moonji Publishing Company.

- KIM H. S. 2013. « An effect of elderly volunteer participation to a successful aging », *Korean Association for Local Government and Administration Studies Research*, vol.27, no.2, p.419-442.
- KIM H. S., KIM H. K., PARK Y. S. 2011. « The Factors Influencing of Professional Consciousness of Long-term Care Workers », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.31, no.3, p.591-606.
- KIM H.-S. and LEE Y.-H. 2018. « Satisfaction of the elderly with dementia day care center for dementia », *Conference of Korean Society of Nursing Science*, October, p.321-321.
- KIM H. Y. 2008. « Neo-liberalism and Family Changes: Diversification or Stratification », *Journal of Korean Society*, vol.9, no.2, p.55-94.
- KIM J.-H. 1996. « A Study on Korean elderly's physical health and the effects of sociodemographic factors », *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.16, no.2, p.120-136.
- KIM J.-H. 2015. « Analysis of problem for payment system of geriatric hospital », *Health Insurance review & assessment service Politic tendency*, vol.9, no.3, p.50-63.
- KIM J. H., YIM E. S., BAE H. J., SEO D. M., JEONG S. Y. 2016. « A National Survey of Worker's Wages in Long-term Care Institutions », *The Journal of Long Term Care*, vol.3, no.2, p.96-121.
- KIM J.-M. and UM K.-W. 2014. « A Study on economic preparation for the elderly life of baby-boomers focused on families' characteristics », *Journal of Korean social welfare administration*, vol.16, no.4, p.197-221.
- KIM J.-S. and HWANG E.-M. 2017. « Support plan for providing customized meal service for the elderly », *Health and welfare Issue & Focus*, no.341, p.1-8.
- KIM K.-A., KIM K.-A. and SUNG M.-R. 2011. « A Study on the Level of Dementia-related Knowledge and Attitude among Care Workers – Focusing on the Care Workers who got education on dementia in Seoul Dementia Center », *Korean Journal of Care Management*, vol.6, p.23-51.
- KIM K. H. and KIM J. H. 2008. « Influences of life satisfaction on successful aging -focusing on the elderly having partners », *Korean Journal of Family Welfare*. vol.13, no.2, p.87-106.
- KIM K.-S. et JANG S.-M. 2001. « A Study on the Change of Korean Family in Textbooks » In HA Y.-C. (dir.), *Changes in the Korean family*, Seoul, Seoul National University Press, p.63-130.
- KIM K.-S. 2012. *A Study on the Jeju Citizens' Awareness and Attitude on Dementia*, Dissertation Master in Science, Jeju National University.
- KIM K.-S. 2014. *The Study for activation plan of day care center for the elderly's holiday operation – The study for cognition of manager in Seoul*, Dissertation for Master in Welfare Management, Baekseok University.
- KIM M.-G., LEE T.-J., SONG T.-M., WOO S.-H., KIM S.-A. 2018 *Social Security Public Perception Study*, Ministry of health and welfare.
- KIM M. H. 2013. « The influence of elderly contact on attitude towards elderly of undergraduate: mediating effect of aging anxiety », *Conference of The Korean Psychological Association*, vol.1, p.332-333.
- KIM M. H., YUK H. S., JUNG M. H. 2015. « Study on Job Training and Job Relevance of Care Workers », *Social Work Practice & Research*, vol.12, no.1, p.103-132.
- KIM M.-J. Kim and HWANG J.-Y. 2019. « A Study on the Long-Term Care Insurance System prepare for the Super-Aged Society », *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol.20, no.10, p.395-405.
- KIM M.-S., KIM J.-S., KIM H. J., KIM H.-K., PARK O.-H., WON Y.-H. LEE K.-A., LEE S.-M., LEE S.-I. LEE S.-J., LEE Y.-B., JANG H.-K. and HAM I.-H. 2002. *Sociological understanding of the family*, Seoul, Hakjisa.
- KIM M.-W., JEONG Y.-S., LEE J.-S. 2006. « A Study on the Family's Satisfaction at the Use of the Older Day-care Service: Focused on day-care centers located in Seoul and Goyang city », *The Journal of Social Science*, no.25, p.1-25.
- KIM O. S. and SOK S. R. 2017. « Life experiences of elderly people with suicide ideation at the long-term care hospitals in South Korea », *International journal of nursing practice*, vol.23, no.2, e12597.
- KIM P. S. 1145. *Samguk saki*, Archives nationales.
- KIM S. et PARK J.-Y. 2014. « A Study on the Images of Elderly people in news magazine, documentary, life style information TV program », *Social Science Research Review*, vol.30, no.2, p.281-300.
- KIM S. K. 2000. *The 2000 National Survey on Fertility and Family Health and Welfare*, Korea Institute for Health and Social Affairs, Research report.

- KIM S.-S. 1999. *The third international Mathematics and science study-repeat(TIMSS-R) National Report for the Main Survey*, Korea Institute for Curriculum and Evaluation.
- KIM S.-Y. 2001. « Korean Industrialization Process, Family, an Women », *The Radical Review*, vol.7, p.57-75.
- KIM S.-Y. 2009. *Study for services long-term are insurance from user's point of view*, Dissertation for Master in Social welfare, Korea University.
- KIM T.-W. 2017. *Rapport national sur le contexte du Minimum Vital en 2017*, Policy Report, Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- KIM Y. C. 2011. « Réponse à l'augmentation de célibataires et baisse du taux de natalité », *KDI Focus*, vol.11.
- KIM Y.-H. and AN J.-S. 2012. « Stress, life satisfaction and service satisfaction of elderly and elderly family using long-term care service », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, no.57, p.161-189.
- KIM Y. J. et CHOI H. K. 2000. « Family caregiving services as social support for the elderly », *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.20, no.1, p.209-223.
- KIM Y. J. and JEONG S. A. 2001. « Adolescents' attitude toward the elderly », *Journal of the Korean Home Management Association*, vol.19, no.6, p.1-10.
- KIM Y.-K. 2004. *A Study on Consciousness Change to Welfare and Attitude toward the Old through University Students' Training*, Dissertation Master in Social Welfare, Honam University, South Korea.
- KIM Y.-K. 2016. « The family Support and Policy Implications on Support Environment Changes », *Health and welfare policy forum*, no. May, p.62-79.
- KIM Y.-K. 2017. « Family support and its policy implications in the changing social environment », *Health and welfare policy forum*, no.252.
- KIM Y.-M. 2015, « Does the National Pension Scheme Violate Intergenerational Equity ? A Fresh Look at the Generational Equity of the National Pension Scheme Based on the Current Generation's Double Payment Problems », *Social Welfare Policy*, vol.42, no.4, p.127-151.
- KIM Y.-R., CHANG H.-K., LEE Y.-S. 2017. *Study on Transition into Adulthood by Family Class: Focusing on Policy Implications*, Research Report, Koran Women's Development Institute.
- KIM Y. T. 2018. « Recognition Study on Usage Motivation and Dissatisfaction Factor at Short Stay Service – Focus on User's Caregiver », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, vol.73, no.1, p.235-258.
- KOREAN NATIONAL INSTITUTE OF DEMENTIA. 2014. *Annual Report 2014*.
- KHIDI (Korea Health Industry Development Institute). 2015. *Market trends in the aged-friendly industry*, Rapport 2015-1
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2005 *Senior Statistics 2005*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). *Estimation de la population future*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2011. *Future Population Estimation 2010-2060*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2013. *Korean Social Trends 2013*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2016. *Korean Social Trends 2016*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2014. "Analysis of major characteristics by life cycle-family formation, study, work, housing, commuting, activity restrictions", *Bulletin*, 18,11,2014.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2016. *Future Population Estimation 2015-2065*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2016. *Statistiques coréennes sur le mariage et le divorce en 2015*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2017. *Estimation des ménages 2015-2045*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). *Recensement coréen 1990, 2000, 2010, 2015*.
<https://kosis.kr/>
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2008. *Social Research 2008*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2015. *Social Research 2015*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2017. *Social Research 2017*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2018. *Social Research 2018*.
- KOSIS (Korean Statistical Information Service). 2019. *Private education cost survey 2018*.
- KUK M. A. and KO H. S. 2018. *A Study to enhance working environment for social service worker in Seoul: mainly around in-home long-term care worker*, Politic Report, Seoul Foundation of Women & Family.

- KWAK I.-S. 2010. « Study on the Variables Affecting Attitudes toward Aging-Comparison from the Perspective of Activity Theory and Separation Theory », *Journal of the Korean Home Economics Association* 2010 Spring Conference Archives, p.338-338.
- KWON H.-J., CHO Y.-U., KO J.-Y. 2011. « The Effects of Long-term Care Insurance on the Life Satisfaction and Satisfaction in Family Relationships: The DD Method Combined with Propensity Score Matching », *Korean Journal of Social Welfare*, vol.63, no.4, p.301-326.
- KWON J.-D. and CHO J.-Y. 2000. « A Study of Factors Influencing the Life Satisfaction of the Aged », *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.20, no.2, p.62-76.
- KWON J. H., KIM H. K., NA Y. K. 2017. « A Study on the Assistive Product Service under the Long-term Care Insurance: Focus Group Interview Analysis among Service User and Service Provider », *Health and Social Welfare Review*, vol. 37, no 3, p.230-259.
- KWON J.-W. 2015, « The Political Economy of Korean Welfare State: A Review on Welfare System in Postdemocratic State », *Korean Journal of Converging Humanities*, vol.3 no.1, p.43-72.
- KWON Y., LEE H. Y., HWANG S. S. 2013. « A Study on the Knowledge, Attitude and Nursing practice of the nurses-towards the Elderly in Geriatric Hospitals », *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol.14, no.11, p.5785-5791.
- KYOUNG S.-K., JANG S. H. and LEE Y.-G. 2017. « A Study on the Care Worker's Working Condition and Wage with Public Data of the NHIC », *Journal of the Korea Contents Association*, vol.17, no.6, p.339-350.

L

- LEE D. S. 2014. « How to Improve the problems of long-term care facilities for the elderly », *Journal of Social Science*, vol.31, no.2, p.167-197.
- LEE H., PARK M., LEE S., LEE M., GO Y., KIM C., KIM S., KIM K., LEE Y., LEE Y., SONG J., PARK Y., YOUN J., KIM K., HONG G. 2019. « Factors related to Use of Physical Restraints for Older Adults with Dementia in Long-term Care Settings », *J. Korean Gerontol Nurs*, vol.21, no.2, p.125-134.
- LEE H.-J. 2003. « The Factorial Structure of the Conflict Source between Mother-in-Law and Daughter-in-Law and Related Variables », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, no.19, p.31-59.
- LEE H. J. 2005. *The Change of Caregiver's Burden for the Dementia Elderly by the Use of Daycare Center*, Thesis for Ph.D. in Social Welfare, Chung Ang University.
- LEE H. J. 2008. « Korean Familism Discourse: Its Origin and Development », *Social Theory*, vol.22, p.331-360.
- LEE H.-J. 2010. « Consumer Impairment and Its Improvement on Longterm Care Insurance Service : Focused on the Current Conditions and the Analysis of Counseling Cases in Korea and Japan », *Journal of Korean Home Management*, vol.28, no.1, p.51-67.
- LEE H. S. 1993. « Family caregiving process for older parents », *Journal of Korean home economics association*, vol.11, no.1.
- LEE H.-S. and YOO S.-H. 2013. « Elderly nursing care workers' workforce and improvement plans », *Korean Public Management Review*, vol.27, no.3, p.145-181.
- LEE H.-Y. and MOON Y.-P. 2017. « Financial Projection of Long-term Care Insurance in according to Population Ageing », *Korean Social Security Studies*, vol.33, no.2, p.129-151.
- LEE I.-J. 2002. « Factors Affecting Satisfaction of Family Caregivers in Adult Day Care Services », *Journal of the Korea Gerontological Society*, vol.22, no.1, p.99-114.
- LEE G.-W., Lim C.-S, Kwon O.-D. 1995[1982]. *Han-Han-Dae-Sa-Jeon 漢韓大事典 (Grand dictionnaire de la Corée)*, Seoul, Dong-A Chulpansa.
- LEE I. G. 2003. « Life of the elderly with family presented in folktales », *The Academy of Korean studies*, vol.17, p.409-450.
- LEE J. 2019. « The effects of movie-based dementia education – Focusing on knowledge and attitude of nursing students toward dementia », *Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology*, vol.9, no.11, p.723-732.
- LEE J.-E. and JANG Y.-J. 2016. « A Comparative Study of Factors Affecting Adolescents' Attitudes towards Dementia », *Health and Social Welfare Review*, vol.36, no.1, p.233-260.
- LEE J. G. 2002. « On the Motion Laws and the Linkage Laws of Educational Zeal in Korea », *Sociology of Education*, vol.12, no.1, p.173-192.

- LEE J. J. 2010. « Nursing Home Placement Decision for the Frail Elderly Cared for by Daughters vs Daughters-in-Law », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, vol.48, June, p.177-204.
- LEE J.-K. 1999. « Modern Transformation of Korean Family: Feminist Analysis », *Journal of Korean women's studies*, vol.15, no.2, p.55-86.
- LEE J.-K. and JANG S.-N. 2018. « A Comparative Study of Formal Education Systems for Long-term Care Workers in Six Countries », *The Journal of Long Term Care*, vol.6, no.1, p.6-30.
- LEE J.-S., HAN E.-J., KANG I.-O.. 2011. « The Characteristics and Service Utilization of Home Nursing Care Beneficiaries Under the Korean Long Term Care Insurance », *Korean Acad Community Health Nurs*, vol.22, no.1, p.33-44.
- LEE K. H. 2011. « Ágisme montré par les manuels scolaires », *Critique éducative*, no.29, p.147-165.
- LEE K.-H. 2012. « A Study on Necessity and Plans for Training of Care Manager in Long-term Care Insurance », *Hanyang University Journal of Aging Society*, vol.3, no.1, p.1-16.
- LEE K. H. and KIM H. D. 2013. « A Study on the Problems of and An Improvement Plan for Long-Term Care Insurance for the Past Six years », *Journal of social science research*, vol.22, p.282-296.
- LEE K.-K. 1975. « Conflict between Mother-in-law and Daughter-in-law in Paternal Families », *Korean Cultural Anthropological Society*, vol.1.
- LEE M. 2008. « Caregiver Stress and Elder Abuse among Korean Family Caregivers of Older Adults with Disabilities », *Journal of Family Violence*, vol.23, p.707-712.
- LEE M. S. 2012. *The Caregiving Experience of Family Caregiver who Supports a Family Member Recognized as the Beneficiary of the Long-term Care Insurance for the Aged*, Thesis for Ph.D. on Social Welfare, Kyonggi University, South Korea.
- LEE M., CHOI J.-S., LEE S. 2014. « Improving the Quality Management System of Long-term Care in Korea: Applying the Stakeholder Perspective », *Social Welfare Policy*, vol.41, no.4, p.51-75.
- LEE M. A. 2005. « Factors Affecting Older Persons' Expectations of Using Institutions », *Study of Social welfare for the elderly*, vol.27, p.29-47.
- LIM S. 2018. « Care Worker Professional in the Field of Long-term Care Facilities », *The Journal of Long Term Care*, vol.6, no.1, p.50-78.
- LEE S., KIM M., CHUNG S. 2019. « Identifying subgroups of ageism among young adults, and its relationship to perceptions of generational conflict and elderly welfare policy », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.39, no.4, p.825-846.
- LEE S.-C. 2009. *A Study on the Services Utilization Type & Satisfaction Perceived by the Long Term Care Service Users: Focus on Home Care Services*, Thesis for Social Welfare, Kukje Theological University.
- LEE S.-H. 2017. « Current State of the Family Caregiver Support Policy and Improvement Suggestions for Long-term Care Service », *Health and welfare policy forum*, p.89-101.
- LEE S.-H. 2018. *Kids Contents Become More Important in the Era of Low Birth, Issue & Trend Digi-eco Report*, Korea Development Institute.
- LEE S.-I. 2011. « Influences of emotional familism and cultural values on generalized trust and particularized trust », *Economy and society*, no. December, p.169-204.
- LEE S.-L. 2019. « Attitudes toward marriage among the never-married », *Health and Welfare Policy Forum*, no. February, p.6-18.
- LEE S. M. 2014. « Korean Families Between Familism and Individualization: Focused on the Difference of Familism and Gender of the Latent Structure of Intergenerational Relations », *Family Leisure and Gender Inequality*, vol.26, no.3, p.1-36.
- LEE S. S. 2007. « The Effects of undergraduate students' Attitudes toward the elderly and aging on grandmother-grandchild intimacy », *Korean Journal of Human Ecology*, vol.16, no.3, p.479-490.
- LEE S.-S., CHOI H.-J., YOON H.-S. 2015. *Family Change and Its Impact on Marriage and Fertility*, Research report, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- LEE S.-Y., KIM E.-J., PARK J.-S., BYEON S.-J., OH M.-A., LEE S.-L., LEE J.-H. 2018. *The 2018 National Survey on Fertility and Family Health and Welfare*, KIHASA, Rapport 2018-37,
- LEE T.-J., WOO S.-H., CHOI J.-Y. 2018. « Poverty and housing conditions and policy tasks among young people », *The Future of Housing Support Policy for Youth and Newlyweds-Large Debate 2018.05.25*, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- LEE Y. 2015. *A Study on the Presence of Active Seniors in Korea and Their Consumption Behaviors*, Ph. D. Thesis in Economic, Korea University.

- LEE Y. J. 2011. *Study on the Improvement Plan According to the Survey on the Satisfaction Level of Caregivers of the Elders in Day Care Centers*, Dissertation for Master, in Senior Welfare, Kyunghee University.
- LEE Y.-K. 2007. « Images of the Elderly held by Non-Elderly », *Korea Journal of Population Studies*, vol.30, no.2, p.1-22.
- LEE Y. K. 2010a. « Evaluation of the Elderly Long-term Care insurance : User's perspective », *Health and welfare policy forum*, The Korea Institute for Health and Social Affairs, no. October, p.25-33.
- LEE Y. K. 2010b. « Development of reward system for family carer in Elderly long-term care insurance », *Health and welfare policy forum*, no. July, p.96-104.
- LEE Y.-K. 2011. « Review of long-term care institution evaluation system and policy tasks », *Issue & Focus*, no.92, p.1-8.
- LEE Y. K. 2017. « Current State and Challenges of Abuse in Formal Care Settings », *Health and welfare policy forum*, no. May, p.60-69.
- LEE Y. K., KANG E. N., KIM S. J., BYEON J. K. 2017. *Suggestion of Long-term care system reform in View of Aging in place (AIP)*, Policy Report, Institute for Health and Social Affairs.
- LEE Y. K., YANG C. M., SEO D. M. 2011. *Equity in Long-term Care Insurance in Korea*, Report, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- LIM J.-Y., KIM E.-J., CHOI K.-W., LEE J.-S., NOH W.-J. 2012. « Analysis of Barriers and Activating Factors of Visiting Nursing in Long-term Care Insurance », *The Journal of the Korea Contents Association*, vol.12, no.8, p.283-299.
- LIM S.-O. 2010. « A Study on the Main Issues and Problems of Long-Term Care Insurance in Korea: Focusing on the Classification System », *Social Welfare Policy*, vol.37, no.2, p.245-266.
- LIM T. H. 2007. « Confucian Features in the Dangun Myth », *The Study of Confucianism*, no.30, p.165-201.
- LIM W. Y. « The Factors Affecting on Recognition of Professionalism of Caregivers », *The Journal of Welfare and Counseling Education*, vol.1, no.1, p.65-80.

M

- MAENG J. Y. and LEE Y.-J. 2017. « Inequality and change in regional distribution of long-term i-home care institutions », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, vol.72, no.2, p.85-112.
- MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE. 2014. *Basic pension for 2015 based on statistics*.
- MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE. 2018. *Nationwide Survey on the Dementia Epidemiology of Korea 2016*.
- MO S.-H. and S.-Y. Choi. 2013. « Changes in Caregiving Burden of Families After Using Long-term Care Services », *Journal of Critical Social Welfare*, no.40, p.7-31.
- MOON A.-R., SONG A.-Y., CHO Y.-S. 2018. *Child Rearing Burden in Low Fertility Society: Focusing on the Correlation between Education Expenses and Birth Decisions*, Final Report of the 3rd Hakbong Award Competition Research Support Project in 2018.
- MOON J. H. 2014. *A Study on Knowledge of and Attitudes toward Dementia among Middle-aged and Older People*, Dissertation Master in Social welfare, Wonkwang University, Corée du Sud.
- MOON Y. and LEE H. 2017. « A Comparative Study on Policies of Elderly Abuse in the Long-Term Care Facilities on WHO, Main countries », *Korea Social Policy Review*, vol.24, no.1, p.67-95.

N

- National Assembly Budget Office. 2018. *2018-2027 Elderly Long Term Care Insurance Finance vista*.
- NATIONAL INSTITUTE OF DEMENTIA. 2018. *Korean Dementia Observatory 2018*.
- NHIS (National Health Insurance Service). 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*,
- NHRCK (National Human Rights Commission of Korea). 2018. *Repport human rights of Korean elderly*.

O

- OH E. and ROH E. 2010. « Impact of Institutionalization of Care Services on the Woman's Workforce: Focused on the Comparison between Carehelpers for the Elderly and Caregivers for the Sick », *The Journal of Asian Women*, vol.49, no.2, p.185-215.
- OH H.-Y. 2017. « Analysis of Kangaroo Tribe and Tasks », *KLI Panel Working Paper*, no.7, p.1-26.

P

- PAIK J.-A. 2009, « The Changing Nature in the Korean Patriarcal Family : Continuity and Change », *The Korean Journal of Humanities and the Social Sciences*, vol.33, no.1-2, p.204-224.
- PAIK J.-E. and CHOI H.-K. 2005. « Successful aging according to Korean elderly: The definition types, and predicting variables », *The Korean home management association*, vol.23, no.3, p.1-16.
- PAIK J.-E. and CHOI H.-K. 2007. « Cross-cultural study of successful aging in Korean and Western society », *Journal of Korean management association*, vol.25, no.2, p.137-153.
- PARK C.-J. 2010. « Cost-Effectiveness Analysis of Long-term Care Services : Care in Institutions vs In-home », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, vol.50, p.145-171.
- PARK C. J., KIM K. T. 2003. « Informal caregiving decision among caregivers to the severely disabled elderly and their resulting economic cost », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, no.20, p.179-211.
- PARK H.-K. 2004, « Urban experience of Korean industrial workers », *Economy and Society*, vol.61, p.127-155.
- PARK I. S. and LEE K. J. 1999. « Study on the Adolescent's Attitude Patterns toward the Meaning of Aging and the Elderly –Q Methodology », *Child Health Nursing Research*, vol.5, no.3, p.292-304.
- PARK J.-H. 2009. « Discourse on the Generational Labels and Generational Conflicts in Korea », *Economy and Society*, no.81, p.10-34.
- PARK J.-H. 2017. *The intergenerational gap, theories of conflict and reality*, Kyoungnam, Press of University Kyoungsang, p.64-87.
- PARK J.-J. 2010. « The comparison of Confucius' ideas of filial piety with Aristotle's », *Studies in Confucianism*, vol.22, p.131-163.
- PARK K.-J. 2007. « Family Ideology of East Asian Countries and the Social Policies for the Low Fertility-Aged Society in Korea », *Journal of Japanology*, vol.26, p.121-148.
- PARK K.-K. 2016. « A Study on the Satisfaction of Home Visiting Care Service Users », *Korea Academy of Social Work Practice and Research*, vol.7, no.1, p. 154-186.
- PARK S.-J., PARK S.-S. and KIM Y.-J. 2015. « The Effects of Geriatric Nursing Education for Nursing Students' Attitude, Perception toward Dementia and Dementia Policy », *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, vol.16, no.7, p.4467-4477.
- PARK Y. J., SONG I. U. 2008. « The analysis on the causal model the burden of family conflict, family support and caregiving burden », *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*, no.39, p.53-77.
- PARK Y. S., KIM U., SHIN Y. 2009. « Filial Behavior, Expression and its Importance as Perceived by Parents of High School Students: An Indigenous Psychological Analysis », *The Korean Journal of the Human Development*, vol. 16, no 2, p. 109-141.
- PUGAE. 1675. *Gyuwon Sahwa*. Archives nationales.

R

- RYU I. L. 2016. « The characteristics of Care Work by In-home Long-term Care Workers », *Journal of Korean women's studies*, vol.32, no.3, p.101-138.
- RYU I. L. 2017. « The Role and Occupational Status of Institutionalized Care Workers : Focused on In-home Long-term Care Workers », *Journal of Korean women's studies* vol.17, no.2, p.189-231.

S

- SEO S. 2015. « A Study on Rhetoric difference in discourse between mother-in-law and daughter-in-law By the analysis of speech-acts found in TV program », *Korean Journal of Rhetoric*, no.23, p.177-201.
- SEO Y.-J. 2019. « Aspects of Emotional Customs by the N-po Generation », *Journal of Popular Narrative*, vol.25, no.1, p.55-85.
- SEOK J. E. 2017. « A Study on Rationalization of Regulation for Strengthening the Publicness of Long-term Care Services », *Health and Social Welfare Review*, vol.37, no.2, p.423-451.
- SEONG K.-T. 2005. *Modern Korean filial piety*, Paju, Jipmoon,
- SEONG K.-T. 2010. *Filial piety of Koreans, Expressions in modern times*, vol.1, Paju, Idam Books.
- SEONG S.-J. 1998. « The entrance of familism Discourse and The Crisis of Sex-identity in IMF Stage », *Journals of Women's Studies*, vol.8, no.1, p.75-91.
- SEOH Y.-H. and KIM M.-W. 2010. « A Study on the Improvement of Visiting Care with the Introduction

- of the Elderly Long term Care Insurance System », *Korean Journal of 21 Century Social Welfare*, vol.7, no.2, p.213-239.
- SEOK J.-E., YU E.-J. 2007. « Income support and care for the elderly: The balancing of family obligation and state responsibility », *Korean society of family law*, Vol.21, n°1, p.31-56.
- SEOMUN J., JUNG Y.-J. 2011. « A Qualitative Study on Caregivers' Burden Experiences for the Long-term Care Qualified Elderly », *Journal of Social Science*, vol.22, no.4, p.3-30.
- SHIN H.-N. 2011. *A Study on the Elderly Perception of Korean and Japanese University Students*, Dissertation for Master in Department of Oriental Language and Literature, University of Kyonghee.
- SHIN K.-A. 2013. « Marketized Individualization and Welfare Needs », *Economy and Society*, vol. 98, p.266-303.
- SHIN Y.-J. 2008. « An analysis of the Effect of Burden of Childcare and Education on Childbirth », *Journal of Health and Social Affairs*, vol.28, no.2, p.103-134.
- SON C. S. 2013. *A Study on the Evaluation and Development Plans of the Long-Term Care Insurance System for the Elderly*, Thesis for Ph. D. in Public Administration, Hansung University, Corée.
- SON D.-K. 2012. *Loisirs et Bien-être : les personnes âgées face aux défis du vieillissement – le cas de la Corée du Sud dans une perspective comparée*, Thèse en Sociologie, Université Paris Descartes.
- SONG B. 1999. *What is Oriental Value*, Seoul, Jisik Madang.
- SUH I. S. 2000. *The Experiences of Daughters-in-Law Taking Care of their Demented Mothers-in-Law*, Thesis for Ph.D in Social Welfare, University of Ehwa. Seoul.
- SUH K. and CHUN K. 2009. « The moderate effect of social support on family caregivers' burdens and health and quality of life with demented patients ». *Korean Journal of Psychological and Social Issues*, vol.15, no.3, p.339-357.
- SUNWOO D. 2011. « Factors for selecting nursing hospitals and long-term care facilities from the perspective of users », *Policy Trend, Health Insurance Review & Assessment Service*, vol.5, no.3, p.34-42.
- SUNWOO D., JUNG S.-D., YANG C. M. 2012. *Evaluation and policy issues in Long-term care service delivery system for the elderly : centered on home care services*, report 2012-47-16, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- SUNWOO D. 2016. « Policy Issues in Elderly Health and Long-term Care Policy », *Issues and Focus*, Korea Institute Health and Social Affairs, no.239, p.34-48.
- SUNWOO D., KANG E.N., HWANG J.H., LEE Y. K., KIM H.S., CHOI I. D., HAN E. J., NAM H. J., SEO D. M., LEE S. H. 2016. *Performance Evaluation and Improvement on Long-Term Care Insurance*, Report, Korea Institute for Health and Social Affairs.

U

- UM K.-W. 2011. « Study on Problems and Improvement of the training and certification system of the care worker », *Journal of Regional Studies and Development*, vol.10, no.2, p.87-112.
- UM K.-W. 2017. *A Study on the effectiveness and development plan of long-term care institutions for dementia*, National Health Insurance Corporation.

V

- VISALBOTH P. 2017. *The reproduced society emagination of dementia in drama – Drama « A Thousand Days' Promise » and « Memory » foces -*, Dissertation of Master, Department of Korean Studies, Yonsei University, Corée du Sud.

W

- WON S.-Y. 2014. « Changes in Gender Rôle Stereotypes and their Implications for Women's Policy : Focusing on Perceptual Differences between 1996 and 2010 », *Journal of Governmental Studies*, vol.20, no.3, p.141-171.

Y

- YANG N. J. 2013. « A Study on the emergence of family-care worker: Why families choose to be care worker in Korea? », *Korea Social Policy Review*, vol.20, no.2, p.97-129.
- YANG N. J. 2014. « A Study on Differences and Institutional Isomorphism Between Non-profit and For-

- profit Nursing Home in Korea », *Journal of Korean social welfare administration*, vol.16, no.1, p.179-207.
- YANG N. J. and CHOI I. H. 2013. « The Impact of the Korean Long-Term Care Insurance System on its Family Caregivers: Focusing on Family Caregiving Arrangement », *Korean Journal of Social Welfare Studies*, vol. 44, no.3, p.31-56.
- YANG O. K. 2000. « Study on Caregiving of Dependent Elderly », *Ewha Journal of Social Sciences*, no.5, p.167-190.
- YEO Y.-J., KIM M.-G., KIM S.-K., GOO I.-H., OH J.-H., SONG C.-H. 2009. *A Study on the Improvement Plan of the Standards for Persons obligated to Support the National Basic Livelihood Security System*, Policy Report, Ministry of health and welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- YIM K. S. and LEE T. Y. 2004. « Sociodemographic Factors Associated with Nutrients intake of Elderly in Korea », *Korean Journal of Nutrition*, vol.37, no.3, p.210-222.
- YOO G. S. 2006. « Changing view on family diversity in urban Korea », *Journal of Comparative family studies*, vol.37, no.1, p.59-74.
- YOO H. H. 2015. « A Review of Theoretical Approach in Korean family studies : compressed modernity vs. compressed individualization », *The Journal of Asian Women*, vol.54, no.2, p.173-207.
- YOO J., BAE H., LEE Y., LIM J., KIM S., JUNG K., LEE S. 2018. *Public Policy for the Older Adults with Dementia and Their Caregivers*, Korea Institute for Health and Social Affairs, Research Report 2018-15.
- YOO J. H. 2014. « Improving Financial Management Policy Options of the Long-term Care Insurance Beneficiary », *Social Enterprise & Policy Studies*, vol.4, no.1, p.69-103.
- YOO J. H. and CHO R. M. 2016. « A Study on Trust, Conflict and Types of Welfare Consciousness among Korean 20s and 30s: Using Latent Class Analysis and Logistic Regression », *Korean Society and Public Administration*, vol.27, no.1, p.171-207.
- YOO. S.-M. 2014, *My Modern History of Korea 1959-2014 for 55 years*, Paju, Dolbaegae.
- YOON H. S. and SOK S. H. 2016. « Adaptation Process to Group Home Living by Older Adults », *Korean Society of Nursing Science*, vol.46, no.6, p.858-870.
- YUN H. 2019. *The effect of Long-term Care Insurance on the family caregiver burden and quality of life*, Dissertation for Master in Health Policy and Management, Hanyang University. South Korea.
- YUN M.-S. and MOON J.-Y. 2020. *Problem of institutions for formation home helper and development*, Politics Report, The Seoul Institute, vol.295, p.1-20.

- LES AUTRES –

- RESSOURCES DE MÉDIAS –

- BLOG « LA TOUPIE » : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Inegalite.htm> (consulté le 01. 02. 2019)
- BLOG « NAVER » :
<https://m.blog.naver.com/PostView.nhn?blogId=yesworker&logNo=220822763287&proxyReferer=https%3A%2F%2Fwww.google.fr%2F> (consulté le 05. 05. 2020)
- BLOG « NAVER » :
<https://m.post.naver.com/viewer/postView.nhn?volumeNo=10444104&memberNo=15460571> (consulté le 15. 08. 2019)
- DICTIONNAIRE LATIN FRANÇAIS <http://www.dicolatin.com/FR/LAK/0/DEMENS/index.htm>
- DICTIONNAIRE « NAVER » : <https://ko.dict.naver.com/>
- ENCYCLOPEDIA OF KOREAN CULTURE :
http://encykorea.aks.ac.kr/Contents/Index?contents_id=E0043931
- FORUM « AZOOMMA.COM » : <http://today.azoomma.com/survey/view/136> (consulté le 15. 08. 2019)
- FORUM « BE MINOR », le 17. 01. 2018 : <http://bemminor.com/detail.php?number=11784> (consulté le 05. 09. 2019)
- FORUM « JOBKOREA », Le 18. 06. 2019 :
https://m.jobkorea.co.kr/GoodJob/Tip/View?News_No=15640&schCtgr=0&TS_XML= (consulté le 15. 10. 2019)

JOURNAL QUOTIDIEN « CHOSUN », le 17. 02. 1999 :
<https://m.chosun.com/svc/article.html?sname=news&contid=1999021770157#Redyho> (consulté le 12. 11. 2019)

JOURNAL QUOTIDIEN « CHOSUN », le 04. 05. 2017 :
https://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2017/05/04/2017050401029.html (consulté le 02.03.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « CHOSUN », le 29 juin 2017 :
https://news.chosun.com/site/data/html_dir/2017/06/29/2017062900086.html(consulté le 01.04.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « CHOSUN », le 19. 01. 2018 :
http://pub.chosun.com/client/news/viw.asp?cate=C01&mcate=M1003&nNewsNumb=20180127642&nid_x=27643 (consulté le 07.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « DONG-A », le 15, 02, 2007 :
<http://www.donga.com/news/article/all/20070215/8407797/1> (consulté le 12.03.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « DONG-A », 04. 01. 2017 :
<http://www.donga.com/news/article/all/20170104/82168219/1> (consulté le 15.03.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « DONG-A », le 20. 03. 2017 :
<http://news.donga.com/3/all/20170320/83400205/1> (consulté le 04.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « HANKOOK », le 25. 02.2017 :
<http://www.hankookilbo.com/News/Read/201702250469771811> (consulté le 19.03.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « HANKOOK », le 24. 01. 2019 :
<https://www.hankookilbo.com/News/Read/201901231371733077> (consulté le 15. 05. 2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « HANKYOUNG », le 25. 03.2000 :
<https://www.hankyung.com/society/article/2000032471371> (consulté le 17. 03. 2020)

JOURNAL DE QUOTIDIEN « KUKMIN », le 22. 05. 2015 :
<http://m.kmib.co.kr/view.asp?arcid=0009469094> (consulté le 07.01.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « KYOUNGHYANG » le 06. 05. 2019.
http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201905060912001&code=940100 (consulté le 11.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « LA CROIX », le 30. 06. 2010 :
<https://www.la-croix.com/Actualite/Monde/L-enfance-sacrifiee-des-ecoliers-sud-coreens- NG -2010-06-30-553673> (consulté le 14.03.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « SEGYE », le 01.01.2019 :
<https://www.segye.com/newsView/20181231003302> (consulté le 14.01.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « SEGYE », le 02. 10. 2018.
<https://www.segye.com/newsView/20181002001489> (consulté le 14.01.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « SEGYE », le 03 août 2019 :
<http://www.segye.com/newsView/20190803502787?OutUrl=naver> (consulté le 14.01.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN « SEOUL » le 03. 09. 2018.
<https://www.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20180903005004> (consulté le 11.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « DAILY MEDIPHARM », le 06. 11. 2012.
<http://www.dailymedipharm.com/news/articleView.html?idxno=6567> (consulté le 01.05.2017)

JOURNAL QUOTIDIEN ÉLECTRONIQUE « DEMENTIA NEWS », le 09. 04. 2018 :
<https://www.dementianews.co.kr/?p=6177> (consulté le 04.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « DEMENTIA NEWS », le 19. 03. 2019 :
<https://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=1574> (consulté le 04.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « DEMENTIA NEWS », le 22. 08. 2019 :
<https://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=2077> (consulté le 04.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « DEMENTIA NEWS », le 25. 11. 2019 :
<https://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=2286> (consulté le 04.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « HYUNDAE NEWS », le 30. 04. 2013 :
<http://m.hyundaenews.com/5778> (consulté le 05.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « MONTHLY PEOPLE », le 19. 02. 2018 :
<http://www.monthlypeople.com/news/articleView.html?idxno=12129> (consulté le 07.05.2020)

JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « MSN », le 25. 10. 2018 :
<https://www.msn.com/ko-kr/news/national/%EC%95%88-%EB%8A%99%EB%8A%94->

[%EC%82%AC%EB%9E%8C-%EC%9E%88%EB%82%98%EC%9A%94-%E2%80%98%EB%85%B8%EC%9D%B8%EC%B6%A9%E2%80%99-%E2%80%98%ED%8B%80%EB%94%B1%EC%B6%A9%E2%80%99-%EB%85%B8%EC%9D%B8-%ED%98%90%EC%98%A4-%EC%8B%AC%EA%B0%81/ar-BBOR9IE](#) (consulté le 01.03.2019)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « OH MY NEWS », le 01. 10. 2017
http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002361622
 (consulté le 01.08.2019)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « OH MY NEWS », le 07. 10. 2017 :
http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002365929
 (consulté le 09.05.2019)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « OH MY NEWS », le 31. 10. 2018 :
http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0002482984
 (consulté le 09.05.2019)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « PRESSIAN », le 16. 05.2002 :
<http://www.pressian.com/news/article?no=22937> (consulté le 12.10.2019)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « PRESSIAN », le 20. 05. 2019 :
http://pressian.com/m/m_article/?no=241562#08gq (consulté le 05.01.2020)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « SLATE », le 05. 03. 2018 :
<http://www.slate.fr/story/158473/boom-exorcistes-independants-france> (consulté le 09.11.2019)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « WOMAN ECONOMY », le 21. 12. 2018 :
<http://www.womaneconomy.kr/news/articleView.html?idxno=70771> (consulté le 17.03.2020)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « YONHAP », le 17.03.2014 :
<http://www.ymnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=286> (consulté le 03.09.2019)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « YONHAP », le 07. 06. 2019 :
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20190607077800055> (consulté le 17.05.2020)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « YOYANG NEWS », le 07. 06. 2017 :
<http://www.yoyangnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=105> (consulté le 17.05.2020)
 JOURNAL QUOTIDIEN ELECTRONIQUE « YOYANG NEWS ». le 24 10. 2017 :
<http://www.yoyangnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=663> (consulté le 18.05.2020)
 MAGAZINE « DAEHAK NAEIL », le 25.05.2017 : <https://www.20slab.org/archives/21715>
 (consulté le 06.05.2018)
 MAGAZINE « LE POINT », le 29. 10. 2015 : https://www.lepoint.fr/societe/au-xxie-siecle-la-belle-mere-est-toujours-caricaturee-29-10-2015-1977763_23.php (consulté le 06.08.2019)

- RESSOURCES ELECTRONIQUES DES INSTITUTIONS -

CENTRE COREEN D'AIDE JURIDIQUE POUR LES RELATIONS FAMILIALES :
http://lawhome.or.kr/webbook/2018_counselstatic/index.html#page=1 (consulté le 06.11.2019)
 COFACE-HANDICAP, *CHARTRE EUROPEENNE DE L'AIDANT FAMILIAL*. http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2019/03/COFACE-disability_FR_final-1.pdf (consulté le 06.05.2020)
 INSTITUTE HANKOOK RESEARCH: <https://hrcopinion.co.kr/archives/12084> (consulté le 07.01.2020)
 KOREAN LÉGISLATION: <http://www.law.go.kr/>
 KOREAN WOMEN'S DEVELOPMENT INSTITUTE :
<https://www.kwdi.re.kr/publications/journalView.do?p=46&idx=116327> (consulté le 09.08.2019)
 KOSIS (Korean Statistical Information Service) :
https://kosis.kr/common/meta_onedepth.jsp?vwcd=MT_OTITLE&listid=117_11702&conn_path=H2
 (consulté le 11.01.2019)
 LONG TERM CARE INSURANCE <http://www.longtermcare.or.kr/>
 MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE :
https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06320102&PAGE=2&topTitle= (consulté le 05.03.2020)
 MINISTRY OF GENDER EQUALITY AND FAMILY, Le 30. 06. 2016 :
<http://www.korea.kr/policy/pressReleaseView.do?newsId=156139561> (consulté le 10.07.2019)
 NATIONAL ARCHIVES OF KOREA : <http://theme.archives.go.kr/next/koreaOfRecord/abolishPatri.do>

(consulté le 07.09.2019)

NATIONAL ARCHIVES OF KOREA : <https://theme.archives.go.kr//next/populationPolicy/issue02.do>

(consulté le 07.09.2019)

NATIONAL PENSION STATISTICS FACTS : <https://www.data.go.kr/dataset/15005662/fileData.do>

(consulté le 27. 02. 2015)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) :

http://www.who.int/whr/1997/media_centre/en/whr97_press_release_fr.pdf (consulté le 15. 05. 2020)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) :

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (consulté le 10. 05. 2019)

SERVICE DE LA PENSION BASIQUE DE VIEILLESSE : http://bop.mw.go.kr/Nfront_main/index.jsp

(consulté le 25. 11. 2019)

SEOUL WELFARE FOUNDATION : <http://welfare.seoul.go.kr/archives/50506> (consulté le 20. 05. 2020)

LISTE DES FIGURE, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Figure 1. Cinq dimensions de la modernité comprimée	66
Graphique 1. Espérance de vie à la naissance, 1970 et 2017	99
Graphique 2. Espérance de vie à la naissance par sexe, 2017	99
Graphique 3. Nombre de bénéficiaires et coût de prestations selon catégorie	325
Tableau 1. Catégories de l'analyse.....	35
Tableau 2. Nombre de personnes de l'exode rural par période entre 1960-1980	69
Tableau 3. Evolution du PIB par habitant	69
Tableau 4. Critères pour définir l'âge de la personne âgée	112
Tableau 5. Représentations de la vieillesse ou des personnes âgées coréennes	119

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

GLOSSAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
La famille en première ligne pour la prise en charge d'un proche âgé dépendant	2
La prise en soin comme travail du sens	5
A. Notions Préalables	9
1. Prise en soin	9
2. Aidante principale	12
3. Proche âgé dépendant	15
B. Cadre théorique : Les représentations sociales et l'acteur dans ses rôles	17
1. Le rôle d'aidante principale dominé par les représentations sociales	18
2. L'acteur dans son rôle d'aidante principale maintenu à titre d'épreuve-défi	22
C. Enquête empirique	27
1. Échantillonnage de trois corpus	27
1.1. <i>Enquête principale : aidantes principales</i>	27
1.2. <i>Enquêtes secondaires</i>	29
1.2.1. Jeunes adultes	29
1.2.2. Professionnels	30
2. Entretien semi-directif et ethnographique	30
3. Entretien entre distance et proximité dans l'approche	32
4. Analyse qualitative et compréhensive des discours	34
Plan	36
PARTIE I. DESIGNATION DES AIDANTES PRINCIPALES DANS LA SOCIETE COREENNE ENTRE LA TRADITION ET LA MODERNITE	38
CHAPITRE 1. FAMILIALISME TRADITIONNEL COREEN	39
A. « <i>Hyo</i> » comme règle sociale pour garantir la prise en charge des parents âgés par leur enfant	40
1. Origine du <i>hyo</i> coréen et son développement	40
2. Éthique du <i>hyo</i>	42
2.1. <i>Honorer ses parents</i>	44
2.2. <i>Cohabitation et prise en charge instrumentale, matérielle et émotionnelle</i>	

<i>d'un parent âgé</i>	45
2.3. <i>Hyo comme rites après le décès d'un parent</i>	47
3. <i>Hyo en tant que don, réciprocité et dette</i>	47
B. Familialisme coréen sous l'influence confucéenne	52
1. <i>Famille patrilinéaire coréenne et rites</i>	52
2. <i>Statut des membres de la famille patriarcale</i>	54
3. <i>Statut et rôles des femmes</i>	56
4. <i>Code civil qui a légitimé la famille patriarcale et la discrimination des filles</i>	60
C. Modernisation accompagnée du familialisme	64
1. <i>Individualisation sans individualisme</i>	64
2. <i>Déploiement du familialisme dans la modernisation</i>	68
2.1. <i>Familialisme contribuant à l'industrialisation coréenne</i>	68
2.2. <i>Familialisme déployé face à la crise du FMI et remise en cause du modèle</i> <i>Patriarcal</i>	71
3. <i>« Familialisme institutionnalisé »</i>	74
 CHAPITRE 2. CHANGEMENT DE STRUCTURE ET VALEURS DE LA FAMILLE	 78
A. Formes de ménage de plus en plus réduites et variées	78
1. <i>Réduction de la taille du ménage domestique</i>	78
2. <i>Famille en habitation séparée comme nouveau type de famille nucléaire</i>	79
3. <i>Ménage sans lien du sang</i>	80
4. <i>Augmentation de la population célibataire</i>	81
B. Affection comme valeur principale de la famille aujourd'hui	82
1. <i>Famille affective plutôt que famille normative</i>	82
2. <i>Augmentation du divorce et du remariage : l'affection comme valeur cruciale</i> <i>entre les couples</i>	83
3. <i>Familialisme axé sur les enfants</i>	86
3.1. <i>Phénomène du zèle pour l'éducation</i>	87
3.2. <i>Dépendance financière des jeunes adultes à leurs parents</i>	88
3.3. <i>Aide des parents âgés dans la garde de leurs petits-enfants</i>	90
C. Évolution de l'opinion sur le rôle selon le sexe : deux visages des femmes aujourd'hui	91
1. <i>« Individualisation évasive au risque »</i>	91
2. <i>Augmentation de l'activité professionnelle des femmes</i>	94
3. <i>Limite : le travail domestique toujours réservé aux femmes</i>	96

CHAPITRE 3. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION COREENNE ET REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA VIEILLESSE98

A. Survenue de la société vieillissante98

1. Allongement de l'espérance de vie à la naissance98
2. Chute du taux de fécondité et intervention politique100
3. Vieillissement démographique102

B. Hausse de la dépendance des personnes âgées102

1. Augmentation de la prévalence de la maladie liée au vieillissement102
2. Diminution de la population active103
3. Personnes âgées coréennes les plus pauvres des pays de l'OCDE104

C. Représentations sociales de la vieillesse108

1. Changement des représentations de la vieillesse et des personnes âgées108
 - 1.1. *Ambiguïté des définitions : vieillesse et personne âgée*108
 - 1.2. *Représentations sociales de la vieillesse et des personnes âgées*113
 - 1.3. *Particularité coréenne de la notion de « vieillissement réussi »*120
 - 1.4. *Conflits intergénérationnels et société de « hyum-lo »*127
 - 1.5. *Peur de la maladie d'Alzheimer*137
2. Changement d'attitude à l'égard de la prise en charge d'un parent âgé142
 - 2.1. *Évolution du concret du « hyo » et intention de prendre en charge les parents*142
 - 2.2. *Responsabilité de la prise en charge des parents âgés entre la famille et l'État*146

CHAPITRE 4. BELLES-FILLES ET FILLES COMME AIDANTES PRINCIPALES DANS LA SOCIETE ENTRE LA TRADITION ET LA MODERNITE.. 149

A. Belles-filles : injonction sociale traditionnelle150

1. Relation fixée par la norme sociale entre belle-mère et belle-fille150
 - 1.1. *Relations belle-fille/belle-mère*150
 - 1.2. Relations au sujet de la prise en charge de la belle-mère par sa belle-fille151
2. Déléguée du hyo pour la prise en charge de sa belle-mère.....156
 - 2.1. *Mari fils aîné ou fils unique*156
 - 2.2. *Mari fils électif et cohabitation*158
 - 2.3. *Mari hyoza*160
3. Disposition du choix des belles-filles à l'égard de la prise en soin164
 - 3.1. *Besoin d'accord de l'épouse pour la prise en charge de la mère de son époux*164
 - 3.2. *Cohabitation pour laisser son enfant à sa belle-mère*164

B. Fille : injonction sociale moderne166

1. Relation affective entre mère et fille166
2. Habitude de l'assistance à la mère dans les tâches domestiques168

3. Expérience de soins	172
4. Célibataires, faibles ressources et héritage	173
5. Dernier recours pour la garde de la mère	177
6. « Proche généralisé » : le cas de ^{Mme} Hyosun et ^{Mme} Bokysun	181

**PARTIE II. PRISE EN SOIN D'UN PROCHE AGE DEPENDANT ENTRE
EQUILIBRE ET DESEQUILIBRE 185**

CHAPITRE 1. AUTOUR DES AIDES PRATIQUES185

A. Autour de l'aide au repas187

1. Nutrition comme soin fondamental qui n'est pas à « faire faire »	188
2. Obligation ennuyeuse de la préparation des repas	190
3. Difficulté pour faire bien manger	193
4. Efficacité des soins familiaux	195

B. Autour des soins corporels197

1. Odeurs des proches âgés dépendants	197
1.1. <i>Dégoût à l'égard des odeurs</i>	199
1.2. <i>Facteur qui incite au placement en établissement</i>	201
1.3. <i>Rôle de l'affection dans l'acceptation des odeurs</i>	202
2. Soins d'hygiène intime « faire ou faire faire » ?	204
2.1. <i>Tâche réservée aux aidantes principales</i>	204
2.2. <i>Difficultés des soins intimes</i>	206
2.3. <i>Expériences à l'égard des soins intimes des proches âgés ayant le sexe différent</i>	206

C. Mobilité207

1. Difficultés pour se débrouiller seule	208
2. Intervention des aides	211

D. Financement212

1. Absence d'aide de la part des membres de la famille	213
2. Répartition financière entre les membres de la famille dans une certaine limite.....	215

CHAPITRE 2. DESEQUILIBRE INDIVIDUEL218

A. Vivre la vie pour autrui220

1. Disparition de la vie personnelle	221
1.1. <i>« Je souhaiterais pouvoir me dédoubler »</i>	221
1.2. <i>« Ma vie personnelle a disparu »</i>	222
1.3. <i>« Je me renferme sur moi »</i>	223

2. Une malade prend soin d'une autre malade	225
2.1. « D'abord la santé de ma mère plutôt que la mienne »	225
2.2. Une nouvelle maladie occasionnée par les soins	227
B. Entre équilibre et déséquilibre dans l'identité	228
1. À la recherche de la « coulisse »	228
1.1. Besoin de « ma coulisse »	229
1.1.1. Larmes	229
1.1.2. Activités	229
1.1.3. Dépendance aux pulsions	230
1.1.4. Travail	231
1.2. Impossible d'avoir aucune « coulisse »	232
1.3. Besoin de « coulisse significative »	232
2. À la recherche des « soi possibles »	235
2.1. <i>Amor fati</i>	237
2.2. <i>Moyen alternatif</i>	240
2.3. <i>Effort de concilier son petit cinéma et sa réalité</i>	242
3. À la recherche de la reconnaissance	245
3.1. « <i>Personne ne reconnaît mes efforts</i> »	246
3.2. <i>Ambivalence de reconnaissance</i>	248
4. À la recherche de la gloire de Dieu	251
4.1. <i>Un péché le matin et une pénitence le soir</i>	252
4.2. <i>Responsabilité face à la vie d'ici bas</i>	254
4.3. <i>Agapè, tout est grâce de Dieu</i>	255

CHAPITRE 3. VIVRE AVEC SON PROCHE AGE DEPENDANT COMME ALTER EGO

257

A. Incompréhension des aidantes principales à l'égard de leurs proches âgés et stratégies	259
1. Comportements liés au vieillissement et troubles comportementaux	259
1.1. <i>Comportements incompréhensibles</i>	259
1.2. <i>Ambiances léthargiques</i>	260
1.3. <i>Soins aux malades mentaux VS soins aux malades physiques</i>	261
2. Stratégies face aux comportements incompréhensibles	262
2.1. <i>Tendresse</i>	262
2.2. <i>Humour</i>	263
2.3. <i>Accoutumance</i>	264
2.4. <i>Coping actif</i>	264
2.5. <i>Évitement</i>	266
2.6. <i>Prière voire exorcisme</i>	266

2. Finances	318
3. Attribution du droit à l'ASLD	320
3.1. <i>Questions sur la décision d'attribution des catégories de l'ASLD</i>	321
3.2. <i>Inconvénients dans le processus administratif</i>	325
3.3. <i>Quelques enjeux autour de l'absence de « care manager »</i>	326
3.4. <i>Reste à charge qui pèse lourd</i>	330
B. Prestations de l'ASLD	333
1. Prestations à domicile	333
1.1. <i>Service d'aide à domicile</i>	333
1.1.1. <i>Insuffisance du nombre d'heures d'intervention de l'aide à domicile</i>	334
1.1.2. <i>Remise en question de la qualité de service des aides-soignantes</i>	336
a. <i>Sans limite d'âge</i>	336
b. <i>Manque de professionnalisme</i>	340
1.2. <i>Service du bain à domicile : Insuffisance du nombre d'interventions</i>	346
1.3. <i>Soins infirmiers à domicile : Nécessité de les promouvoir</i>	346
1.4. <i>Service de Centre d'Accueil de Jour et de Nuit (CAJN)</i>	348
1.4.1. <i>Liste d'attente faute de nombre suffisant</i>	349
1.4.2. <i>Critères stricts pour admettre la personne</i>	350
1.4.3. <i>Restriction du choix des services</i>	350
1.4.4. <i>Fermeture le week-end</i>	351
1.5. <i>Service d'établissement de court séjour (ECS) : Trop peu d'institutions pour assurer le repos des aidantes principales</i>	352
1.6. <i>Achat ou emprunt de matériels techniques facilitant les soins : Liste d'équipements inappropriés</i>	355
2. Prestations en établissement	356
2.1. <i>Restriction du droit de choisir d'entrer en établissement</i>	357
2.2. <i>Mauvaise qualité des soins</i>	360
2.2.1. <i>Refus d'accueil des malades d'Alzheimer et passivité à l'égard de l'amélioration de la qualité de service</i>	360
2.2.2. <i>Maltraitance et services insincères</i>	363
3. Prestations particulières en espèces	367
3.1. <i>Montant très bas</i>	367
3.2. <i>Inégalité de la distribution des services de l'ASLD selon les régions</i>	368
4. Prestations officieuses : aide-soignante familiale (ASF)	369
CHAPITRE 2. CHERCHER L'EQUILIBRE EN AYANT (OU NON) RECOURS A L'AIDE PUBLIQUE	373
A. Apports bénéfiques des services de l'ASLD	373
1. Allègement du fardeau physique	374
2. Offre de temps libre et de défolement	375

3. Aide à la concentration dans le travail	376
4. Satisfaction des proches âgés	377
5. Contribution à la relation entre l'aidante principale et son proche âgé	378
B. Opinions sur le recours à l'établissement d'hébergement de soins de longue durée	379
1. Représentations des établissements dans l'esprit des aidantes principales	379
2. Peur de l'établissement éprouvée par les proches âgés dépendants	381
3. Intentions des aidantes principales pour le placement en établissement	384
3.1. « <i>Je m'en occuperai jusqu'au bout</i> »	384
3.2. « <i>Ça dépend du contexte</i> »	387
3.3. <i>Hésitation</i>	389
C. « Choix » de devenir aides-soignantes familiales	390
1. Informées par l'entourage	390
2. Raison financière	391
3. Réticence des aidantes principales à l'intervention d'aides-soignantes	393
4. Préparation de la prise en soin future de leurs proches âgés	394
5. Préparation pour une activité professionnelle sur le long terme	395
6. Continuum de la même catégorie professionnelle	397
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	398
BIBLIOGRAPHIE	411
LISTE DES FIGURES, SCHÉMAS ET TABLEAUX	442
TABLE DES MATIÈRES	443
RÉSUMÉ	451

RÉSUMÉ

L'objectif de cette thèse est d'appréhender, en Corée du Sud, avec un regard sociologique, les expériences des aidantes principales (les filles et les belles-filles) sur la prise en soin de leurs mères ou belles-mères âgées dépendantes, avec lesquelles elles sont amenées à cohabiter, et de comprendre ce qui les conduit à assumer ce rôle d'aidante principale jusqu'à la fin. A partir d'entretiens qualitatifs selon trois corpus – les aidantes principales, les jeunes adultes, les professionnels-, et en s'appuyant sur les théories des représentations sociales et de l'acteur dans ses rôles, la thèse montre que des injonctions pèsent sur les filles ou les belles-filles, qui sont désignées ou qui s'auto-désignent comme aidante principale. Ces injonctions sont analysées au travers de la socialisation des genres, sous l'influence du confucianisme et la pratique du *hyo* dans la culture coréenne du familialisme. En ce qui concerne les expériences des aidantes principales, quatre registres –registre de l'aide pratique, registre individuel, registre relationnel et registre politique- ont été examinés. Pour faire face aux nombreuses épreuves rencontrées, des stratégies sont mises en place par les aidantes, qui mobilisent des ressources déjà existantes et/ou des ressources incarnées par l'interaction. Dans le contexte où l'Assurance de Soins de Longue Durée (ASLD) porte de nombreuses lacunes du fait de sa mise en place tardive et de la culture du familialisme, le « métier » d'aide-soignante familiale, prestation officieuse de l'ASLD, se révèle être une alternative convenable dans les situations contraintes des aidantes principales, forcées de prendre soin de leurs proches âgés au détriment de leur activité professionnelle et de leur vie personnelle.

Mots-clés : prise en soin, *care*, aidantes principales, proches âgés dépendants, relations mères-filles, belles-mères-belles-filles, cohabitation, familialisme, *hyo*, piété filiale, confucianisme, assurance de soins de longue durée, aides-soignantes familiales, représentations sociales, épreuves, stratégies, Corée du Sud.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to understand, in South Korea, with a sociological perspective, the experiences of primary caregivers (daughters and daughters-in-law) on the care of their dependent elderly mothers or mothers-in-law, with who they are brought to cohabit, and to understand what leads them to assume this role of primary caregiver until the end. From qualitative interviews according to three populations - primary caregivers, young adults, professionals -, and based on the theories of social representations and of the actor in his roles, the thesis shows that injunctions weigh on daughters or daughters-in-law, who are designated or self-designate as primary caregivers. These injunctions are analyzed through gender socialization, influenced by Confucianism and the practice of *hyo* in Korean culture familialism. Regarding the experiences of primary caregivers, four registers - practical help register, individual register, relational register and political register - were examined. To cope with the many trials that primary caregivers encountered, strategies are put in place by them, who mobilize already existing resources and / or resources embodied by the interaction. In the context where the Long Term Care Insurance (LTCI) has many shortcomings due to its late establishment and the familialism culture, the "job" of family caregiver, unofficial service of the LTCI, proves to be a suitable alternative in the constrained situations of primary caregivers, forced to take care of their elderly relatives to the detriment of their professional activity and their personal life.

Keywords : caring, care, primary caregivers, dependent elderly relatives, mothers-daughters, mothers-in-law-daughters-in-law, cohabitation, familialism, *hyo*, filial piety, Confucianism, long-term care insurance, caregivers family, social representations, trials, challenge, South Korea



Université Paris-Est Créteil Val de Marne | Université Paris-Est (ComUE)

École Doctorale Cultures et Sociétés

Département Sciences Humaines et Humanités

Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche sur les Transformations des Pratiques Éducatives et des Pratiques Sociales (LIRTES) – EA 7313

Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université Paris-Est Créteil

En Sciences Sociales

FEMMES, EN CORÉE DU SUD, PRENANT EN SOIN,
À DOMICILE, LEUR MÈRE – ou BELLE-MÈRE –
ÂGÉE DÉPENDANTE.
INJONCTIONS CULTURELLES, ÉPREUVES ET STRATÉGIES

ANNEXES

Thèse présentée et soutenue publiquement par

Yoonji OH

À Créteil le 02 avril 2021

Sous la direction de **Jacqueline TRINCAZ**, Professeure de Sociologie,

Université Paris-Est Créteil

Composition du Jury :

Dominique **ARGOUD**, Maître de Conférences, Université Paris-Est Créteil

Benoît **FROMAGE**, Professeur, Université d'Angers

Catherine **GUCHER**, Maîtresse de Conférences, HDR, Université de Grenoble-Alpes – *Rapporteuse*

Natalie **RIGAUX**, Professeure, Université de Namur – *Rapporteuse*

Jacqueline **TRINCAZ**, Professeure émérite, Université Paris-Est Créteil – *Directr*

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1. GUIDES D'ENTRETIEN.....	1
A. Aidantes principales	1
B. Jeunes adultes	2
C. Professionnels	2
ANNEXE 2. CORPUS DE L'ENQUÊTE ET INFORMATIONS	3
A. Corpus principal – Aidantes principales	3
1. Échantillonnage en Boule de neige	3
2. Description résumée de la situation des aidantes principales	5
3. Informations sur les situations d'aidantes principales	13
B. Corpus secondaires – jeunes adultes et professionnels	18
1. Jeunes adultes	18
2. Professionnels	19
ANNEXE 3. LIMITES DE L'ENQUÊTE	22
ANNEXE 4. FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX	24
A. Figures	24
B. Graphiques	24
C. Tableaux	33
ANNEXE 5. HISTORIQUE DE LA LOI DE PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES JUSQU'À L'ASSURANCE DE SOINS DE LONGUE DUREE	51
A. Établissement de la Loi de la Protection Sociale en faveur des Personnes Âgées	51
B. Les années 1980 : Intromission des Services de la Protection Sociale des Personnes Âgées vivant à domicile	55
1. Service d'Envoi d'un Bénévole à Domicile (SEBD)	55
2. Service d'Accueil de Jour	57
3. Service de Court Séjour	58
C. Les années 1990 : Développement du Service de l'Envoi de Bénévole à Domicile	58
D. Les années 2000 : Mise en place de l'Assurance de Soins de Longue Durée	62
ANNEXE 6. POLITIQUES POUR LUTTER CONTRE LA DEMENCE	69
BIBLIOGRAPHIE	74
LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX	76

ANNEXE 1. GUIDES D'ENTRETIEN

A. Aidantes principales

1. Questions générales au début d'un entretien

- Âge, métier, enfants, fratrie (de son conjoint en cas de belle-fille), religion, niveau de revenus du ménage, proche âgée (lien, âge, nom de maladie, niveau de l'ASLD, durée de la maladie, durée de la cohabitation)

2. Désignation pour le rôle d'aidante principale

- Pouvez-vous raconter pour quelle raison vous avez commencé à prendre soin de votre mère ou belle-mère ?

- Quelles aides apportez-vous (avez-vous apporté) à votre mère ou belle-mère ?

3. Épreuve-défi de la prise en soin

- Avez-vous rencontré des difficultés au cours de la prise en soin de votre mère ou belle-mère (dans les tâches de soin, aux niveaux individuel et relationnel...) ?

- Comment réagissez-vous pour y faire face ?

- Dans votre famille ou parenté, quelqu'un vous aide-t-il (régulièrement ou éventuellement en cas de besoin) ?

- À quels services de l'ASLD avez-vous recours ? Cela vous aide-t-il ?

- (Au cas où la personne interrogée est l'aide-soignante familiale), qu'est-ce qui vous a amenée à devenir l'aide-soignante-familiale ? Qu'est-ce que ça vous a apporté ?

4. Répercussions de la prise en soin

- Qu'est-ce qui a changé en vous depuis que vous apportez votre aide à votre mère ou belle-mère (aux niveaux individuel et relationnel...) ? (e.g, votre santé, votre relation avec votre mère ou belle-mère, votre vie quotidienne, etc.)

- Malgré les difficultés, ressentez-vous éventuellement qu'il y a quand même des points bénéfiques à prendre soin de votre mère ou belle-mère ?

- D'après vous, comment avez-vous pu prendre soin de votre (belle-)mère jusqu'à maintenant ?

5. Représentations de l'EHPAD

- Que pensez-vous d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées ?

- Avez-vous l'intention de placer votre mère ou belle-mère en établissement ?

B. Jeunes adultes

1. Questions générales au début d'un entretien

- Âge, sexe, ville de résidence, métier, expérience à l'étranger, état civil

2. Représentations sociales de la vieillesse et des personnes âgées

- Quelle image vous arrive-t-elle quand vous pensez à une personne âgée, et pour quelle raison ?
- D'après vous qu'est-ce que la personne âgée ? à partir de quel âge ?
- Connaissez-vous une personne âgée dans votre entourage ?
- Quelle opinion avez-vous sur le bien vieillir et le mal vieillir ? D'après vous, les Coréens âgés sont-ils concernés par le bien vieillir ? Sinon, d'après vous qu'est-ce qui les empêche de bien vieillir ?
- De quelle manière, souhaiteriez-vous vieillir ?
- Qu'est-ce que signifie le *hyo* ?

3. Signification de la famille

- Qu'est-ce que la famille pour vous ? D'après vous, qu'est-ce que la famille pour les personnes âgées ?
- Qu'est-ce que le lien entre parents et enfant ?
- D'après vous, y a-t-il une distinction entre le rôle d'une femme et d'un homme pour la prise en charge d'un parent âgé ?
- Avez-vous l'intention de prendre en charge votre parent s'il en a besoin ? sous le même toit ?

4. Relations intergénérationnelles

- Vous intéressez-vous au sujet de la vieillesse ?
- D'après vous, quelle position occupent les personnes âgées dans la société coréenne ?
- Comment jugez-vous les relations intergénérationnelles ?

5. Rôle de l'État

- D'après vous, qui a la responsabilité a priori pour prendre en charge une personne âgée malade ? Quel est le rôle de l'État dans la prise en charge d'une personne âgée malade ?

C. Professionnels

Questions ouvertes autour des problèmes actuels sur l'ASLD

- D'après vous, y a-t-il des lacunes à combler dans l'ASLD ?

ANNEXE 2. CORPUS DE L'ENQUÊTE ET INFORMATIONS

A. Corpus principal – Aidantes principales

1. Échantillonnage en Boule de neige

^{Mme} Seong, amie de « ma » mère, qui a pris en charge sa belle-mère atteinte d'un AVC peu de temps après son mariage, n'a pas hésité à accepter l'entretien. C'était notre premier entretien et il s'est tenu dans un café. Nous ne l'avions jamais rencontrée avant l'entretien, mais elle s'est efforcée de nous raconter le mieux possible tous ses vécus, sans cacher quoi que ce soit sur les soins et la relation avec sa belle-mère et aussi avec sa famille. Un ami étudiant expatrié en France nous a mis en relation avec sa mère, ^{Mme} Byeon, qui prenait soin de sa belle-mère atteinte d'un AVC et cohabitait avec elle depuis son mariage. Elle n'a pas hésité à nous décrire mêmes des petits épisodes et des dialogues avec sa belle-mère. Ces deux premiers entretiens exploratoires, très enrichissants, nous ont aidées à éclairer nos idées et à conduire d'autres entretiens avec pertinence. Ensuite, ^{Mme} Byeon nous a présenté ^{Mme} Yeo, directrice d'une association d'aide à domicile, qu'elle connaît et qui a aussi pris en charge sa belle-mère dépendante pendant quatre ans jusqu'à sa mort. Nous avons mené l'entretien dans son association, puis elle nous a présenté cinq aidantes principales qui sont ses clientes de services d'aide à domicile ou/et à la fois aides-soignantes (familiales). Nous avons conduit l'entretien individuel dans le même lieu pendant trois jours (une ou deux personnes par jour). Par ailleurs, ^{Mme} Jang est la mère de notre amie Jini (qui est fonctionnaire de l'assistance sociale, et qui sera interrogée dans le cadre de l'enquête destinée aux professionnels) dont la belle-mère était atteinte d'Alzheimer et décédée depuis deux ans et demi au moment de l'entretien. ^{Mme} Jang nous a invitée chez elle en soirée après avoir fini son travail de primeur, et nous a tranquillement raconté ses histoires. Nous avons l'impression que le niveau de confiance peut influencer la qualité de l'entretien.

En hiver 2015, lors de notre deuxième déplacement en Corée, notre enquête a été consacrée aux enquêtes secondaires en direction des jeunes adultes et des professionnels. Malgré tout, nous avons profité de la visite en Corée pour poursuivre l'enquête sur les aidantes principales. En fait, nous avons voulu connaître les expériences des aidantes principales, de façon à la fois approfondie et variée. Parmi les aidantes principales interrogées en 2013, nous avons mené un entretien individuel complémentaire avec ^{Mme} Byeon et ^{Mme} Seong pour découvrir leurs évolutions par rapport à l'état de santé de leurs proches âgés, à leurs relations et aux divers épisodes survenus au cours de la prise en soin, et dans leur vie personnelle. Jusqu'alors, nous n'avions mené les entretiens qu'avec des aidantes belles-filles. Pour connaître le côté des filles, nous avons pu faire un entretien exploratoire avec ^{Mme} Geum avec laquelle ^{Mme} Byeon nous a mise en relation et dont la mère était décédée depuis deux ans. Cet entretien approfondi, où ^{Mme} Geum nous a raconté des histoires délicates, par exemple sur la question éthique, nous a permis de mieux préparer les entretiens ultérieurs.

En été 2016 lors de notre troisième déplacement, nous avons voulu consacrer notre temps aux entretiens avec les aidantes principales (belles-filles et filles). Nous avons d'abord cherché à profiter pleinement de nos réseaux de connaissances. Nous avons recontacté ^{Mme} Geum ainsi que ^{Mme} Byeon et ^{Mme} Seong pour la troisième fois, afin de découvrir quelques évolutions sur la prise en soin. Surtout nous avons découvert que la belle-mère de ^{Mme} Seong était décédée 6 mois auparavant, et celle-ci a pu nous parler de l'expérience du deuil. Puis, nous avons eu recours à nouveau à ^{Mme} Yeo par qui nous avons pu mener un entretien avec ^{Mme} Moun. Et, grâce à une aide de l'entourage, nous avons pu rencontrer ^{Mme} Souk qui est Pasteur mais qui dirige en même temps une association d'aide à domicile de petite taille. Cette dernière nous a invitée chez elle du fait que sa mère ne pouvait pas rester seule à la maison. Après avoir terminé l'entretien, elle nous a orientée vers la directrice d'une autre association d'aide à domicile. Cette dernière nous a présenté deux aidantes principales qui travaillent en même temps comme aide-soignante (familiale) (^{Mme} Seo et ^{Mme} Rye).

Par ailleurs, l'aide par amitié a été également déployée. Nous avons fait l'entretien avec ^{Mme} Kwak, mère d'une amie, qui a cohabité avec sa belle-mère depuis son mariage et était en train de prendre soin d'elle du fait de son vieillissement. Elle nous a elle-même présenté ^{Mme} Choi, directrice d'une association d'aide à domicile. Celle-ci nous a mis en relation avec ^{Mme} Oh qui est également la directrice d'une association d'aide à domicile, mais qui avait en même temps une expérience de la prise en soin de ses beaux-parents atteints de la maladie d'Alzheimer. Par une autre aide amicale, nous avons fait l'entretien avec ^{Mme} Jeon. Elle travaillait dans son restaurant en journée puis prenait soin de sa belle-mère le reste du temps. L'entretien a eu lieu dans son restaurant l'après-midi en évitant l'heure du déjeuner. Après l'entretien, elle nous a mise en relation avec ^{Mme} Boksun dont la sœur cohabite et prend soin de leur mère. Nous avons rendu visite à sa sœur ^{Mme} Hyosun en présence de ^{Mme} Boksun. Puis ^{Mme} Jeon nous a également présenté la directrice d'une aide à domicile (^{Mme} Hwang) qui nous a tout de suite orientée vers ^{Mme} Hyeon et ^{Mme} Yeon qui sont des belles-filles aidantes principales et qui menaient des activités professionnelles en même temps : coiffeuse pour la première et agent immobilier pour la deuxième.

Après l'entretien avec ^{Mme} Yeon, nous avons atteint la limite de nos possibilités pour trouver des nouvelles aidantes principales dans nos connaissances. Nous avons eu alors recours à ^M le Professeur Lee Seung-ki, notre enseignant en licence de protection sociale à l'Université des femmes Sungshin à Séoul. Il nous a orienté vers ^M Choi Young-Kwang, directeur du département de la planification et coordination dans l'Association Coréenne des Assistants Sociaux en pensant qu'il aurait la capacité de nous aider. Nous lui avons expliqué précisément notre enquête, et quelques jours après, il nous a orientées vers le centre de bien-être des personnes âgées *Sarangchae* (signifiant maison comblée d'amour) situé à Kyōnggi-do (à côté de Séoul (20 min en métro)). Ce centre est dirigé par l'autorité publique régionale, et offre de multiples services aux personnes âgées, non seulement aux retraités actifs (programmes de loisir) mais aussi aux personnes âgées dépendantes (service d'accueil de jour et service d'aide à domicile dans le cadre de l'ASLD). Le directeur du département des services pour l'autonomie des personnes âgées

nous a clairement aidées en nous présentant sept aidantes principales qui ont accepté l'entretien. Dans la plupart des cas, nous avons conduit l'enquête individuelle dans le café intérieur du centre (^{Mme} Kang, ^{Mme} Chang, ^{Mme} Jong, ^{Mme} Kyeong et ^{Mme} Tae). Pour les autres nous l'avons mené ailleurs : ^{Mme} Sun voulait aller dans un café extérieur, et pour ^{Mme} Park, nous lui avons rendu visite dans son magasin.

2. Description résumée de la situation des aidantes principales interrogées

Madame Byeon

Elle cohabite avec ses beaux-parents depuis son mariage, du fait que son mari est le fils électif et travaille dans le commerce de ses parents. Elle prend soin depuis quatre ans de sa belle-mère, dont la partie gauche du corps est paralysée suite à un A.V.C. Sa famille directe est composée de son époux et de deux fils adultes, mais son fils aîné est expatrié en France pour faire ses études et son autre fils est au service militaire lors du premier entretien. Par manque de gens qui puisse l'aider dans les tâches domestiques, elle regrette de ne pas avoir de fille et c'est donc à son fils cadet que ^{Mme} Byeon a recours en cas de besoin. C'est une famille traditionnelle, chaque grand jour férié toute la famille du côté de son mari se rassemble chez elle ; d'ailleurs, ses beaux-parents sont très conservateurs. Avant la prise en charge de sa belle-mère, elle a déjà eu l'expérience de prendre en charge sa belle-grande-mère atteinte d'un cancer. Toutes les tâches de soin lui étaient confiées malgré sa grossesse, du fait qu'à cette époque-là, quatre générations cohabitaient sous le même toit et c'était son rôle en tant que belle-fille. Son métier s'est transformé, d'employée dans une entreprise de vêtements d'animaux domestiques à aide-soignante dans un hôpital gériatrique. Elle se rattache à sa religion qui la soulage face aux épreuves rencontrées au cours de la prise en soin de sa belle-mère.

Madame Seong

Trois ans après son mariage elle a commencé à prendre soin de sa belle-mère sous le même toit depuis trois ans après son mariage, du fait que son mari est le fils aîné. Parmi les aidantes principales que nous avons interrogées, elle a été aidante principale pendant la plus longue période, 21 ans lors de notre premier entretien et 24 ans lors du troisième. Sans intervention des services publics, elle s'occupe de presque toutes les tâches nécessaires à sa belle-mère pour mener la vie quotidienne, parce que celle-ci a refusé l'intervention d'une personne inconnue. Sa belle-sœur (femme de son beau-frère) venait comme aide-soignante familiale, mais ^{Mme} Seong, la jugeant inutile, a désormais refusé son intervention. Lorsqu'elle sort danser le soir à la fois comme loisir et travail, son beau-frère célibataire cohabitant avec la famille de ^{Mme} Seong l'aide en prenant en charge sa mère (mais seulement de la surveillance dans la plupart des cas). Malgré les épreuves qu'elle rencontre du fait de la prise en soin de sa belle-mère, la danse lui permet d'oublier sa détresse mais aussi de se réaliser dans l'activité professionnelle. Lors du troisième entretien, elle venait de vivre le deuil de sa belle-mère et nous a décrit ses sentiments mêlés de

fierté et de regret.

Madame Yeo

Elle a commencé à prendre soin de sa belle-mère suite au refus de son quatrième beau-frère d'endosser cette responsabilité, bien qu'ayant l'héritage paternel, ainsi qu'au refus des autres membres, surtout des belles-filles qui ne s'entendaient pas avec leur belle-mère. Sa famille est composée de son époux et de deux fils à charge (15 et 16 ans). En tant que belle-fille benjamin relativement libre de la norme, elle n'est pas soumise à sa belle-mère qui voulait être traitée comme supérieur dans la maison. ^{Mme} Yeo a pu faire face aux épreuves de la prise en soin de sa belle-mère grâce au soutien de son mari et au développement des interactions avec cette dernière. Pendant quatre ans de cohabitation, l'affection s'est établie entre les deux protagonistes, et après son décès, elle regrette d'avoir eu parfois une attitude égoïste vis-à-vis de sa belle-mère. Par ailleurs, son ancien métier étant infirmière, elle a ouvert son association d'aide à domicile à ce titre.

Madame Kim

Du fait de la socialisation primaire au sein de sa famille élargie et donc du sentiment de sa responsabilité en tant que belle-fille aînée, c'est elle qui a choisi de cohabiter avec sa belle-mère (veuve) depuis son mariage. Il ont donc vécu à trois dans une seule chambre pendant dix ans. Elle est la seule, parmi les personnes interrogées, qui a manifesté un conflit grave avec sa belle-mère à travers l'expérience de la « *sizipsal-i* ». Du fait que son mari, fils *hyoza*, ne croyait pas les propos de sa femme sur le comportement de sa mère, ^{Mme} Kim a beaucoup souffert seule sans aucun soutien de son entourage. Elle a pris soin de sa belle-mère pendant deux ans avant son décès d'un cancer. Quand la santé de cette dernière s'est aggravée, les deux femmes se sont réconciliées à l'initiative de ^{Mme} Kim. De plus la belle-mère l'a reconnue et n'a cherché qu'elle les derniers jours de sa vie. Toutefois, ^{Mme} Kim considère l'expérience de la cohabitation avec sa belle-mère comme un « cauchemar » dans sa vie, parce qu'elle n'avait pas d'autre choix que de recourir au médicament psychique pour réduire son stress.

Madame Jeong

Elle a cohabité avec sa belle-mère (décédée il y a deux ans et demi) pendant 31 ans depuis son mariage, mais cette dernière a été dépendante et grabataire pendant 4 ans du fait du vieillissement avec un symptôme léger de maladie d'Alzheimer. Comme elle travaillait en tant que femme de ménage au début de la prise en charge de sa belle-mère, c'était sa famille qui l'aidait pendant son absence parce que son époux ne travaillait pas. Il gardait sa mère pendant la journée et sa fille prenait le relais. Toutefois, ^{Mme} Jeong a pris la décision d'arrêter son travail pour s'occuper sérieusement de sa belle-mère, et à ce moment-là, elle a appris qu'elle pouvait trouver de l'aide pour obtenir le diplôme d'aide-soignante. Même si elle s'est occupée de presque toutes les tâches, elle a utilisé le service de bain et sa famille l'a soutenue alors que les membres de la famille de son époux ne lui ont donné aucun soutien. En fait, sa

belle-mère avait plusieurs fois gardé l'enfant de la troisième belle-fille. ^{Mme} Jeong a demandé à celle-ci de la prendre en charge pendant seulement trois mois mais elle a refusé. À cette occasion, leur relation est devenue exécration.

Madame Jang

Du fait que son mari est le fils aîné, elle a commencé pendant deux ans et demi à cohabiter avec sa belle-mère, qui habitait seule à la campagne, pour la prendre en soin jusqu'à son décès de la maladie d'Alzheimer. Le couple de ^{Mme} Jang vend des primeurs, si bien que cette dernière souhaitait confier sa belle-mère au centre de jour pendant la journée, mais sa belle-mère ne voulait pas. Si elle n'a pas beaucoup signalé ses difficultés par rapport aux autres aidantes principales, c'est parce que les ressources nécessaires étaient mises à sa disposition du fait de la solidarité familiale aux niveaux financier, instrumental et émotionnel.

Madame Ha

Du fait que son mari est fils unique, depuis son mariage elle cohabite avec sa belle-mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle a un fils, mais ils n'habitent pas ensemble, si bien qu'elle a des difficultés pour mobiliser les ressources nécessaires. La relation avec sa belle-mère n'est pas mauvaise et son mari l'aide en rentrant du travail, mais elle avait l'air épuisée, lors de l'entretien, du fait de la longue durée de la prise en charge. À nos questions sur les difficultés rencontrées, elle a poussé de profonds soupirs en silence quelques minutes. Ses gestes indiquaient indirectement à quel point elle souffre de la charge des soins. L'esprit de sa belle-mère est au niveau de celui d'un enfant de 5 ans. En tant qu'aide-soignante familiale, elle s'occupe seule de la plupart des tâches, sauf celles qui nécessitent de la force physique : elle a recours au service du bain à domicile. Face à ses épreuves, la prière à l'église est son seul moyen de réduire sa détresse.

Madame Lee

C'est une belle-fille qui a pris en charge pendant cinq ans sa belle-mère atteinte de la maladie d'Alzheimer (décédée il y a deux ans à l'âge de 96 ans). Au début, son beau-frère aîné s'est occupé d'elle mais à sa mort sa belle-mère est venue chez ^{Mme} Lee. Au cours de la prise en charge, ayant appris par le bouche à oreille que c'était possible, elle a préparé le diplôme pour exercer en tant qu'aide-soignante et elle est devenue aide-soignante-familiale. Cela l'a amenée à rester presque tout le temps avec sa belle-mère et sa famille n'a pas pu partir loin, par exemple en vacances, pendant 5 ans. Comme ^{Mme} Ha, elle a donc manifesté avoir rencontré de nombreuses difficultés notamment au niveau psychique. En effet, sa belle-mère était non seulement très âgée mais de plus elle ne reconnaissait pas ^{Mme} Lee à cause de la maladie. À cause du stress psychique, elle a souffert d'une dépression mais sa famille lui a apporté beaucoup de soutien émotionnel et instrumental.

Madame Juok

C'est une belle-fille prenant en charge sa belle-mère suite à l'atteinte d'un AVC depuis 2007, mais le couple de ^{Mme} Juok avait déjà cohabité avec sa belle-mère (veuve) à la campagne lors de son mariage. Pourtant, cinq ans après, ce couple devait aller à Séoul pour trouver du travail en laissant sa belle-mère à l'autre fratrie qui habitait à proximité. Suite à l'atteinte de l'AVC, sa belle-mère est revenue cohabiter chez ^{Mme} Juok en 2007 parce que son mari est l'aîné, et donc les membres de sa famille lui ont demandé de prendre en charge sa mère. ^{Mme} Juok s'occupe de presque toutes les tâches, mais elle utilise le service de bain à domicile deux fois par semaine. Sa famille lui donne solidairement des aides pratiques (financièrement, émotionnellement et instrumentalement) qui font qu'elle semble manifester moins de stress que les autres personnes interrogées. Elle considère sa belle-mère comme sa propre mère.

Madame Kwak

Du fait que son mari est fils *hyoza*, elle a dû accepter la cohabitation avec sa belle-mère depuis son mariage. Par contre, cette dernière a gardé ses petits-enfants lorsque ^{Mme} Kwak a mené une activité professionnelle. La relation avec sa belle-mère n'est pas mauvaise comme ^{Mme} Kim, mais elle n'est pas à l'aise avec elle, si bien qu'elle cherche à l'éviter si possible. Face aux épreuves rencontrées, la religion la soulage. Elle aime donc rassurer une activité bénévole à l'église, mais elle est mécontente d'être obligée de rentrer pour respecter l'heure de repas. Elle se considère comme une victime, du fait que son mari ne pense qu'à sa mère en la négligeant : son rêve dans la vie est de partir en voyage avec son mari. Sans affection envers elle, ^{Mme} Kwak tend à vouloir être récompensée matériellement de la prise en charge de sa belle-mère.

Madame Jeon

Comme dans la situation de ^{Mme} Kwak, le mari de ^{Mme} Jeon est également *hyoza*. Juste avant la cohabitation pour la prise en soin de sa belle-mère, elle a ouvert un restaurant. Elle est rassurée en considérant que c'est Dieu qui l'a aidée à éviter les conflits avec sa belle-mère. Même si elle est mal à l'aise avec sa belle-mère, elle prend conscience de sa responsabilité en tant que belle-fille pour améliorer son état de santé. Lorsque l'état de santé de sa belle-mère était très mauvais, une aide-soignante intervenait en logeant sur place.

Madame Hyeon

Lorsque son couple a donné naissance à son bébé, ^{Mme} Hyeon voulait continuer à travailler, si bien que la cohabitation avec sa belle-mère a résolu ce problème. Malgré la longue cohabitation, la qualité de relation entre elles deux n'est pas assez bonne. À table, les deux femmes prennent les repas sans beaucoup d'échanges verbaux. Et pour éviter le moment d'être avec sa belle-mère, ^{Mme} Hyeon travaille sans jours de repos 365 jours sur 365. Du fait que ^{Mme} Hyeon subvient à la plupart des besoins de sa famille, sa belle-mère n'ose pas lui manifester son mécontentement en tant que belle-mère, même si elle

néglige la propreté de la maison. En fait, ^{Mme} Hyeon souhaite que sa belle-mère lui donne de l'argent de poche de temps en temps, bien qu'elle sache que celle-ci n'en est pas capable : elle tend à la considérer comme inférieure. Malgré tout, elle prend conscience de sa responsabilité du bien-être de sa belle-mère.

Madame Yeon

Du fait que son mari est fils aîné, elle a cohabité avec ses beaux-parents depuis son mariage. Un an après le mariage, ils ont demandé de vivre séparément, mais son mari n'a pas voulu surtout se séparer de sa mère : ça fait déjà 31 ans de cohabitation. Elle se souvient de l'apparence de sa belle-mère qui était très connue comme belle et chic dans son quartier à l'époque où elle est devenue sa belle-fille, et réfléchit souvent en comparant avec son apparence actuelle (boiteuse s'appuyant sur une canne). ^{Mme} Yeon pense qu'il faut profiter de la vie quand on est jeune et investir dans son propre bien-être actuel en ne pensant pas forcément à économiser. Grâce à l'intervention de l'aide à domicile, elle ne manifeste pas ses difficultés dans les soins de sa belle-mère, mais souligne que la cohabitation la prive de sa liberté de vie. Au sein de la famille confucéenne, elle est la seule chrétienne. Malgré tout, du fait que le statut de son mari est d'être le fils aîné, la préparation du culte aux ancêtres est entièrement confiée à ^{Mme} Yeon.

Madame Seo

Du fait que son mari est fils unique, elle a cohabité avec sa belle-mère pendant 15 ans après son mariage, puis elle a vécu séparément pendant 15 ans pour l'éducation de ses enfants. Mais suite à la dégradation de son état de santé, sa belle-mère est venue de nouveau vivre chez son fils. ^{Mme} Seo manifeste ses difficultés, du fait que sa belle-mère a un amour propre très fort : elle exige explicitement et implicitement que sa belle-fille vive en se focalisant sur ses soins, alors qu'elle n'a rendu à sa belle-fille aucun service de garde de ses petits-enfants. Du fait que sa belle-mère subvient aux besoins de sa famille, Seo est contrainte de faire ce qu'elle souhaite. De même, sa belle-mère commence à vouloir contrôler le temps libre de ^{Mme} Seo, si bien que celle-ci se sent de plus en plus étouffée par la cohabitation. Même si son mari ne travaille pas et reste tout le temps avec sa mère, c'est ^{Mme} Seo à qui toutes les tâches domestiques sont confiées.

Madame Park

Du fait que son mari est le fils aîné, la prise en soin de sa belle-mère sous le même toit a commencé naturellement. Dotée d'une personnalité ouverte, elle observe vite l'humeur de sa belle-mère et console son sentiment d'être offensée, donc elle ne laisse pas durer les conflits déclenchés avec sa belle-mère. Malgré tout, elle ne se sent pas tout-à-fait à l'aise avec sa belle-mère. Même si elle rencontre plusieurs épreuves au cours de la prise en soin en cohabitant, elle y fait face activement en pensant de façon optimiste et en faisant des activités sociales. De plus, elle essaie de faire en sorte que sa belle-mère corrige d'elle-même son comportement qui influence négativement son état de santé. Par ailleurs, elle reçoit l'aide de sa famille en cas de besoin.

Madame Geum

Suite au décès de son père et pour protéger sa mère contre la ruse de son frère aîné, elle a commencé à prendre soin d'elle sous le même toit. Elle avait de la rancune envers sa mère, qui l'a négligée en privilégiant ses fils, alors que ceux-ci ont tous refusé de la prendre en charge. N'ayant reçu aucun héritage, ni aide financière de ses frères, ^{Mme} Geum, en tant que célibataire, doit gagner de l'argent, si bien que sa rancune s'est renforcée en considérant sa mère comme un fardeau. Pourtant, grâce à l'épisode de la déclaration de sa mère à la police, elle s'est rendu compte que sa mère est aussi un être humain sensible et elle a eu pitié d'elle. Depuis, en ouvrant son cœur, elle s'efforce de prendre soin d'elle de son mieux. Grâce à son expérience professionnelle dans les soins palliatifs, elle a pu garder sa mère à la maison jusqu'à son dernier souffle. Elle regrette d'avoir manqué de ressources financières, ce qui l'a empêchée de soigner sa mère comme elle le voulait.

Madame Souk

Malgré ses carrières professionnelles très actives, le statut de célibataire l'a conduite à prendre soin de sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. De plus, elle a reçu l'héritage paternel de la part de sa fratrie à condition qu'elle se consacre à la prise en soin de leur mère en arrêtant toutes les activités professionnelles. Pourtant, passionnée par son travail, elle sort de temps en temps pour donner des cours en ayant recours à sa belle-sœur ou à sa nièce. En tant que conférencière sur le sujet de la mort, elle considère que l'expérience de la prise en soin aidera à son travail. Avant tout, en tant que pasteure, elle considère que remplir son rôle d'aidante principale est incontestable pour montrer de la cohérence entre le geste et la parole. Pourtant, elle ne cesse de s'inquiéter sur son avenir professionnel dans son état actuel d'aidante principale. Par ailleurs, du fait des symptômes de la maladie d'Alzheimer de sa mère qui sont des épreuves pour elle, elle compare souvent le niveau de difficulté entre la prise en soin de sa mère (malade d'Alzheimer) et celle de son père, décédé d'un cancer.

Mesdames Hyosun et Boksun

^{Mme} Hyosun, célibataire, a vécu toute sa vie avec sa mère. L'année de sa retraite, sa mère est devenue dépendante. La situation de son frère ne lui a pas permis de la prendre en charge, mais avant tout sa fratrie n'a pas discuté de qui allait prendre soin de leur mère. ^{Mme} Boksun considérait que c'était normal que sa sœur aînée s'en occupe comme d'habitude, et pour ^{Mme} Hyosun, comme personne n'en parlait, elle a été contrainte de remplir le rôle d'aidante principale en le considérant comme son obligation en tant que fille aînée. ^{Mme} Boksun intervient en semaine chez sa sœur en tant qu'aide-soignante familiale pour l'aider financièrement (la rémunération qui lui est versée). Pour avoir du temps libre, ^{Mme} Hyosun pense à recourir au service d'accueil du jour, mais se résigne, car dans ce cas, elle devrait payer le reste à charge mais en même temps elle perdrait la rémunération d'aide-soignante familiale. Elle fait face aux épreuves rencontrées au long de la prise en charge de sa mère pour ne pas avoir de regret plus tard.

Madame Moun

En tant que fille aînée et célibataire, et en décidant de fermer sa boutique de vêtements, elle est venue chez sa mère, qui a subi une opération du genou, pour l'aider pendant les repas pour un mois. Pourtant, l'état de santé cognitif de la mère s'est dégradé, et son frère, dont la situation n'a pas permis la prise en soin de leur mère a cherché un établissement. Tenant compte que sa mère n'aime pas les menus en établissement et ne peut pas manger seule, ^{Mme} Moun a décidé de prendre le rôle d'aidante principale. Pour elle, la prise en soin instrumentale n'est pas difficile, En fait, elle a réussi à faire disparaître une escarre en la soignant à la maison pendant plusieurs mois. Par contre, se meurtrir le cœur l'une et l'autre est une vraie épreuve. Par ailleurs, tout au long de la prise en soin, elle ressent l'amour maternel et donc son affection pour elle s'est renforcée. L'intervention d'aide à domicile pendant trois heures par jour soulage son sentiment d'étouffement.

Madame Rye

Même si elle était déjà en train de prendre soin de son mari, souffrant d'un A.V.C., et du fait que le couple de son frère travaille, elle a commencé à prendre soin de sa mère, atteinte de la maladie d'Alzheimer. Au début, les troubles comportementaux étaient tellement graves qu'elle a dû placer sa mère en établissement. Mais elle devait aussitôt la faire rentrer à la maison depuis tous les établissements auxquels elle a eu recours, car ses symptômes dérangaient d'autres résidents. Cela lui était très difficile, à tel point qu'elle allait se suicider. Face aux épreuves causées par la prise en soin de deux malades, sa religion est son seul appui, et elle pense que sa mère est devenue calme grâce à sa prière sincère et constante. Elle intervient comme aide-soignante chez d'autres personnes âgées, et chaque fois que celles-ci montrent des troubles comportementaux, elle n'hésite pas à prononcer le Pater.

Madame Kang

Les autres membres de sa fratrie ne sont pas disponibles pour la prise en soin de leur mère, et ^{Mme} Kang disait depuis longtemps à sa mère qu'elle s'occuperait de ses soins en cas de besoin. Depuis qu'elle a divorcé, elle n'a pas arrêté de travailler, si bien qu'elle a hésité à recourir à un établissement, mais finalement, pour tenir sa parole, elle a fermé sa boutique de massage afin de se concentrer sur la prise en charge. Pourtant, puisqu'elle doit gagner de l'argent en prenant en même temps soin de sa mère, sans l'aide des autres, la difficulté financière est pour elle la véritable épreuve. Elle s'inquiète beaucoup pour son avenir, mais elle essaie de penser positivement. Dans sa situation, la rémunération d'aide-soignante familiale l'aide beaucoup. Pour réduire son stress, elle participe mensuellement à la réunion amicale entre les aides-soignantes familiales.

Madame Chang

En raison de l'indisponibilité des membres de sa fratrie pour la prise en soin de leur mère, ceux-ci ont envisagé le recours à l'établissement. Mais le sentiment de sa responsabilité en tant que fille aînée et l'opinion positive de son mari ont permis la prise en soin sous le même toit. Pourtant, sa mère n'est pas à l'aise avec ^{Mme} Chang, et celle-ci est mécontente de ne pas être reconnue par sa mère même si elle s'occupe des soins dans cette situation difficile. Elle montre son dilemme en maltraitant verbalement sa mère, ce qui émane de son stress, et son comportement la culpabilise. Elle ne peut s'empêcher de penser sans cesse qu'il n'y a personne d'autre qu'elle qui puisse prendre soin de sa mère, ce qui lui fait penser qu'elle occupe une position supérieure à cette dernière. Par ailleurs, même si elle a pris en soin ses beaux-parents jusqu'à leurs décès, elle se culpabilise face à sa famille en raison des inconvénients produits par la prise en soin de sa mère.

Madame Jong

En croyant que sa mère serait bientôt décédée du fait de son grave état de santé, et après l'accord de son mari, ^{Mme} Jong a commencé à prendre soin de sa mère sous le même toit. Pourtant, deux mois après la cohabitation, son état de santé s'est amélioré et elle fréquente le centre d'accueil du jour tout en continuant à cohabiter. En fait, ^{Mme} Jong a déjà souffert de la longue cohabitation avec sa belle-mère et elle voulait donc désormais retrouver sa liberté, alors que la prise en soin de sa mère lui est imposée cette fois-ci. Toutefois, depuis l'enfance, elle a beaucoup aidé sa mère pour tenir le ménage, si bien qu'elle a grandi en connaissant davantage que les autres membres de la famille la peine de sa mère, qui s'est sacrifiée pour la famille. De ce fait, elle montre nettement ses dilemmes entre son mécontentement de se trouver dans une situation contrainte et son devoir moral. Face aux épreuves qu'elle rencontre, la religion est également pour elle un moteur qui lui permet de continuer à prendre soin de sa mère. Par ailleurs, du fait qu'elle est financièrement dépendante de son mari, la rémunération d'aide-soignante familiale lui permet d'avoir de l'argent de poche.

Madame Sun

À la fin de vie de son père, ^{Mme} Sun, fille aînée, était divorcée donc célibataire, si bien qu'il lui a demandé de s'occuper de sa femme, atteinte de la maladie d'Alzheimer, en échange de son héritage, surtout en ne l'envoyant pas à son fils aîné. Sans testament olographe, ce dernier s'est méfié de sa sœur et a finalement coupé le contact avec elle et avec leur mère. Pour elle, la prise en soin de sa mère n'est pas difficile, mais du fait du malentendu avec son frère elle était tentée de se suicider avec sa mère. Ayant une dette à acquitter, elle devait travailler en même temps, mais la dégradation des symptômes d'Alzheimer l'a entraînée à quitter son travail de chauffeur de taxi. C'est son nouveau mari qui l'aide financièrement et moralement. En constatant l'affaiblissement des troubles comportementaux de sa mère, l'impossibilité de la communication entre les deux femmes et la dégradation de son état de santé, ^{Mme} Sun ne cesse de penser à l'approche de sa mort. Face à ses épreuves, elle pense à l'amour de sa mère qui a

supporté patiemment toutes les humiliations pour protéger ses enfants.

Madame Kyeong

Suite au décès de son frère aîné il y a 15 ans, ^{Mme} Kyeong, en tant que fille aînée, a pris la responsabilité de la prise en soin de sa mère, atteinte de la maladie d'Alzheimer, tout en cohabitant, même si les membres de sa fratrie lui ont proposé de recourir à l'établissement. Dans son enfance, elle n'était pas sortie avec ses amis, car elle aidait sa mère dans les tâches domestiques. Après son mariage, elle était commerçante de fruits de mer secs avec son mari, donc elle travaillait dur sans se reposer librement : elle a désormais envie de liberté, et la situation contrainte de se préoccuper du soin de sa mère lui est très difficile. Son mari aide beaucoup sa femme physiquement et psychologiquement : elle en est fière. Elle ne comprend parfois pas les comportements de sa mère, mais elle n'hésite pas à énumérer ses qualités.

Madame Tae

Pendant 59 ans, elle cohabitait avec ses parents, car elle était célibataire. C'était elle qui s'occupait de son père qui était hospitalisé pour la pneumonie et de sa mère qui était souvent malade. Après le décès de son père, elle s'est mariée à l'âge de 60 ans. Elle considère qu'il est parti en lui donnant un cadeau (son mari). Dans son état de vulnérabilité physique, les hanches de sa mère se sont cassées. Avec l'aide de sa sœur aînée et de son mari, elle prend soin d'elle sous le même toit. Par habitude, elle se soucie souvent de sa mère, et à cet égard son mari exprime de temps en temps son sentiment d'être exclu. Même si elle se prend pour *hyonyeo*, elle pense que la cohabitation entre parent âgé et enfant adulte n'est pas bonne pour maintenir une bonne relation entre eux. Mais elle se méfie de l'établissement, donc elle se contente de l'intervention de l'aide à domicile. Du fait qu'elle s'inquiète de la fragilité des os de sa mère, elle lui interdit souvent de toucher aux tâches domestiques, alors que celle-ci voudrait l'aider. Cela provoque des conflits entre elles deux.

3. Informations sur les situations d'aidantes principales

T-1. Liste des informations sur les aidantes principales interrogées

	Nom	Âge	Année de l'enquête	Métier	Enfant / Cohabitation	Lien avec proche âgée	Fratric (celle du mari pour les belles-filles)	Nom de la maladie de la proche âgée	Âge de la proche âgée	Durée de cohabitation	Durée de la prise en soin	Niveau de l'ASLD de la proche âgée	Religion	Niveau de revenus du ménage
1	Byeon	55 ans	2013 2015 2016	Employée à l'entreprise de vêtements d'animaux → Aide-soignante	2 fils / fils cadet	Belle-fille cadette	2 frères et 1 sœur	Paralysée d'un côté du corps suite à un A.V.C.	80 ans	Depuis le mariage	4 ans	2	Chrétienne	4
2	Seong	51 ans	2013 2015 2016	Danseuse	1 fils et 1 fille / tous	Belle-fille aînée	2 frères	Paralysée d'un côté du corps suite à un A.V.C.	72 ans	21 ans	21 ans	2	Chrétienne	3
3	Yeo	51 ans	2013	Directrice d'une association d'aide à domicile / Infirmière	2 fils / tous	Belle-fille benjamin	4 frères et 1 sœur	Maladie liée au VS	Décédée il y a deux ans (79 ans)	4 ans	4 ans	2	Chrétienne	2
4	Kim	59 ans	2013	Aide-soignante	1 fils et 1 fille / fils	Belle-fille aînée	-	Cancer et maladie lié au vieillissement	Décédée il y a deux ans	Depuis mariage	2 ans	3	Chrétienne	-
5	Jeong	63 ans	2013	Femme de ménage, puis aide-soignante familiale	1 fils et 1 fille/ fille	Belle-fille aînée	-	Maladie lié au VS	Décédé il y a deux ans et demi (91 ans)	Depuis mariage (31 ans)	4 ans	2	-	-
6	Jang	55 ans	2013	Vente de Primeurs	1 fils et 1 fille / tous	Belle-fille aînée	3 frères	Alzheimer	Décédée il y a deux ans et demi	2 ans 6 mois	2 ans 6 mois	3	-	-
7	Ha	59 ans	2013	Aide-soignante (familiale)	1 fils / non	Belle-fille unique	1 sœur	Alzheimer	80 ans	Depuis mariage	11 ans	2	Chrétienne	-
8	Lee	57 ans	2013	Aide-soignante familiale	1 fille et 1 fils / tous	Belle-fille cadette	-	Alzheimer	Décédée il y a deux ans (96 ans)	5 ans	5 ans	2	-	-
9	Juok	57 ans	2013	Femme au foyer	1 fille et 1 fils / tous	Belle-fille aînée	-	Paralysée d'un côté du corps suite à AVC	87 ans	1982 à 2002, puis depuis 2007	8 ans	2	-	-

10	Kwak	55 ans	2016	Femme au foyer	1 fille et 1 fils / personne	Belle-fille cadette	1 frère et 1 sœur	Hanche cassée	94 ans	28 ans Depuis mariage	5 ans	3	Chrétienne	2
11	Jeon	59 ans	2016	Restaurateur	1 fils et 1 fille/ fils	Belle-fille cadette	2 frères	Maladie liée au VS	95 ans	6 ans	6 ans	2	Chrétienne	1
12	Hyeon	48 ans	2016	Coiffeuse	1 fils et 1 fille / tous	Belle-fille cadette	3 frères	Maladie liée au VS	86 ans	22 ans	2 ans	3	-	3
13	Yeon	56 ans	2016	Agent immobilier	1 fille / oui	Belle-fille aînée	2 sœurs et 5 frères	Maladie liée au VS	91 ans	31 ans	2 ans	3	Chrétienne	1
14	Seo	56 ans	2016	Vendeuse de produits cosmétiques (visites à domicile) / Aide-soignante familiale	1 fils et 1 fille / tous	Belle-fille aînée	3 sœurs	Maladie liée au VS	85 ans	15 ans dès mariage, puis habitation séparée pendant 15 ans, recohabitation depuis 4 ans	4 ans	3	-	4
15	Park	64 ans	2016	Commerçante de vêtements d'occasion / Aide-soignante familiale	1 fils et 1 fille / tous	Belle-fille aînée	2 frères et 2 sœurs	Hanche cassée	87 ans	9 ans	9 ans	3	-	3
16	Geum	48 ans	2015 2016	Aide-soignante	Célibataire	Fille cadette	2 frères	Alzheimer	Décédée il y a deux ans et demi (88 ans)	8 ans	8 ans	2	Chrétienne	4
17	Souk	54 ans	2016	Pasteur / Conférencier/ Directeur d'une association d'aide à domicile	Célibataire	Fille cadette	2 sœur dont 1 décédée et 3 frères	Alzheimer après une opération de hanche	88 ans	4 ans	4 ans	2	Chrétienne	3
18	Hyosun	63 ans	2016	Retraitée	Célibataire	Fille aînée	1 frère et 2 sœurs	Alzheimer	91 ans	Toute sa vie	4 ans	3	Chrétienne	4
	Boksun	59 ans		Aide-soignante familiale	-	Fille cadette				-				-

19	Moun	50 ans	2016	Femme au foyer	Célibataire	Fille aînée	1 sœur et 1 frère	Grabataire / A.V.C.	82 ans	3 ans	3 ans	3	-	5
20	Rye	71 ans	2016	Aide-soignante	1 fille	Fille aînée	1 frère	Alzheimer	89 ans	9 ans	9 ans	2	Chrétienne	4
21	Kang	58 ans	2016	Chef d'une boutique de massage → Aide-soignante familiale	Divorcée / Deux fils / personne	Fille cadette	1 frère et 1 sœur	A.V.C. / Alzheimer	85 ans	4 ans	4 ans	3	-	4
22	Chang	64 ans	2016	Femme au foyer / Aide-soignante familiale	1 fils et 1 fille / tous	Fille aînée	2 frères et 2 sœurs	Alzheimer	87 ans	4 ans	4 ans	2	Bouddhiste	3
23	Jong	55 ans	2016	Femme au foyer / Aide-soignante familiale	1 fils / non	Fille cadette	1 frère et 3 sœurs	Alzheimer	94 ans	7 ans	7 ans	3	Chrétienne	1
24	Sun	59 ans	2016	Chauffeur de taxi, puis Aide-soignante familiale	Divorcée, Remariée / Pas d'enfant	Fille aînée	3 frères, 1 sœur	Alzheimer	80 ans	14 ans	7 ans	3	-	3
25	Kyeong	60 ans	2016	Femme au foyer / possesseur du diplôme d'Aide-soignante	1 fils / oui	Fille aînée	2 frères et 2 sœurs	Alzheimer	83 ans	3 ans	3 ans	4	Bouddhiste	3
26	Tae	62 ans	2016	Peintre	Célibataire jusqu'à 60 ans	Fille cadette	1 sœur 1 frère	Hanche cassée	87 ans	Toute sa vie	2 ans	3	-	3

1) Tous les chiffres sont ceux qui ont été constatés au moment de l'entretien (ou du premier entretien)

2) Tous les noms des aidantes principales, sauf ^{Mme} Hyosun et ^{Mme} Boksun, ont été modifiés sur leur demande.

3) VS : vieillissement

4) Niveau de ressources (en référence de l'OCDE) : 1. classe supérieure (plus de 5 000 000 wons), 2. classe moyenne supérieure (entre 3 000 000 et 4 000 000 wons), 3. classe moyenne (entre 2 000 000 et 3 000 000 wons), 4. classe moyenne inférieure (entre 1 140 000 et 2 000 000 wons), 5. classe inférieure (moins de 1 140 000 wons) (1350 wons = 1 euro)

5) « - » : pas d'information

T-2. Exercice des soins pratiques et intervention de l'aide

		Soins pratiques effectués par qui						Recours aux services de l'ASLD (Prestations à domicile)					
		Tâches ménagères	Soins d'hygiène	Douche ou bain	Mobilité	Financement	Surveillance	Aide à domicile	Bain à domicile	Accueil du jour	Établissement temporaire	Soin infirmier	Aide-Soignante familiale
1	Byeon	X △	X	X	X	X △	X △	Parfois	Parfois	X			AS
2	Seong	X △	X	X	X	△	X △						
3	Yeo	X △	X □	X □	△	△	X △ □	X	X				
4	Kim	X	P	P	X	X △	X △						Plus tard
5	Jeong	X △	X □	X □	△	△	X △	Parfois	X				X
6	Jang	X △ □	X	X P	△	△	X △ □	X					
7	Ha	X	X □	X □	X △	X △	X △	Parfois	X				X
8	Lee	X	X □	X □	X △	△	X △		X				X
9	Juok	X △	X □	X □	X △	△	X △	X	X				
10	Kwak	X	X □	X □	X △	△	X △ □	X	X				
11	Jeon	X △ □	X □	□	X △	△	X △ □	X	X				
12	Hyeon	X □	P	P	△	X △	X △ □	X					
13	Yeon	X □	P	P	△ □	△	X △ □	X					
14	Seo	X	X	X	△	P	△						X
15	Park	X △	X P	P	X	△	△			X			X
16	Geum	X	X	X	X	X	X						AS
17	Souk	□	X	X	△	△	△	X					
18	Hyosun	X △	X	X	△	X △	X △						X
19	Moun	X	X □	X □	X △	X △	X □	X	X				
20	Rye	X △	X □	X □	X	X △	X △		X				
21	Kang	X	X	X	X	X	X ○						X
22	Chang	X	X P	X P	X △	△	X △			X			
23	Jong	X	X	X	X △	△	X △			X			X
24	Sun	X △	X	X	X	X △	X △			X			X
25	Kyeong	X △	X	X	X △	X △	X △			X	Parfois		
26	Tae	X △	X □	X □	X △ □	X △	X △ □	X	X				

1) Tâches ménagères : Préparation des repas, exécution de la vaisselle, entretien du linge de maison, balayage des chambres

2) Soins d'hygiène : toilette quotidienne, accompagnement aux toilettes, soins de propreté sauf bain

3) △ : Aide d'autre(s) membre(s) de la famille ; ○ : Aide de l'entourage hors de la famille ; □ : Aide professionnelle ; P : Les proches âgés peuvent effectuer seuls la tâche concernée

B. Corpus secondaires – jeunes adultes et professionnels

1. Jeunes adultes

Nous l'avons recruté en mobilisant nos réseaux d'amitié.

T-3. Liste de Jeunes adultes

N°	Nom	Sexe	Année de l'enquête	Année de naissance	Ville de résidence	Métier	Expérience à l'étranger	État civil
1	Jaehan	H	2012	1987	Grenoble, France	Études en économie	France	C
2	Yesel	F	2012	1990	Grenoble, France	Études en histoire de l'art	France	C
3	Sohou	F	2012	1980	Tours, France	Études dans la mode	France	C
4	Suzi	F	2012	1992	Paris, France	Études dans la mode	France	C
5	Changhoon	H	2012	1977	Busan	Capitaine en mer	Australie	M
6	Seungchil	H	2012	1987	Séoul	Opérateur de marché (trader)		C
7	Minyou	H	2012	1987	Séoul	Entrepreneur individuel dans le secteur informatique		C
8	Jimi	F	2012	1988	Séoul	Hôtesse de l'air		C
9	Jinsung	F	2012	1976	Séoul	Au chômage		C
10	Hana	F	2012	1985	Séoul	Études en psychologie		C
11	Domin	F	2015	1985	Ulsan	Secrétaire dans un cabinet d'avocat		C
12	Byul	F	2012/2015	1986	Séoul	Développeur informatique	Canada	C
13	Jiyang	F	2015	1985	Séoul	Secrétaire universitaire en licence de protection sociale		C
14	Jini	F	2012/2015/2017	1985	Séoul	Assistante sociale fonctionnaire		C
15	Taeyang	H	2015	1983	Séoul	Scientifique de Big data		M
16	Hyungjin	H	2015	1979	Séoul	Développeur de logiciel		C
17	Hyeji	F	2015	1985	Ulsan	Hygiéniste dentaire		C
18	Jiwoong	H	2015	1990	Séoul	Études en sciences politiques	France	C
19	Yeonji	F	2015	1985	Pusan	Assistante sociale		C
20	Seoan	F	2015	1985	Ulsan	Secrétaire d'un centre sportif		C
21	Milimi	F	2015	1985	Chilgok	Employée de banque	Malte	M
22	Hyerin	F	2015	1985	Séoul	Soutien scolaire à domicile		C
23	Yujeong	F	2015	1991	Séoul	Marketing		C
24	Jaeyong	H	2015	1985	Jeonju	Avocat fonctionnaire	France	C
25	Taesan	H	2017	1982	Séoul	Critique de culture		C
26	Seoyang	F	2017	1984	Séoul	Psychologue		C
27	Seongri	H	2017	1982	Séoul	Développeur		C

						informatique		
28	Seongha	F	2017	1985	Aix-en-Provence, France	Études en théologie	France	C
29	Daban	F	2017	1988	Séoul	Créatrice d'ornements	France	C
30	Hyunju	F	2017	1980	Marseille, France	Architecte	France	C
31	Hyeyoung	F	2017	1982	Wonju	Éditrice	France	C
32	Minsu	H	2018	1987	Nice, France	Études d'art	France	C

1) Les entretiens en 2012 étaient réalisés dans le cadre du mémoire de master 1 intitulé « Représentations de la personne âgée chez les jeunes coréens entre l'âge de 20 et 39 ans » sous la direction de Catherine Gucher à l'Université de Grenoble 2.

2) État-civil : C – Célibataire ; M – Marié(e)

3) Tous les noms des jeunes adultes ont été modifiés sur leur demande.

2. Professionnels

Nous avons pu construire l'échantillon dans nos réseaux de connaissance directe ou indirecte. D'abord pour la connaissance directe, ^{Mme} Jini qui était interrogée dans l'enquête auprès des jeunes adultes en 2016, nous a donné son opinion en tant qu'assistante sociale fonctionnaire en 2017. Elle exerce ce métier depuis 2016, et son travail est la gestion des usagers de services de l'ASLD et celle des institutions de l'ASLD. Parmi les aidantes principales interrogées, nous avons trouvé deux directrices d'associations d'aide à domicile, ^{Mme} Yeo et ^{Mme} Souk. ^{Mme} Yeo nous a accordé un nouvel entretien en tant que directrice d'aide à domicile quatre ans après notre premier entretien en 2013. Et ^{Mme} Souk s'est exprimée comme aidante principale et comme professionnelle lors de l'entretien de trois heures chez elle en 2016.

L'échantillonnage par connaissance directe permet de nous orienter vers d'autres personnes appropriées. Comme nous l'avons évoqué plus haut, ^{Mme} Kwak (aidante principale) nous a orienté vers ^{Mme} Choi, qui nous a présenté la gestion de l'association d'aide à domicile qu'elle dirige. Pourtant, elle ne voulait pas nous présenter d'aidantes principales, car son association a remporté le prix du ministre de la santé comme un bon exemple des institutions de l'ASLD, et notre demande d'entretien risquait de déranger les familles de ses clients. Elle nous a mis en lien avec son amie ^{Mme} Oh Jin-Hee, également directrice d'une association d'aide à domicile, qui n'a pas hésité à exprimer des critiques sur les dispositifs actuels et à nous expliquer avec passion ce qu'elle souhaiterait changer.

^M le Professeur Lee Seung-Ki est la personne qui nous a instruite en licence de protection sociale en Corée. Nous avons discuté des difficultés des aidants familiaux par insuffisance des dispositifs d'aide aux aidants. Puis il nous a orienté vers deux professionnels, ^M Choi Young-Kwang, directeur du département de la planification et coordination dans l'Association Coréenne des Assistants Sociaux, et ^{Mme} Hong Eun-Jung, directrice d'un foyer collectif de personnes âgées. Nous avons signalé qu'après

l'entretien, ^M Kwang nous a présenté le directeur du centre du bien-être des personnes âgées *Sarangchae* pour le recrutement des aidantes principales. Quant à ^{Mme} Hong, nous accueillant dans son institution, elle nous a parlé des problèmes du système de l'ASLD, à la fois du point de vue de dirigeant et d'usager des services.

^{Mme} la Professeure Han Jeong-Ran nous a accordé deux entretiens en 2015 et 2017. Elle a créé la Société Coréenne de la Gérontologie Éducationnelle (SCGE) en 2015 et elle en a été la première présidente jusqu'en 2018, puis elle a été élue 31^{ème} présidente de la Société Coréenne Gérontologique (SCG) depuis 2019. De ce fait, elle nous a exposé ses perspectives enrichissantes sur les lacunes à combler et ses critiques perspicaces du point de vue des usagers. En 2017, la SCGE a tenu un séminaire sur les dispositifs consacrés aux malades atteints d'Alzheimer présenté par ^M le Professeur Cho Moon-Ki. Nous n'avions pas envisagé de lui demander un entretien, qu'il nous a tout de même accordé, malgré notre proposition imprévue. Il a obtenu son diplôme de doctorat au Japon, et nous a expliqué les problèmes de l'ASLD en comparaison avec le système japonais.

Même si ce n'est pas un véritable entretien, nous avons pu discuter avec le directeur d'une caisse primaire de l'assurance maladie à Séoul lors du même séminaire. S'il a refusé notre proposition d'entretien individuel du fait de sa conviction qu'un fonctionnaire ne doit pas accepter d'entretien officieux pour discuter du système de l'ASLD, il a, malgré tout, répondu à quelques-unes de nos questions, tout au long du déjeuner sans enregistrement.

T-4. Liste des professionnels

N°	Nom	S	Année de l'enquête	Ville de résidence	Métier	Note
1	Yeo	F	2013/2016	Séoul	Directrice d'une association d'aide à domicile	Depuis 2008
2	Souk	F	2016	Séoul	Directrice d'une association d'aide à domicile	Depuis 2008
3	Oh Jin-hee	F	2016	Séoul	Directrice d'une association d'aide à domicile	Depuis 2008
4	Choi Geum-Sun	F	2016	Séoul	Directrice d'une association d'aide à domicile	Depuis 2009
5	Hong Eun-Jung	F	2017	Séoul	Directrice d'un foyer collectif des personnes âgées	Depuis 2011
6	Jini	F	2016/2017	Séoul	Fonctionnaire assistante sociale	
7	Han Jeong-Ran	F	2015/2017	Séoul	Professeur en protection sociale à l'Université Hanseo	
8	Cho Moon-Ki	H	2017	Séoul	Professeur en protection sociale à l'Université de Soongsil Cyber	
9	Lee Seung-Ki	H	2017	Séoul	Professeur en protection sociale à l'Université des femmes Sungshin	
10	Choi Young-Kwang	H	2016	Séoul	Directeur du département de la planification et coordination dans l'Association Coréenne des Assistants Sociaux	
*	Doh	H	2017	Séoul	Directeur d'une caisse primaire d'assurance maladie à Séoul	Échange

1) Sauf Mme Yeo et Mme Souk (aidantes principales) et Mme Jini (jeune adulte), tous les professionnels ont donné leur accord pour que leur nom apparaisse.

ANNEXE 3. LIMITES DE L'ENQUÊTE

Notre étude souffre globalement de trois limites. D'une part, notre recherche se consacre aux seules aidantes principales. Nous avons donc voulu interroger non seulement les aidantes principales mais également les aidants secondaires, qui participent à l'aide pour leurs proches âgés, afin de mieux comprendre la configuration des aides parmi les membres de la famille. Pourtant, nous avons dû nous contenter de recueillir le témoignage des aidantes principales, car celles-ci ont toutes refusé notre demande de nous orienter vers les autres membres de la famille qui participent aux aides. Par exemple, nous avons demandé à ^{Mme} Seong de nous mettre en relation avec son beau-frère (frère de son mari), qui cohabite sous le même toit et qui surveille sa mère quand il rentre du travail et quand ^{Mme} Seong sort pour apprendre (ou enseigner) la danse. Pourtant, elle a évité de nous répondre, en soulignant sa situation de célibataire ayant de la difficulté à trouver sa partenaire. Et ^{Mme} Byeon a refusé de nous orienter vers sa sœur qui s'occupe de leur mère, alors qu'elle-même prend soin de sa belle-mère. Compte tenu de la culture de familialisme, selon laquelle les Coréens sont discrets, vis-à-vis de l'extérieur, sur l'histoire de leur propre famille, nous supposons qu'elles craignaient de provoquer un conflit entre les membres de la famille, en raison de la révélation à autrui de l'histoire familiale. Mais, ces nombreuses expériences de refus nous ont aussi permis de remarquer que les aidantes principales aspirent à se présenter comme le « personnage principal » parmi les aidants familiaux, dans la « scène » de la prise en soin de leurs proches âgés. Nous admettons que cette étude peut être partielle envers la situation des aidantes principales du fait qu'elle aborde leur seul point de vue. Mais nous pensons qu'il est significatif de se focaliser sur elles, car elles gèrent globalement, davantage que les autres membres de la famille, les soins à leurs proches âgés, de façon physique et/ou psychique.

Cela ne signifie pas pour autant que notre étude évite totalement le point de vue d'autres membres de la famille. Nous avons eu l'occasion de conduire une enquête avec l'aidante principale et l'aidante secondaire en même temps. Il s'agit du cas de ^{Mme} Hyosun (sœur aînée) et ^{Mme} Boksun (sœur cadette). Au téléphone, ^{Mme} Boksun nous a demandé de venir chez elle sans nous indiquer que c'était en réalité chez sa sœur, et que c'était sa sœur qui était l'aidante principale. Par coïncidence, ce jour-là le frère aîné était venu voir sa mère avec ses deux filles. Pendant l'entretien il est sorti, en nous disant qu'il allait faire un tour près de la maison, puis il est très vite rentré chez lui avec ses deux filles. Il s'est sans doute méfié de nous, qui voulions obtenir l'histoire familiale, et partir était un moyen tacite de ne vouloir ni écouter ses sœurs en parler ni participer à l'entretien. D'ailleurs, la sœur aînée était aussi prudente pour évoquer le sujet de la prise en charge de sa mère, et elle demandait même à sa sœur cadette de ne pas parler trop en détail. Il est intéressant de noter que notre entretien leur a donné l'occasion de résoudre un malentendu sur la question de la désignation. En effet, dans leur cas, les membres de la famille n'ont tenu aucune forme de réunion pour discuter de la désignation d'aidant principal, c'est ^{Mme} Hyosun qui s'est auto-désignée. Les autres l'ont également considérée d'emblée

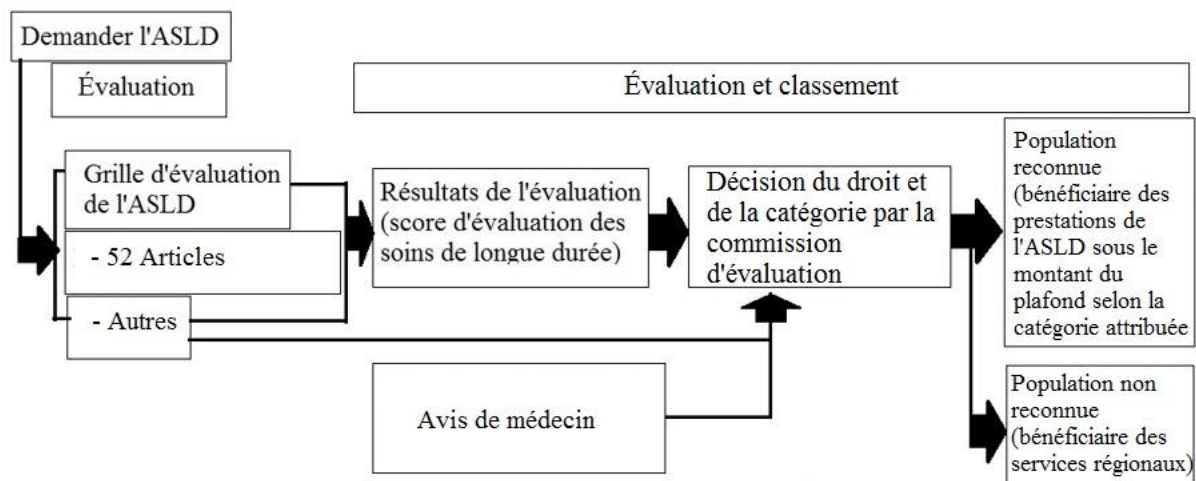
comme aidante principale. C'est lors de notre entretien que ces deux sœurs ont pu discuter de ce sujet pour la première fois. Cet entretien nous a renforcée dans l'idée que l'influence de la culture confucéenne sur la vie familiale n'est guère négligeable. Nous avons remarqué que la majorité des aidantes principales interrogées se trouvent dans une situation identique à la famille de ^{Mme} Hyosun. De ce fait, l'absence du point de vue des aidants secondaires pourra être comblée par la notion d'« autrui généralisé » (ou proche généralisé) que nous présentons dans la partie sur la socialisation au chapitre 1.

Cet aspect est lié à notre deuxième limite. Notre recherche se focalise sur les « aidantes principales », non pas sur les « aidants principaux ». Dans un premier temps, nous n'avions pas limité notre échantillon aux femmes uniquement, mais nous l'avions ouvert aux hommes pour montrer la variété des aidants principaux. Mais tout au long de l'échantillonnage, nous avons eu l'occasion de ne rencontrer qu'exclusivement des aidantes principales. Nous avons posé la question aux directrices des associations d'aide à domicile, mais leurs réactions de mutisme avant d'énoncer la moindre parole ont été identiques, comme s'il n'était pas naturel de trouver des hommes dans le monde des soins. Si certaines, qui semblaient avoir envie de dire « le temps a changé », ont répondu avec insistance « si, il y en a », c'était dans le cas où existaient seulement un ou deux hommes par association. Mais nous n'avons eu aucune occasion de les rencontrer. Par l'entremise d'un lien d'amitié, nous avons pris un rendez-vous avec un homme dans la trentaine, qui s'occupait de sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer. La veille il l'a annulé, en nous disant qu'il préférerait discuter par email, mais c'est en vain que nous lui avons envoyé un message. La faible possibilité de rencontrer des hommes aidants principaux illustre sans doute, implicitement ou explicitement, que le nombre est assez inférieur à celui des femmes aidantes principales. À cause de cela, notre étude se consacre entièrement aux aidantes principales, ce qui nous donne une belle occasion d'étudier de façon plus approfondie les aspects de cette population lors de la prise en charge. De plus, il faut noter que les proches âgés des aidantes principales interrogées sont tous femmes, mère ou belle-mère. Cela limite notre recherche à ne pas comprendre la prise en soin d'un proche âgé masculin. Et cela nous pousse finalement vers une recherche focalisée sur la relation entre mères et filles, ou sur la relation entre belles-mères et belles-filles. Ces relations débouchent sur des caractéristiques, traditionnelle et moderne : si selon la culture patriarcale la prise en charge d'un parent âgé était l'obligation des fils (surtout aînés), c'est à leurs femmes que le rôle de prodiguer les soins a été imposé. Par contre, suivant la montée des valeurs modernes, les fils ne respectent plus forcément la tradition aujourd'hui. Ce sont donc les filles qui les remplacent de plus en plus, surtout en raison de leur relation intime avec leurs mères. Mais, cela ne peut pas expliquer complètement le phénomène de l'« apanage des femmes » dans le rôle d'aidant principal, il est donc nécessaire d'examiner ce point en détail.

ANNEXE 4. FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

A. Figures (F)

F-1. Processus d'évaluation pour bénéficier de l'ASLD



Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

B. Graphiques (G)

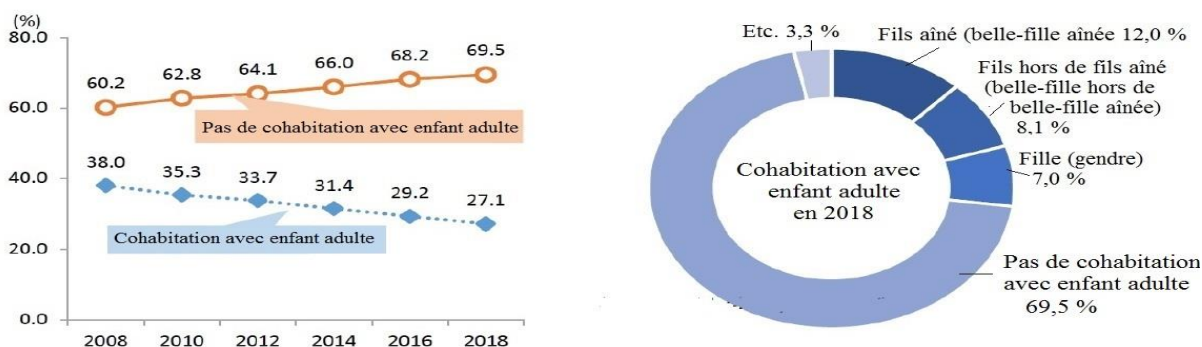
G-1. Évolution de la forme des ménages (1990-2015)



* ménage composé d'une seule personne

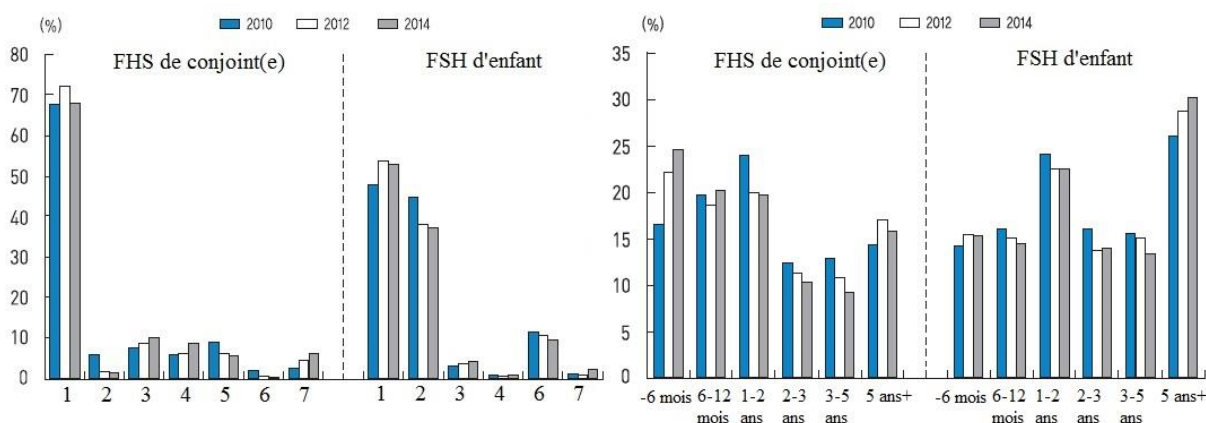
Source : KOSIS. 2015. *Social Research 2015*.

G-2. Évolution de la cohabitation avec enfant adulte



Source : KOSIS. 2018. *Social Research 2018*.

G-3. Causes de la FHS (à gauche) et durée de la FHS entre les membres concernés de famille (à droite) 2010-2014

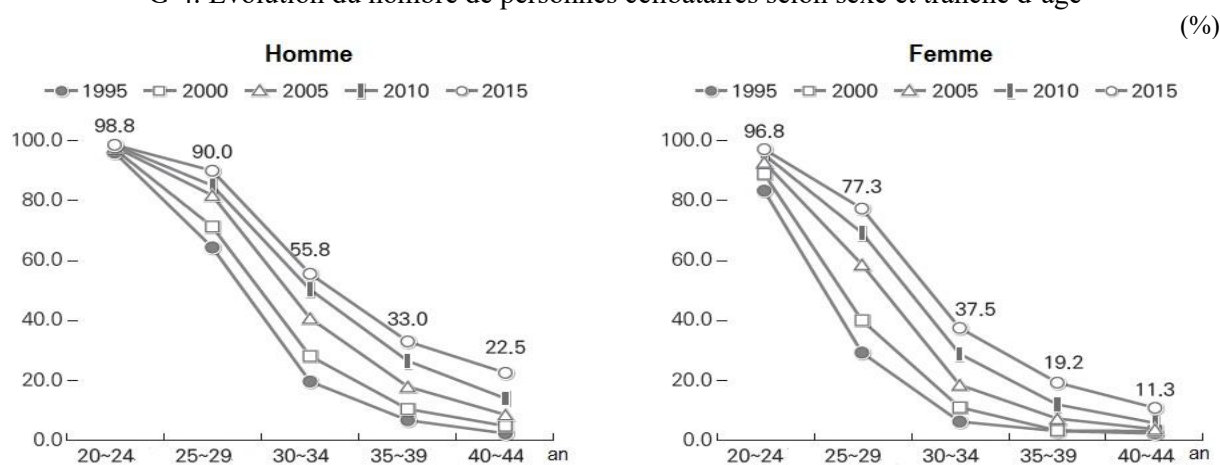


* Il y a des ménages qui sont concernés par les deux cas à la fois.

1. Travail ; 2. Études ; 3. Conflits familiaux ; 4. Problème de santé ; 5. Soutien à l'éducation de son enfant ;
6. Service militaire ; 7. Le reste

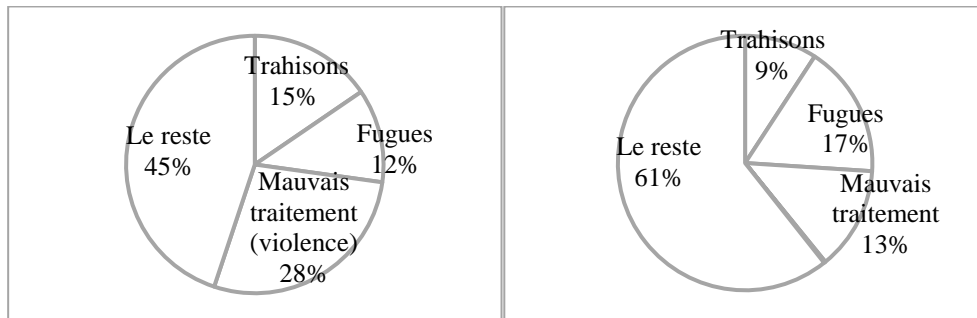
Source : KOSIS. 2016. *Korean Social Trends 2016*. p.71-77. p.72-73.

G-4. Évolution du nombre de personnes célibataires selon sexe et tranche d'âge



Source : S.-L. Lee. 2019. *op.cit.*

G-5. Raisons de divorce chez les femmes (à gauche) et chez les hommes (à droite)



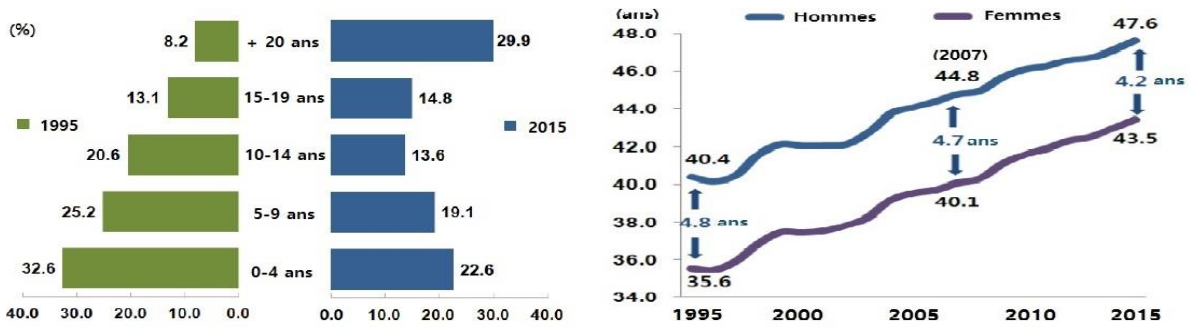
* Le reste : Séparation d'habitation longue durée, incompatibilité de caractère et conflits économiques

**Champ : Il s'agit de tous les âges des personnes divorcées

Source: Centre Coréen d'Aide Juridique pour les relations familiales.

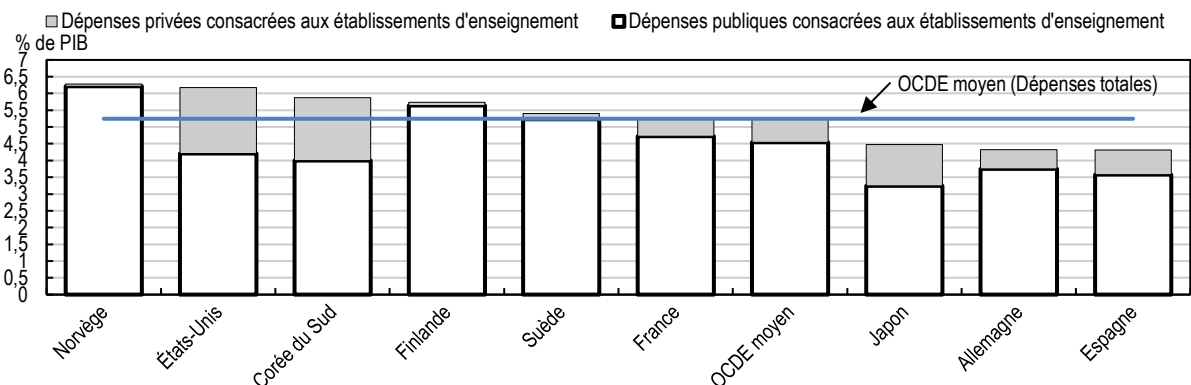
http://lawhome.or.kr/webbook/2018_counselstatic/index.html#page=1

G-6. Proportion de divorce selon l'ancienneté de vie conjugale 1995-2015 (à gauche) et Âge moyen du remariage de vie conjugale 1995 et 2015 (à droite)



Source : KOSIS. 2016. *Statistiques coréennes sur le mariage et le divorce 2015*.

G-7. Dépenses publiques et privées consacrées aux établissements d'enseignement, en pourcentage du PIB 2013

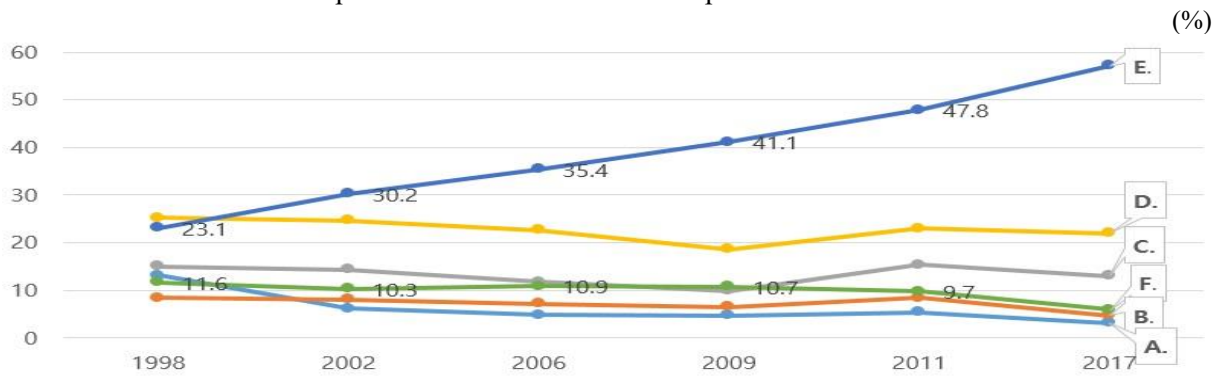


* Les dépenses privées comprennent les dépenses pour l'éducation hors des établissements d'enseignement nationale

Source : OCDE. Table B2.3. Voir Annexe 3 pour notes (www.oecd.org/education/education-at-a-glance-19991487.htm).

Stat Link: <http://dx.doi.org/10.1787/888933397719>

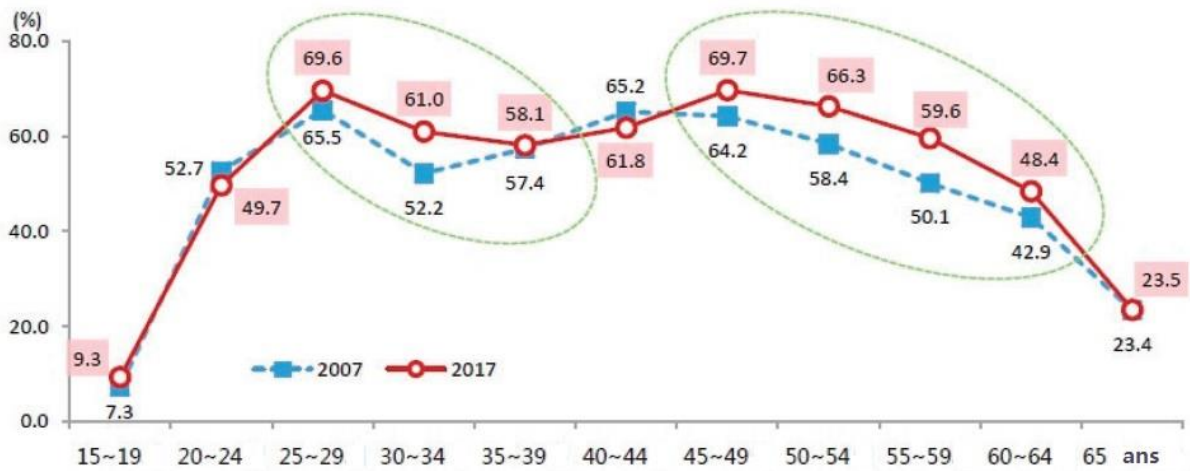
G-8. Perception du travail des femmes du point de vue des hommes (%)



*A : Jusqu'au mariage ; B : Jusqu'à l'accouchement d'un premier enfant ; C : Lorsque les enfants deviennent adultes ; D : Avant l'accouchement et lorsque les enfants ont tous grandi ; E : Il faut travailler sans se préoccuper de la vie familiale ; F : Il faut se consacrer entièrement au foyer

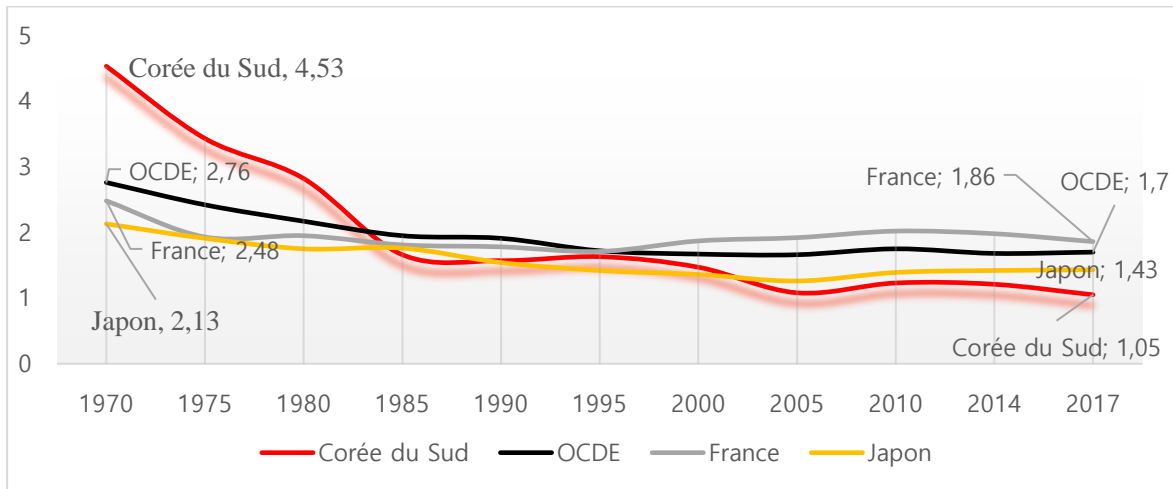
Source : KOSIS. 2017. *Social research.2017.*

G-9. Le Taux de l'emploi des femmes selon la tranche d'âge



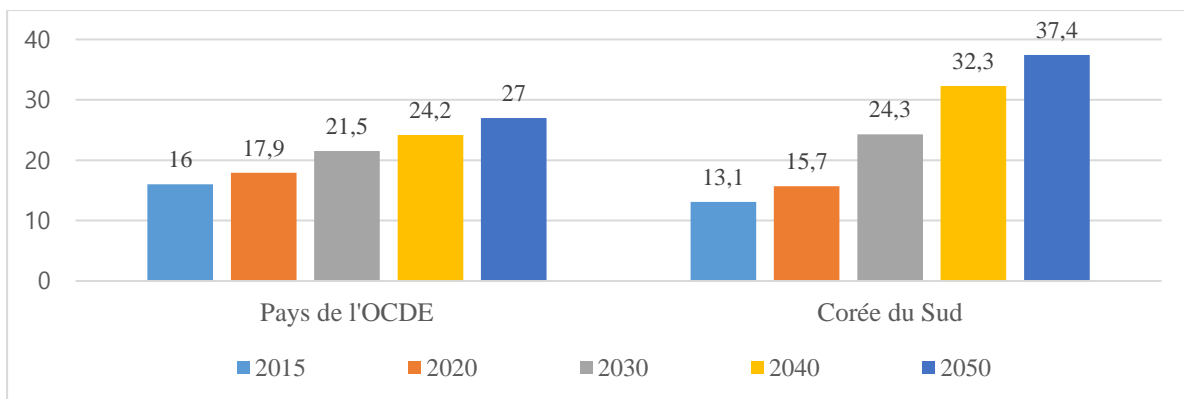
Source : KOSIS. 2018. *Sociale Research 2018.*

G-10. Évolution du taux de fécondité (1970-2017)



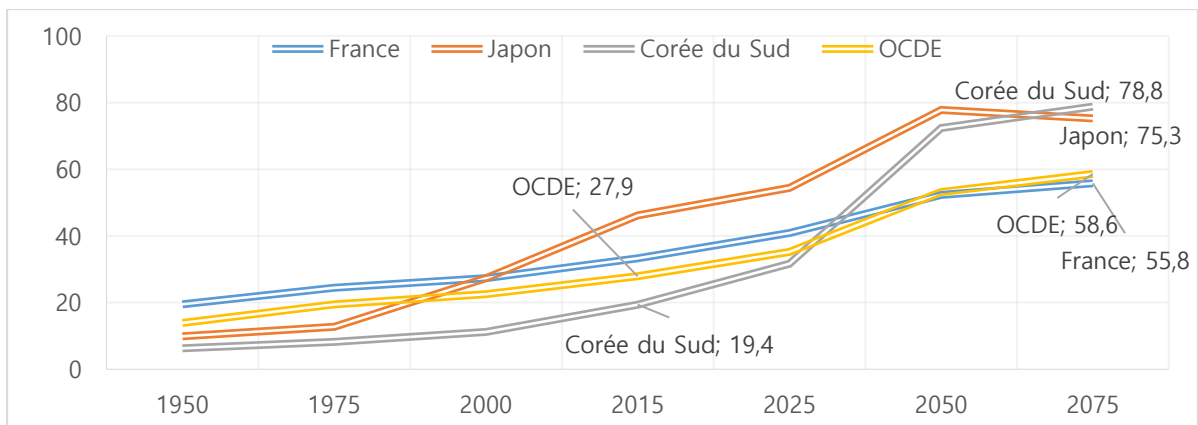
Source : OCDE. 2020. Taux de fécondité (indicateur). doi: 10.1787/cfd1ce95-fr (Consulté le 03 janvier 2020)

G-11. Taux de la population âgée de 65 ans ou plus en 2015 et 2050



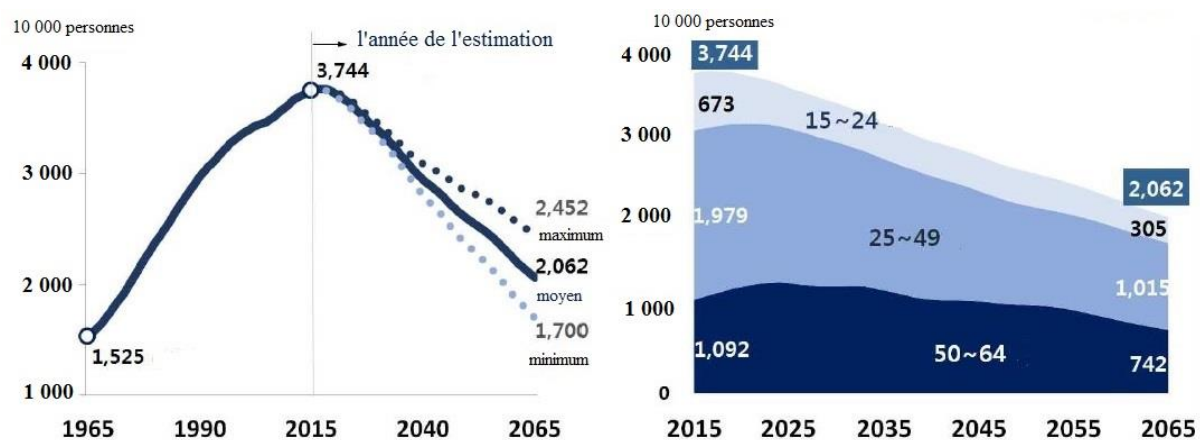
Source : OCDE. 2015. *Pension at a Glance 2015* ; Ministry of Health and Welfare. 2014. *Basic pension for 2015 based on statistics*.

G-12. Ratios démographiques de la dépendance des personnes âgées 1950-2075



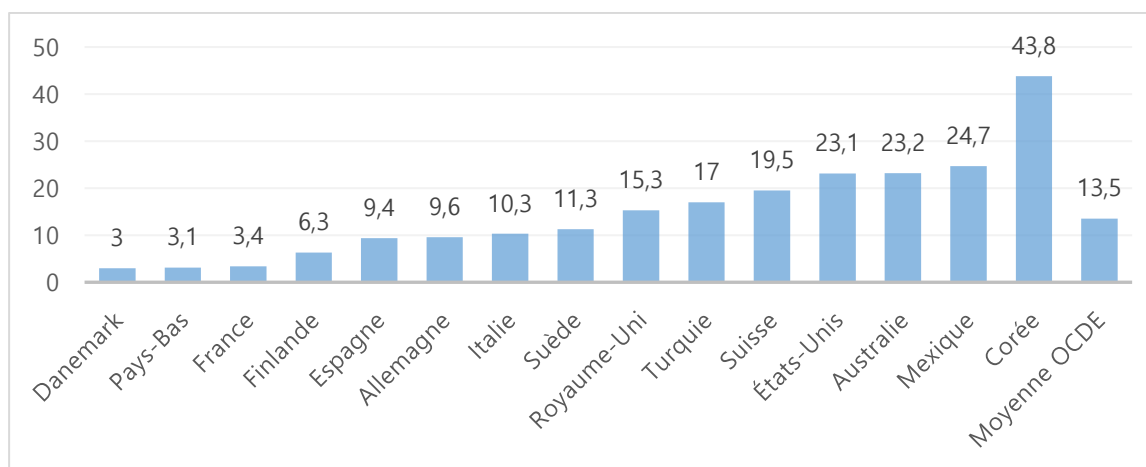
Source : extrait des chiffres de certains pays de l'OCDE, OCDE. 2018. *Panorama des pensions 2017 : les indicateurs de l'OCDE et du G20*

G-13. Évolution et estimation de la population à l'âge du travail



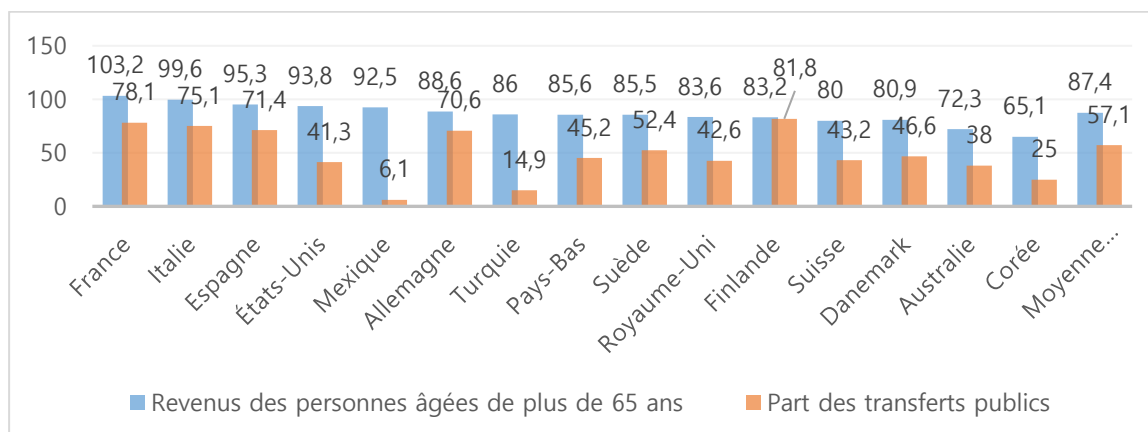
Source : KOSIS. 2016. *Future Population Estimation 2015-2065*.

G-14. Taux de pauvreté des personnes de plus de 65 ans (niveau de vie en dessous des 50 % du revenu médian équivalent) en 2017 (%)



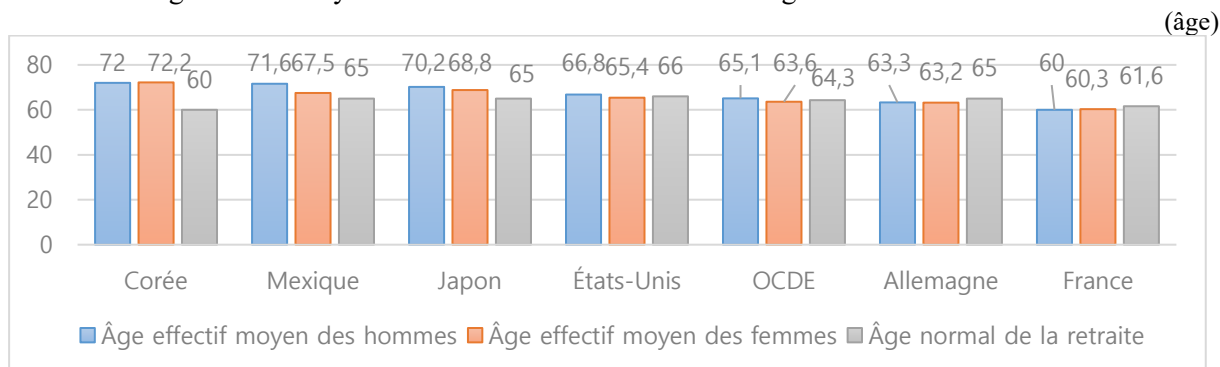
Source : OECD. 2019. *Pensions at a glance 2019: OECD and G20 Indicators*.

G-15. Taux de revenus de la population âgée par rapport à la moyenne des revenus des ménages totaux et part des transferts publics en 2017 (%)



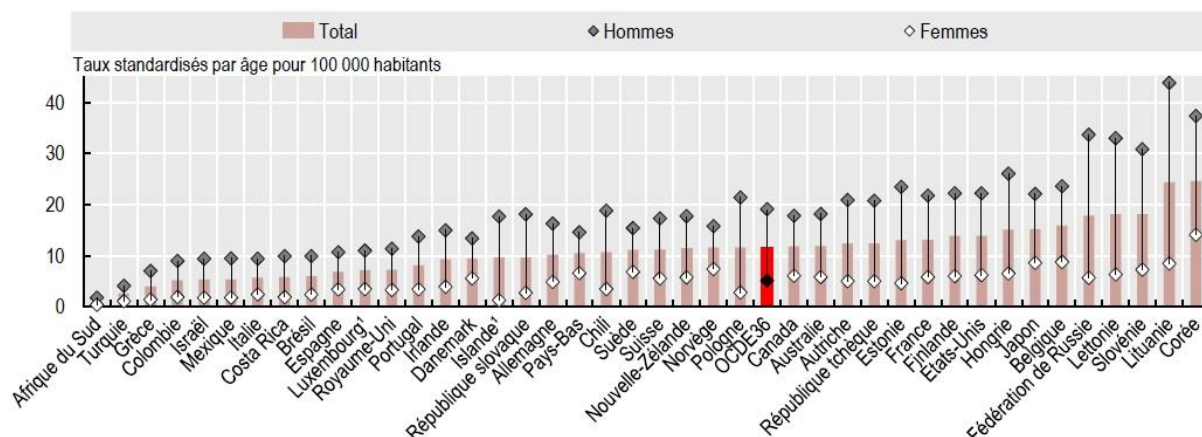
Source : OECD. 2019. *Pensions at a glance 2019: OECD and G20 Indicators*.

G-16. Âge effectif moyen de sortie du marché du travail et âge normal de la retraite en 2016



Source : Estimations de l'OCDE fondées sur les résultats des enquêtes nationales sur la main-d'œuvre et de l'Enquête de l'Union européenne sur les forces de travail., OCDE. 2018. *Panorama des pensions 2017 : les indicateurs de l'OCDE et du G20*. StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/888933633261>

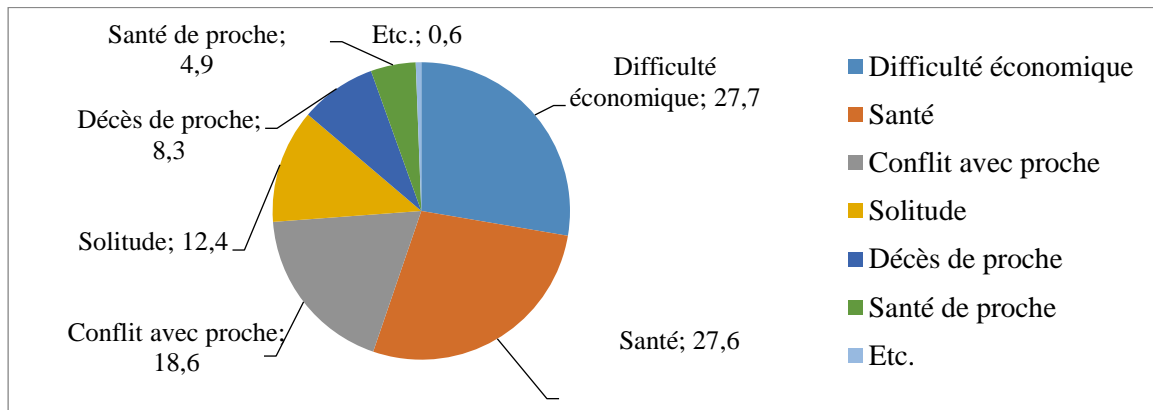
G-17. Taux de suicide des personnes âgées des pays de l'OCDE en 2016



¹ Moyenne sur trois ans.

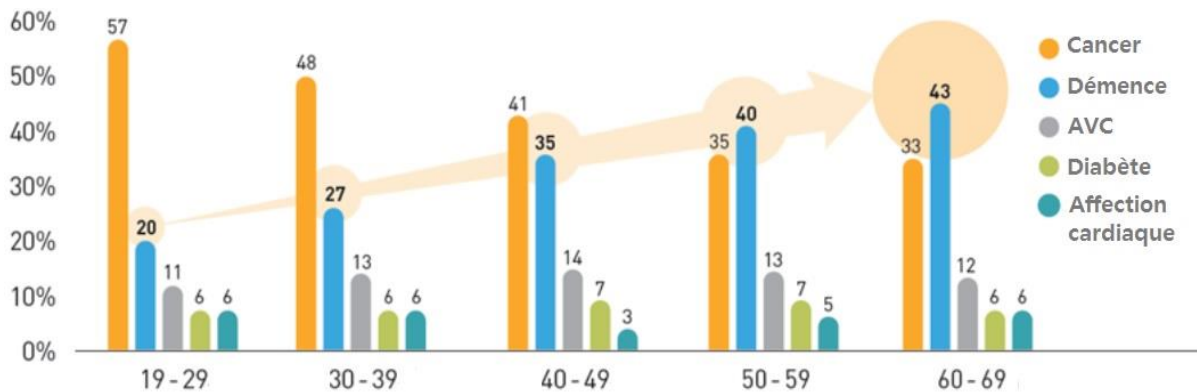
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2019. StatLink : <https://doi.org/10.1787/888934067736>

G-18. Raisons de l'impulsion au suicide chez la personne âgée plus de 65 ans (%)



* Champ : 673 personnes âgées de plus de 65 ans sur 10 073
 Source : K. H. Jeong *et al.* 2017. *op.cit.*

G-19. Maladies qui font le plus peur par tranche d'âge



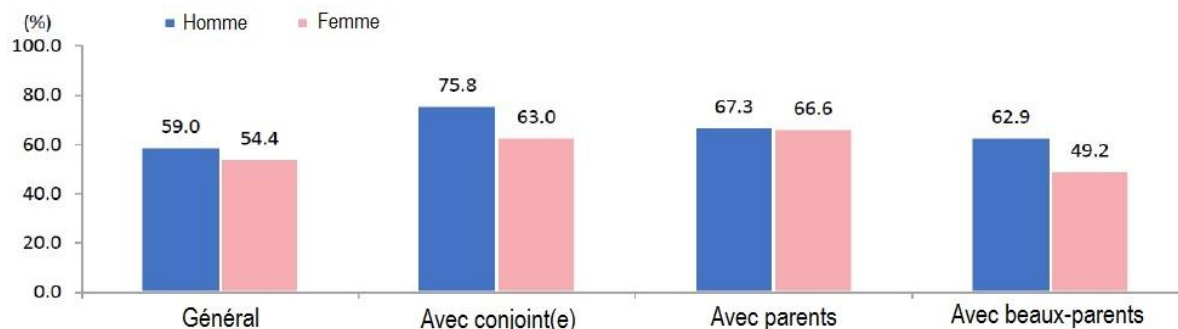
Source: Korean National Institute of Dementia. 2014. *Annual Report 2014.*

G-20. Responsable de la prise en charge des parents



1) la population âgée de 15 ans et plus
 2) Source: KOSIS. 2018. *Social Research 2018.*

G-21. Satisfaction à l'égard des membres de la famille selon le sexe 2018



※ Sur la population qui a répondu "contente"

Source : KOSIS. 2018. *Social Research 2018*.

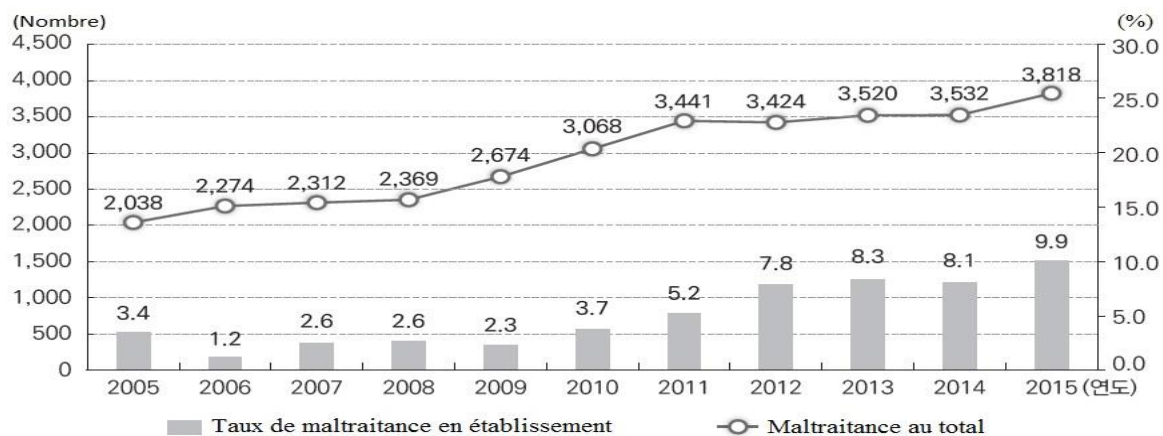
G-22. Évolution du coût pris en charge par l'Assurance maladie



1) AM : l'Assurance maladie

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

G-23. Nombre de maltraitements et taux de maltraitance en établissement chez les personnes âgées



Source : Y. K. Lee. 2017. *op.cit.* p.65.

C. Tableaux (T)

T-5. Nombre de ménage selon le nombre de membres

(1000 ménages, %)

Année	Total	1 membre	2 membres	3 membres	4 membres	Plus de 5 membres
2010	17 656 (100,0)	4 218 (23,9)	4 336 (24,6)	3 798 (21,5)	3 887 (22,0)	1 417 (8,0)
2015	19 111 (100,0)	5 203 (27,2)	4 994 (26,1)	4 101 (21,5)	3 589 (18,8)	1 224 (6,4)

Source : KOSTAT Recensement coréen 1990, 2000, 2010, 2015. : kostat.go.kr

T-6. Proportion de famille en habitation séparée (FHS) 2010-2014

	Proportion sur les ménages entiers			Proportion sur les FHS		
	2010	2012	2014	2010	2012	2014
Total	15,1	19,6	18,7			
	Lieu					
À l'intérieur	13,6	17,9	17,1	90,6	91,3	91,1
À l'extérieur de Corée	1,8	2,2	2,1	11,9	11,2	11,0
	Membre de la famille					
Conjoint(e)	4,4	5,7	5,7	21,1	29,1	30,5
Enfant	12,5	16,3	15,3	82,8	83,2	81,8

* Il y a des ménages qui concernent tous les deux cas.

Source : KOSIS. 2016. *Korean Social Trends 2016*.

T-7. Taux de ménage monoparental

(unité: 1 000 ménage, %)

	2014	2015	2016	2017	2018
Ménages entiers	18 705	19 013	19 285	19 524	19 752
Ménage monoparental	1 970	2 052	2 090	2 127	2 158
Taux de ménage monoparental	10,5	10,8	10,8	10,9	10,9

*Ces chiffres comprennent le nombre de ménage de FHS.

Source: KOSIS. 2017. *Estimation des ménages 2015-2045*

http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=1578&board_

T-8. La fréquence de contact entre parents et enfant (1998-2014)

(%)

Type	Fréquence	1998	2004	2008	2011	2014
Téléphone	Tous les jours	22,6	29,7	25,4	23,9	25,9
	1-2 fois par semaine	51,9	49,8	53,7	59,7	47,0
	1-2 fois par mois	20,1	17,1	16,2	14,9	19,3
	Quelques fois par an	3,6	2,3	4,2	0,9	5,7
	Presque plus	1,8	1,2	0,6	0,7	2,0
Rencontre	Tous les jours	12,3	11,4	10,9	9,4	10,8
	1-2 fois par semaine	28,5	29,7	34,9	38,9	26,9
	1-2 fois par mois	36,5	36,2	30,0	46,5	31,5
	Quelques fois par an	19,2	20,4	7,1	4,2	29,0
	Presque plus	3,5	2,3	1,0	1,0	1,8

Source : Y.-K. Kim. 2016. *op.cit.*

T-9. Taux de satisfaction à l'égard des membres de la famille (2006 et 2018)

(%)

Relation	Année	Satisfaisante	Normale	Insatisfaisante	Total
Famille en général	2006	50,4	40,7	8,9	100,0
	2018	56,6	40,5	2,8	100,0
Conjoint(e)	2006	57,3	33,0	9,7	100,0
	2018	69,5	24,7	5,8	100,0
Enfant	2006	65,7	29,2	5,1	100,0
	2018	75,6	20,9	3,5	100,0
Parents	2006	57,0	37,4	5,6	100,0
	2018	66,9	28,5	4,6	100,0
Beaux-parents	2006	47,6	43,5	9,0	100,0
	2018	56,5	36,6	6,9	100,0
Fratrie	2006	48,2	45,2	6,5	100,0
	2018	-	-	-	-

Source : KOSIS. 2018. *Social Research 2018*.

T-10. Raisons pour lesquelles les femmes mariées (15-49 ans) pensent « l'enfant n'est pas forcément nécessaire » en 2018

(%)

Âge	Vie confortable	Souhait de continuer l'activité professionnelle	Vie conjugale	Pour la vie avec liberté	Difficulté économique	Problème de santé	Société difficile pour l'enfant	Le reste
Total	24,1	2,5	15,6	16,2	11,3	2,4	25,3	2,7
- 25	49,6	6,5	6,5	24,3	6,5	-	6,5	-
25-29	24,7	4,7	26,2	17,9	12,9	-	12,9	0,7
30-34	22,8	3,5	24,0	20,5	7,3	1,4	19,1	1,4
35-39	24,4	2,1	13,2	19,8	10,0	1,6	27,1	1,8
40-44	24,9	2,1	14,4	13,0	11,9	3,4	27,1	3,1
45-49	23,1	2,3	12,6	13,1	13,8	3,0	27,8	4,2

* Les rapports précédents n'ont pas abordé les raisons sur la non nécessité d'avoir d'enfant. Cette question est créée à partir du rapport 2018

** Il s'agit de 1 896 personnes interrogées au total

Source: S.-Y. Lee *et al.* 2018. *The 2018 National Survey on Fertility and Family Health and Welfare*.

T-11. Nombre de déclarations de divorces par tranche de sexe et d'âge 2005 et 2015

(mille personnes, %)

	Hommes				Femmes			
	2005	%	2015	%	2005	%	2015	%
Total	128,0	100,0	109,2	100,0	128,0	100,0	109,2	100,0
- 19ans	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3	0,2	0,2
20-24 ans	1,6	1,2	1,1	1,0	5,0	3,9	3,1	2,8
25-29 ans	7,7	6,0	3,3	3,0	15,7	12,3	7,3	6,7
30-34 ans	21,1	16,5	9,9	9,1	27,3	21,3	14,3	13,1
35-39 ans	27,0	21,1	14,7	13,5	27,6	21,5	17,0	15,6
40-44 ans	27,1	21,2	19,5	17,9	23,6	18,5	20,8	19,1
45-49 ans	20,6	16,1	20,3	18,6	15,6	12,2	18,7	17,1
50-54 ans	10,9	8,5	17,2	15,7	6,9	5,4	13,3	12,2
55-59 ans	6,0	4,7	11,6	10,6	3,3	2,6	8,2	7,5
60 ans +	5,9	4,6	11,6	10,7	2,6	2,0	6,2	5,7

Source : KOSIS. 2016. *Statistiques coréennes sur le mariage et le divorce en 2015*

T-12. Taux d'activité par sexe (15 à 64 ans)

	2000		2007		2016	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
Corée du Sud	52,0	77,1	54,8	77,6	58,4	78,9
Japon	59,6	85,2	61,9	85,2	68,1	85,4
France	61,7	74,4	64,9	74,7	67,9	75,6
Moyen des pays d'OCDE	59,2	80,8	60,9	80,4	63,6	80,0

Source : OCDE. 2017. Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2017. p.215.

T-13. Perception sur la répartition des tâches ménagères (2006 et 2018)

(%)

Année	Répondeur	Conjointe pour la majorité des tâches	Répartition	Conjoint pour la majorité des tâches	Total
2006	Total	65,4	32,4	2,3	100,0
	Femme	59,7	38,4	1,9	100,0
	Homme	71,3	26,1	2,6	100,0
2018	Total	38,4	59,1	2,5	100,0
	Femme	34,2	63,4	2,4	100,0
	Homme	42,7	54,6	2,6	100,0

1) Population de 13 ans et plus

2) Source : KOSIS. 2008, 2018. *Social Research 2008, 2018.*

T-14. Pratique réelle sur la répartition des tâches ménagères (2006 et 2018)

(%)

Année	Répondeur	Conjointe pour la majorité des tâches	Répartition	Conjoint pour la majorité des tâches	Total
2006	Total	89,6	7,7	2,6	100,0
	Femme	89,7	7,9	2,3	100,0
	Homme	89,5	7,5	2,9	100,0
2018	Total	77,0	19,9	3,3	100,0
	Femme	77,8	19,5	2,8	100,0
	Homme	76,2	20,2	3,7	100,0

1) Population mariée de 19 ans et plus

2) Source : KOSIS. 2008, 2018. *Social Research 2008, 2018.*

T-15. La situation de la société vieillissante selon le pays

Pays	Année à laquelle le pourcentage du taux de personnes âgées indiqué est atteint			Temps nécessaire pour atteindre ce pourcentage (en années)	
	7 %	14%	20%	7% → 14%	14% → 20%
Corée du Sud	2000	2018	2026	18	8
France	1864	1979	2018	115	39
Suède	1887	1972	2014	85	42
États-Unis	1942	2015	2036	73	21
Italie	1927	1988	2006	61	18
Japon	1970	1994	2006	24	12

Source : KOSIS 2005. *Senior Statistics 2005*.

T-16. Évolution du nombre de la population entre 1960 et 1980

(en milliers de personnes)

	1960	1970	1980
Nombre de population	25 012	32 241	38 124
Taux de croissance de population (%)	3,01	2,21	1,57
Nombre de croissance de population	753	642	599
Taux de naissance (personne)	6,0	4,53	2,83

Source :KOSIS. 2006. *Estimation de la population future*.

T-17. La prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées coréennes

Catégorie	Total	Sexe (%)		Âge (%)				
		Homme	Femme	65-69	70-74	75-79	80-84	85 et +
Pas de maladie	10,8	15,3	7,6	16,0	10,1	7,5	5,8	8,9
1 maladie	19,5	24,0	16,2	23,1	17,9	16,8	17,6	20,0
2 maladies	23,5	24,8	22,6	22,7	24,1	22,5	24,3	25,9
Plus de 3	46,2	35,9	53,6	38,2	47,8	53,2	52,2	45,2
Moyenne du nombre de maladie	2,6	2,1	2,9	2,2	2,7	2,8	2,9	2,5
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100	100,0	100	100	100
(en personne)	(10 279)	(4 291)	(5 989)	(3,303)	(2 809)	(2 120)	(1 284)	(764)

* Champ : 10 279 personnes âgées coréennes de plus de 65 ans en 2014

Source : K. H. Jeong *et al.* 2014. *Senior Survey 2014*.

T-18. Estimation des malades âgés atteints de la maladie d'Alzheimer

(en personnes, %)

	Estimation du nombre des malades atteints de la maladie d'Alzheimer et apparenté chez les personnes âgées coréennes						
	2000	2010	2017	2020	2030	2040	2050
Plus de 60 ans	-	-	723 319	860 187	1 393 851	2 200 412	3 047 646
Prévalence (%)	-	-	7,06 %	7,20 %	8,10 %	10,51 %	13,80 %
Plus de 65 ans	277 748	469 478	703 968	836 833	1 367 651	2 176 558	3 026 593
Prévalence (%)	8,2 %	8,76 %	9,95 %	10,29 %	10,56 %	12,71 %	16,09 %

Source : Ministry of Health and Welfare. 2018. *Nationwide Survey on the Dementia Epidemiology of Korea 2016*.

T-19. Population âgée, proportion de la population, espérance de vie en moyenne, coût pour subvenir à la population âgée, index du vieillissement

(en personnes, %)

	1970	1980	1990	2000	2010	2015	2020	2030
Population âgée (mille)	1 039	1 446	2 162	3 372	5 425	6 541	8 097	12 691
Âge moyen (ans)¹⁾	18,5	21,8	27,0	31,8	37,9	40,8	43,4	48,5
Proportion de la population âgée	3,3 %	3,9 %	5,0 %	7,3 %	11,3 %	13,2 %	15,6%	24,3%
Espérance de vie en moyenne (ans)	61,9	65,7	71,3	76,0	80,8	82,1	83,2	85,2
Coût pour subvenir à la population âgée par rapport à PIB	5,7%	6,1%	7,4%	10,1%	15,0%	17,9%	21,7%	37,7%
Ratio de l'enfance²⁾	78,2%	54,6%	36,9%	29,4%	22,2%	19,0%	18,6%	20,0%
Ratio de la vieillesse³⁾	5,7%	6,1%	7,4%	10,1%	15,2%	17,9%	22,1%	38,6%
Index du vieillissement⁴⁾	7,8 %	11,4 %	19,4 %	35,0 %	69,7 %	93,1 %	123,7%	212,1%
Nombre de personnes actives pour subvenir une personne âgée	16,5	16,1	13,9	9,8	6,4	5,7	4,5	2,6

1) L'âge moyen : l'âge se situant au milieu des âges de la population totale

2) Ratios de l'enfance : (population âgée de 0 à 4 ans) / (de 15 à 64 ans) * 100

3) Ratios de la vieillesse : (population âgée de 65 ans et plus) / (de 15 à 64 ans) * 100

4) Index du vieillissement : la proportion de la population de plus de 65 ans par rapport à 100 enfants

Source : KOSIS. 2016. *Estimation de l'évolution de la population 2015-2065*.

T-20. Mission de chaque organisme sur l'ASLD

Sujet	Missions
Ministère des Affaires Sociales et de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> a. Directeur général de l'Assurance de soins de longue durée b. Élaboration et ajustement du plan de base pour l'ASLD
Caisse de l'Assurance maladie (assureur)	<ul style="list-style-type: none"> a. Gestion des qualifications des assurés de l'ASLD et de leurs personnes à charge ainsi que des bénéficiaires de l'aide médicale b. Charge et prélèvement de la cotisation ainsi que gestion des fonds c. Investigation sur le demandeur de l'ASLD d. Gestion du comité du classement et décision pour le niveau de l'ASLD e. Rédaction de l'attestation d'évaluation de l'ASLD et offre du plan standardisé pour l'emploi des services de l'ASLD f. Gestion et évaluation des prestations de l'ASLD g. Apport des renseignements, des conseils et des consultations aux bénéficiaires, et aide au support pour l'utilisation des services de soins de longue durée h. Évaluation et versement du coût pour la prestation des services de soins à domicile ou en établissement, et versement de la prestation particulière en espèces i. Inspection sur les contenus de la prestation des services de soins de longue durée j. Recherche, étude et promotion sur le projet des services de soins de longue durée k. Exécution du projet de prévention de la maladie gériatrique l. Recherche de la fraude, et récupération m. Élaboration des normes de l'offre des prestations de soins de longue durée, et installation et gestion des établissements de soins de longue durée afin de vérifier la pertinence du coût des prestations de soins de longue durée n. Autres actions liées à l'ASLD consignées par le Ministre des Affaires Sociales et de la Santé
Institutions des services de soins de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> a. Établie et désignée conformément à la LPPA et la loi sur l'ASLD b. Signature des contrats avec les bénéficiaires de l'offre des services de soins de longue durée c. Facturation à l'assurance maladie du coût des services de soins de longue durée apportés aux bénéficiaires
Collectivités locales	<ul style="list-style-type: none"> a. Élaboration et exécution du plan détaillé pour l'application b. Exécution du projet de prévention des maladies gériatriques c. Autorité d'installer et désigner l'institution offrant les services de soins de longue durée

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-21. Contributions de l'ASLD

Contributions de l'ASLD = cotisation de l'assurance maladie x % de celle de l'ASLD

- Pour l'adhérent au titre de la communauté, 100 % de la charge par l'assuré
- Pour l'adhérent au titre de l'emploi, 50 % respectivement à la charge de l'assuré et de l'employeur
 - pour le fonctionnaire et l'enseignant de l'école, 50 % de la charge respectivement par l'assuré et l'État ou l'école
 - pour l'enseignant de l'école privée, 50 % de la charge par l'assuré, 30 % par l'école, 20% par l'État

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-22. Ressources principales de l'ASLD

Ressources de finances	Contenu
Cotisation de l'ASLD	6,55 % du montant de la participation de l'assurance maladie en 2017 (7,38 % en 2018 et 8,51 % en 2019)
Subvention de l'État	20 % du montant de l'estimation des recettes annuelles de la cotisation de l'ASLD
Charges de l'État et des collectivités locale	Coût des prestations utilisées par les bénéficiaires de l'aide médicale ; coût nécessaire pour la délivrance des prescriptions de soins infirmiers et celle des avis de médecins

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-23. Proportion de la subvention de l'État par rapport aux recettes de cotisation

(billion de wons)

	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes de cotisations (A)	2,49	2,66	2,84	3,05	3,23
Subvention de l'État (B)	0,45	0,50	0,51	0,55	0,58
Proportion (B/A) (%)	18,4	18,9	18,1	18,1	18,0

1) Hors des charges de l'État pour le coût des bénéficiaires de l'aide médicale

Source : National Assembly Budget Office. 2018. *2018-2027 Elderly Long Term Care Insurance Finance vista*, p.10.

T-24. Situation de finances de l'ASLD

(billion de wons)

	Recettes		Dépenses		Réserves accumulées
	Montant	Taux de hausse	Montant	Taux de hausse	
2008	0,75	-	0,57		0,17
2009	2,02	169,2	1,87	227,9	0,32
2010	2,77	37,0	2,55	35,9	0,54
2011	3,17	14,5	2,77	8,5	0,94
2012	3,47	9,4	2,91	5,0	1,50
2013	3,44	8,0	3,29	13,1	1,95
2014	4,04	7,9	3,73	13,6	2,26
2015	4,32	7,0	4,23	13,2	2,35
2016	4,66	7,8	4,70	11,2	2,30
2017	5,08	9,0	5,41	15,0	1,98

Source : National Assembly Budget Office. 2018. *2018-2027 Elderly Long Term Care Insurance Finance vista*, p.27.

T-25. 52 articles d'évaluation

Catégories		Articles (52)		
Fonctions physiques dans les actes quotidiens (12 articles)		<ul style="list-style-type: none"> · (Dés)Habillage · Manger · S'asseoir · Utiliser les toilettes · Shampooing 	<ul style="list-style-type: none"> · Toilette · Prendre douche ou bain · Changement de place (s'asseoir de nouveau) · Contrôler les excréments 	<ul style="list-style-type: none"> · Brossage des dents · Changement de position · Sortir de la chambre · Contrôler l'urine
Fonction cognitive (7 articles)		<ul style="list-style-type: none"> · Trouble mnésique pour la court terme · Diminution de la capacité de raisonner · Trouble de connaissance sur l'âge et la date de naissance 	<ul style="list-style-type: none"> · Trouble de connaissance sur les instructions · Trouble de connaissance du lieu 	<ul style="list-style-type: none"> · Trouble de connaissance sur la date · Trouble de communication et de transmission
Troubles comportementaux (14 articles)		<ul style="list-style-type: none"> · Délire · Hallucinations, Hallucinations auditives · Propos injurieux, comportements violents · Vouloir sortir sans cesse · Abîmer les objets 	<ul style="list-style-type: none"> · Aller et venir en long et en large ; s'agiter · Se perdre · Cacher de l'argent ou des objets · Habillage inapproprié · Trouble comportemental malpropre par des excréments 	<ul style="list-style-type: none"> · Comportement inapproprié · Dépression, parfois avec larme · Sommeil irrégulier ; confusion entre jour et nuit · Résistance à l'aide
Besoins de soins infirmiers (9 articles)		<ul style="list-style-type: none"> · Soins infirmiers par incision bronchique · Aspiration ; · Oxygénothérapie · Soins sur le diabète 	<ul style="list-style-type: none"> · Nutrition entérale · Soins de l'escarre · Soins de la douleur du patient atteint du cancer 	<ul style="list-style-type: none"> · Soins du cathéter · Soins stomiques · Soins infirmiers en dialyse
Besoins de Rééducation fonctionnelle (10 articles)	Troubles moteurs (4 articles)	<ul style="list-style-type: none"> · Membre supérieur gauche · Membre supérieur droit 	<ul style="list-style-type: none"> · Membre inférieur gauche · Membre inférieur droit 	
	Problème d'articulation (6 articles)	<ul style="list-style-type: none"> · Articulation d'épaule · Articulation du genou 	<ul style="list-style-type: none"> · Articulation du coude · Articulation de la cheville 	<ul style="list-style-type: none"> · Articulation du poignet et de la main · Articulation de la hanche

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-26. Classement des catégories de l'ASLD

Cat.	Critère de score	Contenu
1	95 et plus	Etat grabataire et presque incapacité de mener la vie quotidienne - état grabataire où la personne ne parvient pas à bouger par soi-même - nécessité de l'intervention permanente d'une personne pour aider à effectuer les actes de la vie quotidienne telle que manger, aller aux toilettes, s'habiller, etc. La personne ayant totalement besoin de se faire aider par autrui.
2	75 à 94	Etat dans lequel la personne a des difficultés pour mener la vie quotidienne - incapacité de rester assise longtemps même si la personne utilise un fauteuil roulant, - nécessité de l'intervention permanente d'une personne pour aider à effectuer les actes de la vie quotidienne telle que manger, aller aux toilettes, s'habiller, etc. - personne qui reste au lit la plupart du temps La personne ayant considérablement besoin de l'aide d'autrui.
3	60 à 74	Etat où la personne a besoin de soins de longue durée - nécessité d'aide partielle pour manger, aller aux toilettes, s'habiller, etc. - personne qui ne peut sortir qu'avec l'aide d'une autre personne La personne ayant partiellement besoin de l'aide d'autrui.
4	51 à 59	La personne ayant besoin de se faire aider de temps en temps par autrui.
5	45 à 50	La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer dont le symptôme est léger.

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-27. Plafond du montant mensuel des prestations de l'ASLD

(unité : won)

Type \ Cat.		1	2	3	4	5
Prestations à domicile		1 252 000	1 103 400	1 043 700	985 200	843 200
		(= 927 euros)	(=817 euros)	(=773 euros)	(=730 euros)	(=625 euros)
Prestations en établissement	EHSLD	1 711 200	1 587 900	1 464 300	1 464 300	1 464 300
	FL	1 538 700	1 427 700	1 316 100	1 316 100	1 316 100

1) 1350 won = 1 euro

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-28. Évolution du nombre de demandeur et de la population reconnue 2012-2017

(unité : en personnes, %)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Population âgée de 65 ans et plus	5 921 977	6 192 762	6 462 740	6 719 244	6 940 396	7 310 835
Demandeur de l'ASLD	643 409	685 852	736 879	789 024	848 829	923 543
Population évaluée (Reconnue + hors de catégorie)	-	535 328	585 386	630 757	681 006	749 809
Population reconnue par l'ASLD (taux de reconnaissance)	341 788 (69,0%)	378 493 (70,7%)	424 572 (72,5%)	467 752 (74,2%)	519 850 (76,3%)	585 287 (78,1%)
Proportion sur la population âgée	5,8%	6,1%	6,6%	7,0%	7,5%	8,0 %

1) Niveau A hors des niveaux de l'ASLD bénéficie de service d'aide aux personnes âgées à domicile, mais pas le service de l'ASLD. Nous avons déjà mentionné ce propos dans le texte sur les historiques des années 2000.

2) Jusqu'avant juillet 2013, les niveaux existaient de 1 à 3. Après, de 1 à 5.

3) Fin de l'année, hors de cas décédé

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T- 29. Nombre de la population reconnue selon catégorie et qualification en 2017

		Total	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4	Cat.5
2017	Population totale (%)	585 287 (100,0)	43 382 (7,4)	79 853 (13,6)	196 167 (33,5)	223 884 (38,2)	42 001 (7,1)
	Femme	427 100 (73 %)	30 971	59 071	140 407	165 361	31 290
	Homme	158 187 (27 %)	12 411	20 782	55 760	58 523	10 711
	Normal	377 499 (64,4)	28 362	51 158	126 957	142 031	28 991
	Bénéficiaire des réductions ¹⁾	109 385 (18,6)	7 916	16 041	38 199	40 411	6 818
	Bénéficiaire de l'aide médicale	7 107 (1,2)	488	964	2 385	2 754	516
	Bénéficiaire du minimum vital	91 296 (15,5)	6 616	11 690	28 626	38 688	5 676

1) Il s'agit des assurés ayant des revenus inférieurs à ceux que le ministre fixe, et ils peuvent bénéficier de 40 à 60 % de réduction dans le reste à charge ; des ménages sinistrés ou incapables de subvenir aux besoins. Les bénéficiaires des réductions, de l'aide médicale et du minimum vital bénéficient de quelques réductions du reste à charge.

2) Fin de l'année, hors des décès

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-30. Taux de l'attribution des catégorie 1 et 2 selon régions (%)

Attribution de la catégorie 1						Attribution de la catégorie 2				
R	Région	2012	2013	2014	Score	R	Région	2012	2013	2014
1	Séoul	10,7	9,8	9,1	67,0	1	Chungbuk	18,4	16,9	15,5
2	Île de Jeju	9,3	9,0	9,1	64,3	2	Séoul	17,7	16,6	15,3
3	Kangwon	11,2	9,8	9,0	65,7	3	Kangwon	16,4	16,4	15,0
4	Chungbuk	10,0	9,1	7,8	65,3	4	Kyeonggi	15,4	14,4	13,4
...
14	Kyeongnam	4,9	4,5	4,3	58,6	14	Jeonnam	12,0	10,7	9,8
15	Kwangju	5,2	4,8	4,2	58,0	15	Kyeongnam	10,7	10,2	9,6
16	Jeonnam	4,6	4,2	3,7	57,7	16	Kwangju	10,5	9,6	8,3
17	Jeonbuk	4,3	3,8	3,6	56,6	17	Jeonbuk	9,3	8,3	7,4
Moyenne		7,7	7,0	6,4	62,0	Moyenne		14,0	13,3	

1) Le rang (R) est mis selon les données 2014

2) Score lors de l'évaluation de la visite à domicile

Source : H.-S. Ha. 2015. *op.cit.* p.35.

T-31. Taux de reste à charge

		Assuré de l'assurance maladie			Bénéficiaire de l'aide médicale	
		+ de 50 %	25-50 % ¹⁾	0-25 %	Bénéficiaire de l'aide médicale	Bénéficiaire du minimum vital
Réduction du reste à charge		Non	40 % réduction	60 % réduction	60 % ²⁾ réduction	Exemption entière
Taux de reste à charge	Domicile	15 %	9 %	6 %	6 %	Exemption entière (sauf le coût qui n'est pas couvert par l'ASLD) ³⁾
	Établissement	20 %	12 %	8 %	8 %	
Sujet qui charge de coût		Recettes de cotisation de l'ASLD			Coût chargé par l'État et les collectivités locales	Coût entièrement chargé par les collectivités locales

1) Depuis 2018, quand le montant de la cotisation de l'assuré s'élève entre 25 et 50 % et entre 0 et 25 %, l'assuré ayant un revenu moyen inférieur peut bénéficier de la réduction.

2) Avant 2018, le taux de réduction des bénéficiaire de l'aide médicale était à 50 %.

3) Il s'agit des frais de repas, des frais supplémentaires pour l'utilisation d'une chambre de niveau supérieur, les soins de beauté, etc.

Source : National Assembly Budget Office. 2018. *2018-2027 Elderly Long Term Care Insurance Finance vista*, p.17.

T-32. Types des prestations à domicile (l'article 23 de la loi de l'ASLD)

	Type	Contenu
Prestations à domicile	Service d'aide à domicile	Service à domicile pour soutenir des activités physiques et le ménage
	Service de bain à domicile	Intervention d'une aide-soignante à domicile avec un véhicule équipé d'une baignoire et des matériels de bain
	Soin infirmier à domicile	Intervention d'une infirmière ou apparentée à domicile suivant les instructions d'un médecin, dentiste ou spécialiste de médecine orientale, exécution des soins, assistance aux soins, consultation sur les soins ou service d'hygiène dentaire ;
	Service d'accueil de jour et de nuit	Service de garde des bénéficiaires dans un centre de court séjour ponctuellement, service de jour ou de nuit pour quelque temps par jour, offre de soutien dans les actes physiques, ateliers ou exercices pour améliorer ou maintenir l'état de santé.
	Service de court séjour	Service de garde des bénéficiaires dans un centre de court séjour pendant une certaine période autorisée par le ministre des affaires sociales de la santé, offre de soutien dans les actes physiques, ateliers ou exercices pour améliorer ou maintenir l'état de santé.
	Achat ou emprunt des matériels techniques en faveur des soins	Offre des appareils nécessaires pour les actes physiques dans la vie quotidienne ou offre des services de visite à domicile pour l'aide à la réinsertion après l'hospitalisation comme le précise le décret du Président.
Prestations en établissement	Établissement d'hébergement de soins de longue durée	Service d'hébergement qui offre les soins de longue durée aux personnes atteintes des maladies liées au vieillissement.
	Foyer collectif des personnes âgées	Service d'hébergement, dans l'ambiance comme domicile, qui offre les soins de longue durée aux personnes atteintes des maladies liées au vieillissement
Prestation particulière en espèce	Allocation de soin familial	Le versement d'allocation s'effectue 1. lorsqu'il n'existe pas de service d'aide à domicile dans la région isolée où le bénéficiaire réside ; 2. lorsque la personne ne peut pas avoir recours aux prestations à domicile en raison des sinistres ou d'autres similaires ; 3. lorsque la personne est considérée par le ministre des affaires sociales et de la santé comme un cas particulier pour des raisons physique et psychique particulières.

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-33. Tarifs des prestations à domicile

(par une intervention, wons)

Tarifs des prestations à domicile								
Aide à domicile	+30mn	+60 mn	+90 mn	+120 mn	+150 mn	+180 mn	+210 mn	+240 mn
	11 810	18 130	24 310	30 690	34 880	38 560	41 950	45 090
	20 % de plus en soir, 30 % de plus en nocturne ou jour férié							
Service de bain à domicile	Utilisation de la voiture équipée (bain à l'intérieur de la voiture)			Utilisation de la voiture équipée (bain à l'intérieur du domicile)			Non utilisation de la voiture équipée	
	72 540			65 410			40 840	
	80 % du coût appliqué en cas de la durée des services entre plus de 40 mn et moins de 60 mn							
Soins infirmiers à domicile	Moins de 30 mn			Plus de 30 mn			Plus de 60 mn	
	33 640			42 200			50 770	
	20 % de plus en soir, 30 % de plus en nocturne ou jour férié							
CAJN			Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4	Cat5	
	Plus de 3h		29 080	26 920	24 850	23 720	22 590	
	Plus de 6h		38 980	36 110	33 330	32 200	31 060	
	Plus de 8h		48 490	44 920	41 470	40 340	39 190	
	Plus de 10		53 420	49 480	45 720	44 570	43 430	
	Plus de 12h		57 280	53 070	49 030	47 890	46 750	
ECS	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4	Cat.5	Par jour		
	48 220	44 670	41 250	40 160	39 070			
EHSLD	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4	Cat.5			
	59 330	55 060	50 770	50 770	50 770			
FC	Cat.1	Cat.2	Cat.3	Cat.4	Cat.5			
	52 940	49 120	45 280	45 280	45 280			

CAJN : Centre d'accueil de jour et de nuit ; ECS : Établissement de court séjour ; EHSLD : Établissement d'hébergement de soins de longue durée ; FC : Foyer collectif

Source : <http://www.law.go.kr/>

T-34. Nombre des bénéficiaires des prestations de l'ASLD

	Total	Prestations à domicile					Prestations en établissement		
		Aide à domicile	Service de bain	Soin infirmier	CAJN	ECS	Équipements	EHSLD	FC
Nombre de Bénéficiaire Total	578 867	317 195 (54,7%)	68 590 (11,8%)	11 485 (1,9 %)	74 081 (12,7 %)	5 421 (0,9%)	246 960 (42,6 %)	176 041 (30,4%)	24 434 (4,2 %)
Cat. 1	46 508	13 764	3 890	1 654	412	250	19 756	22 540	2 811
Cat. 2	94 568	32 418	8 146	1 869	2 723	861	34 956	48 534	6 592
Cat. 3	227 970	121 297	25 848	4 217	22 383	2 394	97 457	76 353	10 730
Cat. 4	244 124	164 804	33 349	4 255	35 371	1 881	103 149	48 574	6 784
Cat. 5	39 027	16 290	2 997	367	20 701	462	13 226	2 541	367

1) Fin de l'année 2017

2) « Total » des bénéficiaires de prestations de l'ASLD et des institutions pourvoyant des services dont la valeur exclue les doublons dans le type de prestations et les catégories de niveau.

Source : NHIS. 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-35. Nombre des institutions de l'ASLD selon caractère lucratif

	Total	Prestation à domicile						Prestation en établissement	
		Aide à domicile	Service de toilette	Soins infirmiers	CAJN	ECS	Équipes	Établissements	
								EHSLD	FL
Total	20 377	11 662	9 357	650	2 795	218	1 892	3 289	2 015
Collectivités locales	207	31	16	3	94	4	-	90	11
Personne juridique	3 713	1 521	1 104	105	890	42	253	1 186	192
Individu	16 375	10 058	8 197	538	1 798	172	1 632	2 003	1 807
Reste	82	52	40	4	13	-	-	10	5

1) Fin de l'année 2017

Source : NHIS, 2018. *Long Term Care Insurance Statistical Yearbook 2017*.

T-36. Types de service d'aide à domicile

	Types	Contenus
Aide aux actes physiques	Aide à la toilette	Toilette du visage, du cou ; rangement après l'aide
	Soins dentaires	Aide pour la propreté dentaire ; surveillance du brossage ; rinçage de la bouche ; soin du dentier ; rangement après l'aide
	Shampooing	Aide de déplacement jusqu'au lavabo ; shampooing ; séchage des cheveux ; rangement après l'aide
	Soins corporels	Coiffure, coupe des ongles ; surveillance du rasage ; maquillage ; rangement après l'aide
	(Dés)Habillage	Sortie du vêtement (chaussettes, chaussures) ; surveillance ou/et guide ; (dés)habillage du sous-vêtement ; vêtement extérieur ; rangement après l'aide
	Aide au bain	Préparatifs de la baignoire ; aide aux mouvements ; toilette du corps ; habillage ; rangement après l'aide
	Aide aux besoins	Aide au déplacement aux toilettes ; aide pour l'excrétion ; surveillance ; changement de couche ; arrangement après l'excrétion ; rangement
	Aide au repas	Mise à table ; accompagnement au repas ; nettoyage du vomi
	Changement de position corporelle	Changement de position corporelle ; relever et asseoir
	Aide au déplacement	Déplacement du fauteuil roulant au lit ; aide à marcher ; promenade
Aide à la vie quotidienne	Maintien de la fonction physique	Prévention contre l'entorse de l'articulation ; marche ; aide à l'exercice de se tenir debout ; aide à l'exercice avec l'appareil ; aide à la mise en appareil ; aide à l'exercice du sport ou entraînement de la vie quotidienne
	Cuisine	Préparatifs à la cuisine ; cuisine ; débarrassage ; vaisselle ; mise du torchon à bouillir ; tri sélectif des aliments
	Nettoyage et rangement	Rangement de l'espace où la personne bénéficiaire demeure longtemps (chambre, salle de séjour), nettoyage des toilettes ; tri sélectif des déchets ; rangement à l'intérieur ; rangement du lit ; rangement de la coiffeuse, des étagères, de l'armoire
	Lavage	Vêtements, chaussettes, serviettes de toilette, draps, chiffons de la

		personne bénéficiaire
	Accompagnement de sortie	Promenade ; courses, (gestion de la monnaie et du reçu) ; accompagnement à la banque, aux bureaux administratifs ou à l'hôpital, puis jusqu'au domicile
	Service de remplaçant	Service d'achat des choses que la personne bénéficiaire souhaite acheter
	Soutien moral	Visite pour vérifier son bien-être ; interlocuteur communicatif ; encouragement ; activité artistique pour l'expression sentimentale telle que le chant
	Conseil de la vie quotidienne	Conseil sur les problèmes de la vie quotidienne
	Aide à la communication	Transmission de messages ou des besoins de la personne bénéficiaire pour la communication
	Mesures prises contre la situation d'urgence	En cas de situation d'urgence, appel au 911 et au tuteur de la personne bénéficiaire
	Mesures prises contre le changement comportemental	Prendre des mesures à l'égard des comportements inappropriés tels que la fugue, la malpropreté, la violence, les propos injurieux, l'obsession
	Autres	D'autres services qui ne sont pas mentionnés

Source : <http://www.longtermcare.or.kr/> Guide de service d'aide à domicile

T-37. Évolution du nombre des AS qui exercent dans le métier et nombre par tranche d'âge et de sexe

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre	233 459	252 663	266 538	294 788	313 013	351 379
	- 40 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70 et +	Total
Femme	6 115	40 487	152 316	118 614	15 917	333 449
Homme	1 519	2 247	4 801	5 775	3 588	17 930
Total	7 634	42 734	157 117	124 389	19 505	351 379

Source : Les données demandées à titre individuel à l'Assurance maladie par I. L. Ryu. 2017, p. 201-202.

T-38. Matières et nombre d'heure d'aide-soignante

	Matière	Contenu de formation	Nombre d'heure de formation	
			T	P
Théorie (80 h) / Pratique (80 h)	Théorie de l'introduction de l'aide-soin	Système de l'ASLD et services	5	-
		Objectif et fonction du travail d'AS	2	-
		Éthique de l'AS et son attitude	8	6
		Compréhension de la personne soignée	2	-
	Connaissance élémentaire sur l'aide-soin	Connaissance élémentaire de soins médicaux et infirmiers	12	3
	Théorie détaillée sur l'aide-soin	Technique élémentaire pour la protection et le soin (ingestion, évacuation, propreté individuelle ainsi que de l'environnement)	14	22
Théorie (80 h) / Pratique (80 h)	Théorie détaillée sur l'aide-soin	Technique élémentaire pour la protection et le soin (changement de position et déplacement, sécurité, contamination)	9	14
		Aide au ménager et à la vie quotidienne	4	6
		Aide à la communication et au loisir	5	6
		Aide à l'utilisation des services	3	4
	Théorie détaillée sur le soin particulier	Méthodologie pour l'enregistrement du travail et son compte rendu	3	4
		Technique de soin des malades déments	6	6
		Technique de soin pallier	3	3
		Technique du traitement d'urgence	4	6
Au total			①80	②80
Pratique terrain	Stage en établissement	Stage intégral 1	40	
	Stage à domicile	Stage intégral 2	40	
	Au total		80	
①+②+③ au total			240	

Article 39-2 de la LPPA, article 195 du décret relatif à l'application de la LPPA

T-39. Évolution du nombre des aides-soignantes et des aides-soignantes familiales

	Type de soin	09. 2009	03. 2010	09. 2010	03. 2011	09. 2011	02. 2012
Aide-soignante	Aide à domicile	79 724	105 020	123 538	126 261	118 696	115 624
	Service de toilette	17 356	27 822	36 621	37 846	33 245	33 895
	Soin d'infirmier	503	497	492	475	467	498
	Total	83 759	110 124	130 397	133 335	124 035	120 613
Aide-soignante familiale	Aide à domicile	15 496	31 471	41 191	44 050	47 176	44 620
	Service de toilette	5 212	12 417	18 500	19 736	18 122	18 820
	Soin d'infirmier	7	11	9	13	21	30
	Total	16 509	32 015	41 865	44 770	49 059	46 392
Proportion d'aide-soignante familiale		19 %	29 %	32 %	34 %	40 %	38 %

Source : N. J. Yang. 2013. *op.cit.*

T-40. Évolution de critère de reconnaissance pour l'aide-soignante familiale et évolution de volume d'heure de soin

	Critère de reconnaissance pour l'aide-soignante familiale		Volume d'heure de soin	Etc.
Le 30. 06. 2008	Famille cohabitant	Famille qui cohabite avec le bénéficiaire sous le même toit (l'article 779 du Code civile)	120 minutes / 31 jours	-
Le 30. 06. 2009	Famille cohabitant	Famille qui cohabite avec le bénéficiaire sous le même toit (l'article 779 du Code civile)	90 minutes / 31 jours	Réduction du volume d'heure
Le 10. 05. 2010	Famille cohabitant	L'extension du sens du même toit. La famille habite dans le même bâtiment (appartement)	90 minutes / 31 jours	Extension du critère de cohabitation
Le 29. 06. 2011	Famille (cohabitant, non cohabitant)	Conjoint(e), parents en ligne directe, fratrie, conjoint(e) des parents en ligne directe, les parents en ligne directe de conjoint(e), la fratrie de conjoint(e)	60 minutes / 20 jours	Extension du critère de famille ; réduction du volume d'heure
	Famille avec cause	Conjoint(e) de plus de 65 ans ou troubles comportementaux due à la démence du bénéficiaire	90 minutes / 20 jours (possibilité de demande complémentaire)	
1^{er}. 01. 2014	Famille	Restriction de soins familiaux - celles qui sont affiliées à l'assurance maladie à titre employée qui exercent 160 heures par mois	-	Mise en critère
1^{er}. 01. 2016	Famille	Restriction de soins familiaux - extension de définition de l'exercice du travail : de « celles qui sont affiliées à l'assurance maladie » à « tous les employées »	-	Renforcement de critère de restriction

Source : D. Sunwoo *et al.* 2016. *Performance Evaluation and Improvement on Long-Term Care Insurance*, p.419 ; S.-H. Lee. 2017. « Current State of the Family Caregiver Support Policy and Improvement Suggestions for Long-term Care Service », *Health and welfare policy forum*, p.92.

T-41. Caractéristiques des aides-soignantes familiales et des aidants familiaux

		Répondants total (N=235)		Aide-soignante familiale (N=85)		Aidants familiaux (N=150)	
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
sexe	Homme	58	24,7	8	9,4	50	33,3
	Femme	177	75,3	77	90,6	100	66,7
Âge		55,9	10,9	56,8	9,4	55,4	11,7
Forme de la cohabitation	cohabitation	178	75,7	73	85,9	105	70,0
	non	57	24,3	12	14,1	45	30,0
Relation avec le bénéficiaire	Conjoint(e)	57	24,3	26	30,6	31	20,7
	Enfant adulte	106	45,1	33	38,8	73	48,7
	Conjoint(e) de l'enfant adulte	72	30,6	26	30,6	46	30,7
Revenus mensuels (wons)	Moins 50	20	8,5	14	16,5	6	4,0
	50-100	38	16,2	21	24,7	17	11,3
	100-150	32	13,6	12	14,1	20	13,3
	150-200	25	10,6	14	16,5	11	7,3
	200-250	27	11,5	7	8,2	20	13,3
	Plus de 250	93	39,6	17	20,0	76	50,7
Activité professionnelle	Oui	112	47,7	32	37,6	80	53,3
	Non	123	52,3	53	62,4	70	46,7
État de santé de l'aidant	Bonne	42	17,9	11	12,9	31	20,7
	Moyenne	102	43,4	39	45,9	63	42,0
	Mauvaise	91	38,7	35	41,2	56	37,3
Moyenne d'heure consacrées pour les soins au proche âgé bénéficiaire par jour		6,2	5,3	9,6	4,8	4,3	4,6
Niveau de limite ADL		13,9	4,2	17,5	3,0	11,8	3,3
Comportement problématique		7,7	3,0	9,7	3,4	6,5	2,0
Durée des soins (mois)		57,8	69,2	85,4	72,3	41,0	61,7
Aide des autres membres de la famille		3,3	0,6	3,0	0,7	3,5	0,5
Niveau d'intimité	Pas intime	2	0,9	2	2,4	0	0
	Moins intime	16	6,8	5	5,9	11	7,3
	Moyen	69	29,4	27	31,8	42	28,0
	Intime	127	54,0	42	49,4	85	56,7
	Très intime	21	8,9	9	10,6	12	8,0
Note totale de Fardeau		75,9	15,7	85,6	14,4	70,3	13,5

Source : Choi, I.H. et Kim, J.H., 2013. *op.cit.*

ANNEXE 5. HISTORIQUE DE LA LOI DE PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES JUSQU'À L'ASSURANCE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

A. Établissement de la Loi de la Protection Sociale en faveur des Personnes Âgées (LPPA)

Après le cessez-le-feu de 1953 avec la Corée du Nord, et pendant les années 50, toutes les ressources nationales sont mobilisées pour reconstruire la société dévastée à cause de la guerre et pour stabiliser et maintenir l'ordre social. À partir des années 60, l'État militaire¹³³⁴ a commencé à s'attacher en 1962 au développement économique, en adoptant le Plan du Développement Économique pour cinq ans. Le sujet de la protection sociale des personnes âgées a été également mentionné, à partir de 1962, à l'occasion du rapport de l'ONU de 1961, qui a préconisé l'équilibrage des développements économique et social. Pour ce faire, dans la même année la Commission de la Délibération sur la Sécurité Sociale (CDSS) fut créée au cœur du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (MASS) en Corée.

En 1967, la CDSS a préconisé l'adoption d'un projet de Loi de Protection Sociale des Personnes Âgées (LPPA), et a recherché, pour répondre à une des promesses électorales de Park Chung-hee la mise en place de l'assurance de la prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi le MASS l'a évoquée dans un « avant-projet de développement social » en 1969. Ensuite, en prévoyant les contextes inquiétants du fait du vieillissement démographique, de la transformation des institutions familiales et de l'urbanisation, la CDSS préconise dans un rapport sur l'« estimation du développement social », des mesures politiques telles que la mise en place de la LPPA ainsi que celle d'un système national de pension, la création des Centres de Protection Sociale des Personnes Âgées (CPPA), l'extension de l'offre d'emploi aux personnes âgées, le report de l'âge de la retraite et l'établissement d'une journée particulière pour montrer le respect aux personnes âgées¹³³⁵.

Toutefois au début des années 70, les décideurs politiques ont considéré la mise en place de la Loi de Protection Sociale des Personnes Âgées comme trop hâtive en l'envisageant comme un facteur qui empêcherait le développement économique¹³³⁶. D'ailleurs, du fait de la tradition, qui impose à la famille d'assumer la responsabilité de ses parents âgés en suivant l'esprit du *hyo*, ce sujet ne semblait pas aux yeux des décideurs un enjeu à résoudre immédiatement. À l'instar de l'industrialisation, les

¹³³⁴ Le Coup d'État de l'armée a eu lieu en 1961, provoqué par le Général Park Chung-hee, qui sera élu Président en 1963. M. Park règne en dictateur sur la Corée du Sud jusqu'en 1979.

¹³³⁵ S. N. Ham. 1995. « A Comparative Study on the Social Welfare Policy related to the aged between Korea and Japan », *Journal of Korean Social Welfare*, vol.2, p.41.

¹³³⁶ *ibid.*

problèmes sociaux nés de la pauvreté des travailleurs et la disparité des revenus ont peu à peu attiré l'attention et fait paraître la nécessité de la protection sociale¹³³⁷. Pourtant le fait de privilégier la politique économique au détriment de la protection sociale n'a abouti qu'à la mise en place de l'assurance couvrant les accidents du travail en 1963 et de l'assurance maladie en 1977, pour les employés des entreprises de 500 employés et plus.

Malgré l'indifférence des acteurs politiques à l'égard de la LPPA, de nombreux professionnels exerçant dans le secteur gérontologique ne cessent de militer pour sa mise en place. Entre autres, M. Lee Hyunmo, le directeur de l'Association de la Protection Sociale de la Corée a déposé en 1969 à l'Assemblée Nationale une proposition d'avant-projet de la LPPA soulignant les problèmes sérieux des personnes âgées. Même si son texte n'a pas attiré l'attention des personnes concernées, et a été rejeté sans délibération, c'est la première rédaction significative contenant les points précis de la LPPA déposée à l'Assemblée Nationale. Si les acteurs politiques ne se sont pas intéressés à la mise en place de la LPPA, cela ne veut pas dire pour autant que tous les politiciens étaient insensibles. En 1970, douze députés appartenant au parti au pouvoir ont déposé le projet du plan de la LPPA dans lequel figurent ① l'attribution à l'État de la responsabilité de la protection sociale des personnes âgées, ② la désignation d'un jour dédié au respect des personnes âgées, ③ la fixation de l'âge à la retraite à 65 ans, ④ l'offre des examens de santé, et selon les résultats l'offre de soins dans une institution désignée, ⑤ l'accueil dans un établissement national ou municipal des personnes que l'État doit prendre en charge à cause de leur état de santé et de leurs problèmes financiers, ⑥ la réservation pour les personnes âgées de 5 % des places de tous les transports, ⑦ l'exemption des impôts pour toutes les prestations issues de la LPPA. Toutefois, ce projet n'a pas pu parvenir jusqu'à la fin du processus d'adoption à l'Assemblée Nationale¹³³⁸.

De même, à partir de la fin des années 60, les voix manifestant la nécessité de la promulgation de la LPPA se sont fait de plus en plus entendre à travers la publication d'articles dans des revues scientifiques, sociales, et quotidiennes. Des séminaires professionnels en ont discuté. Des députés et des personnes exerçant dans le secteur gérontologique ont sans cesse lancé des pétitions à l'Assemblée Nationale. Plusieurs rapports ont été présentés, rédigés par la CDSS et les mouvements militants de l'Association Coréenne des Personnes Âgées. Il en a été de même dans les médias. Entre autres, plusieurs journaux quotidiens ont joué un rôle important en révélant des situations qui défavorisent les personnes âgées, comme l'isolement ou la pauvreté, et ont ainsi montré les raisons pour lesquels la mise en œuvre de la LPPA était indispensable¹³³⁹.

Or, contrairement aux efforts de ces volontés actives, de leur côté les personnes âgées civiles,

¹³³⁷ O. S. Hyun 2011. « A Study on the Formulation and Change Processes of the Welfare Law for the Elderly in Korea », *Journal study of gerontology*, vol.14, p.67-99. p.73.

¹³³⁸ S. N. Ham. 1995. *op.cit.* p.43.

¹³³⁹ *ibid.* p.41.

directement concernées, ne prennent pas conscience des problèmes ni ne pensent à militer pour l'amélioration de leurs conditions sociales. En effet, le jugement des valeurs traditionnelles, influencé par le confucianisme dans lequel elles vivent, leur font considérer comme impossible de militer pour elles-mêmes. Au contraire, certaines personnes âgées se sont même inquiétées au sujet de la mise en place de la loi au niveau juridique et politique, parce que cette dernière pouvait aller à l'encontre de l'institution de la famille et des bonnes mœurs traditionnelles dans le sens du respect aux personnes âgées¹³⁴⁰. L'Association Coréenne des Personnes Âgées fondée en 1969 avait pour fonction première de constituer des réseaux amicaux et des bénévoles sociaux plutôt que de défendre leur droit¹³⁴¹.

Par ailleurs, au cours du 4^{ème} Plan du Développement Économique (1977-81), la croissance économique a commencé à se stabiliser, et ceci a permis en quelque sorte aux décideurs politiques d'être prêts à écouter les voix exigeant des développements sociaux¹³⁴². En effet, non seulement la famille s'est transformée de plus en plus en organisation nucléaire, mais en même temps la conscience de l'obligation de prendre en charge les parents âgés a graduellement diminué et l'urbanisation encourageant la réduction de la taille des familles a amené des problèmes d'isolement, de solitude, de mise à la marge, de dépression des personnes âgées. Dans ce contexte, en consultant officieusement des acteurs de terrain, quelques députés ont commencé à prendre conscience que les problèmes sociaux des personnes âgées devenaient de plus en plus sérieux¹³⁴³. En même temps, à ce moment-là, le parti au pouvoir devait chercher une issue politique parce que les citoyens méprisaient le gouvernement à cause du régime de *Yusin* (dictateur). Ainsi, dans le contexte socio-politique les poussant désormais vers la mise en place de la LPPA, l'État et le parti République (parti au pouvoir) ont enfin traité ce sujet et ébauché la LPPA. Ensuite, passant par quelques offices gouvernementaux et les opinions publiques, le MASS a préconisé ce projet de loi :

- ① doctrine fondamentale de la loi de protection sociale des personnes âgées
- ② responsabilité partagée pour la maintenance de la protection sociale des personnes âgées : famille, État, autorité régionale
- ③ installation du comité de la protection sociale des personnes âgées
- ④ dispositifs pour la protection de la personne âgée ayant l'incapacité de subvenir à ses besoins
- ⑤ examens de santé et préoccupation sur l'amélioration de la santé
- ⑥ versement des prestations de prise en charge des personnes âgées
- ⑦ offre d'emploi ou de formation des personnes âgées
- ⑧ encouragement à la construction des résidences des personnes âgées et mise en œuvre de leurs loisirs

¹³⁴⁰ K. J. Lee. 2007. « The 21st Century Course of Law for the Welfare of the Aged : Based on Korean-Japanese laws for the Welfare of the Aged », *Korean Journal of Welfare Counseling*, vol.2, no.1, p.85.

¹³⁴¹ Toutefois, cette association s'est mise en branle à partir de 1971 pour manifester l'institutionnalisation de la LPPA.

¹³⁴² Ainsi, à partir du 5^{ème} Plan du Développement Économique, ce plan est renommé comme le Plan du Développement Économique et Social.

¹³⁴³ K. J. Lee. 2007. *op.cit.*

- ⑨ installation des établissements de protection sociale
- ⑩ demande de mesures sur la protection sociale et devoir d’y répondre
- ⑪ prise en charge du coût et organisation du prélèvement par l’État et l’autorité régionale

Le projet de loi que le MASS a élaboré a subi de nombreuses oppositions et résistances à cause des charges prévisibles sur le budget national. Malgré tout, le compte-rendu d’une réunion de hauts responsables a été communiqué comme suit :

- ① maintenance de l’institution familiale
- ② définition du terme « personne âgée »
- ③ encouragement à l’indépendance des personnes âgées et proposition sur les devoirs des personnes âgées
- ④ moindre contrainte pour établir la loi
- ⑤ garantie du caractère de spécialiste et statut pour les personnes exerçant dans le secteur gérontologique
- ⑥ fêtes en l’honneur des personnes âgées selon les contextes régionaux
- ⑦ âge de la personne
- ⑧ garantie du service médical pour les personnes âgées
- ⑨ élargissement des types d’établissements en faveur des personnes âgées
- ⑩ prestations pour la prise en charge des personnes âgées
- ⑪ stipulation de l’interdiction de maltraitance envers les personnes âgées
- ⑫ installation de l’institution de recherche sur les personnes âgées

En faisant référence à ce compte-rendu, le MASS a modifié le projet de loi, mais les conséquences sur les charges financières n’ont pas été prises en compte et ont été supprimées au cours des discussions avec le ministère du financement, le Ministère du travail et l’institut de planification économique. Par contre, la nécessité de maintenir le soutien et le rôle de la famille a été mise en avant. Après modification suite à cette discussion, le MASS a déposé devant le conseil des ministres le projet ministériel dans lequel il a même indiqué « nul besoin de créer un dispositif spécifique dans le budget ». Enfin la Loi de la Protection Sociale des Personnes Âgées (LPPA), passant devant la 107^{ème} session extraordinaire du Parlement le 8 mai 1981 et après plusieurs négociations, fut établie et promulguée en juin 1981¹³⁴⁴.

Même si les militants avaient contribué à la mise en place de la LPPA, la naissance de cette Loi était tout à fait formaliste, symbolique, passive et même caractéristique de la charité accordée par l’État, ce qui était loin de l’idée du droit naturel des personnes âgées. En effet, comme nous venons de l’évoquer, le système politique dans les années 1960 et 1970 était sous l’emprise du président dictateur, ce qui fait que le pouvoir s’est naturellement réuni autour de ce seul individu. Il s’agissait du fonctionnement d’un système politique dans lequel le supérieur donne un ordre à son subordonné dans le seul sens descendant. Dans le contexte où l’État a donné plus d’importance à la politique économique et à la

¹³⁴⁴ C. Y. Han. 1995. *Formulation and Change Processes of the Welfare Law for the Elderly in Korea – crisis of old age and planning*, Seoul, Nanam, p. 424.

défense nationale, la mise en place de la LPPA était une mesure pour changer le regard négatif du citoyen sur l'État, ce qui était sa motivation principale. De ce fait, l'État a promulgué la LPPA en supprimant les dispositifs qui nécessitaient de dépenser de l'argent public alors qu'ils étaient essentiels pour institutionnaliser la LPPA. Il a plutôt encouragé la manière traditionnelle dans ce domaine, c'est-à-dire le maintien et le développement de la fonction de la famille¹³⁴⁵.

B. Les années 1980 : Intrusion des Services de la Protection Sociale des Personnes Âgées vivant à domicile

Si la mise en place de la LPPA émane des autorités, les services pratiques pour les personnes âgées ont été initiés par des civils. À partir des années 60, les pays développés s'étaient déjà intéressés aux services à domicile des personnes âgées selon une tendance à la désinstitutionnalisation. En revanche, en Corée du Sud, le contexte social et économique n'a pas permis d'y réfléchir, et même après la mise en place de la LPPA, la politique publique ne ciblait toujours que les personnes âgées accueillies en institution par charité. En conséquence, les services à domicile des personnes âgées n'ont pu être créés et concrétisés que par certains personnages qui avaient visité des pays étrangers, notamment le Royaume-Uni et le Japon. La mise en place des services civils à domicile, basés eux aussi sur le principe de la charité, conduit donc à inventer le terme de « personne âgée à domicile », et la politique des services de la protection sociale des personnes âgées à domicile est instaurée dans le cadre de la révision de la LPPA. Avant la création de l'assurance de soins de longue durée en 2008, la politique coréenne du maintien à domicile reposait sur trois types de service : service d'envoi d'un bénévole à domicile (SEBD), service d'accueil de jour (SAJ) et service de court séjour (SC). Nous repérerons ici comment les civils ont pu donner naissance à ces trois services et comment ceux-ci ont été peu à peu officialisés dans le cadre de la LPPA.

1. Service d'Envoi d'un Bénévole à Domicile (SEBD)

La Corée du Sud s'intéressa à la protection sociale des personnes âgées seulement à partir des années 1980. Elle se focalisa plutôt sur l'aide sociale aux personnes âgées n'ayant pas de famille ni de logement, et qui nécessitaient donc l'asile dans leur communauté. Pourtant le regard n'a commencé à se tourner vers l'exigence du soutien aux personnes âgées à domicile qu'à partir de la seconde moitié des années 80¹³⁴⁶. C'est l'association civile de la protection sociale des personnes âgées coréennes qui en a pris l'initiative. Cette association, qui s'appelait au début « *Helpage Korea* » est créée le 17 juin 1982 en tant que branche de l'association « *Helpage International* », qui se situe au Royaume-Uni. En

¹³⁴⁵ S. N. Ham. 1995. op.cit. p.45-47.

¹³⁴⁶ H. S. Yoon. 2004. « A Study on Home Care Service in Korea », *The Journal of Public Welfare Administration*, vol.14, no.1, p.119-134.

fait, c'est M. Cho Kidong, qui était à cette époque-là président de l'Association Coréenne d'Agence du Bénévole (*Korean Association of Voluntary Agencies*) qui a proposé de créer cette branche en Corée, et qui occupe le poste de directeur de *Helpage Korea*. Mais contrairement à l'intention première de *Helpage International*, qui visait seulement à créer une chaîne de collecte pour les personnes âgées, M. Cho s'est orienté vers les services tels qu'une consultation pour un problème relatif à la vie des personnes âgées, une écoute téléphonique pour les personnes âgées vivant seules ou un soutien au remariage des personnes âgées. *Helpage International* a enfin décidé de retirer *Helpage Korea* de son organisation, mais de continuer à la soutenir financièrement. De ce fait, *Helpage Korea* change de nom et devient Association de la Protection Sociale des Personnes Âgées Coréennes (APPC)¹³⁴⁷.

L'APPC a débuté par un service d'écoute téléphonique des personnes âgées vivant seules chez elles en 1984. Ce service leur a donné une satisfaction, ce qui fait que l'APPC a recruté plus de bénévoles parmi les jeunes qui effectuent cette tâche une ou deux fois par semaine. Au fur et à mesure, ce service s'est étendu à l'écoute lors de visites à domicile, et cela a satisfait non seulement les bénéficiaires mais aussi les bénévoles. Lors de sa participation à l'assemblée internationale qui a eu lieu au Royaume-Uni en 1986, M. Cho a eu l'occasion de découvrir un service payant d'aide à domicile (*home helper*). Ce service imposait à l'aide à domicile de se rendre chez la personne âgée vivant seule si elle avait un problème urgent et donc si elle tirait un cordon ou pressait un bouton. Cela inspira M. Cho, et grâce au soutien financier de *Helpage International*, il commença à mettre en pratique un service de bénévoles à domicile autour de six personnes âgées bénéficiaires du centre de la protection sociale de *Shinlim* à Séoul. En effet, M. Cho a considéré que le service payant ne serait pas bienvenu à ce moment-là, et d'autres pays ont commencé ce service sous une forme bénévole. Pour ce faire, il s'est efforcé de persuader des décideurs politiques pour obtenir un financement de l'État. D'ailleurs, suite à la médiatisation de ce service, l'intérêt du citoyen a considérablement augmenté et certains civils l'ont même soutenu financièrement. Les résultats des recherches montrent que ce service était de plus en plus nécessaire chez les personnes âgées à revenus faibles ou dans la classe moyenne, ce qui requérait l'intervention politique¹³⁴⁸. De ce fait, en 1987, l'État coréen a financièrement soutenu l'APPC pour expérimenter ce service de l'écoute des personnes âgées¹³⁴⁹. L'APPC a formé les agents bénévoles qui interviennent régulièrement dans la plupart des cas, en tête à tête avec la personne âgée à domicile

¹³⁴⁷ S. G. Kang. 2012. *Exploration of Community Care Development Process for the elderly in Korea : pluralism Review*, Dissertation of Ph. D. of Department of Social Welfare, Kangnam University, South Korea, p.39-41. En fait, dans le cadre de sa thèse, Kang a fait l'entretien avec Cho, K.D. fondateur du service d'envoi du bénévole à domicile, Lee, B.M. fondateur de service d'accueil de jour, et Oh, E.J., fondateur du service de soins temporaires en établissement, ce qui fait qu'il décrit plus concrètement le contexte du début de la période de l'action de services à domicile.

¹³⁴⁸ Korea Association of Community Care for the Elderly. 2003. *Traces for 10 years of Community Care for the Elderly in Korea – Evaluation of community care for the elderly*, Seoul ; S. G. Kang. 2012. p.41-44.

¹³⁴⁹ *ibid.* p.21.

ayant de faibles ressources¹³⁵⁰.

À partir de 1989 l'augmentation du financement de l'État a rendu possible l'extension du service d'envoi de bénévoles à domicile (SEBD) au niveau national. À l'APPC s'est jointe, comme acteur de ce service, l'Association d'*Euncheon* de la protection sociale des personnes âgées (AEPP). Lors de la première révision de la LPPA en 1989, les termes de « personne âgée à domicile » et d'« agent bénévole à domicile » se sont inscrits pour la première fois dans la phrase « les établissements de protection sociale s'efforcent de déployer les services d'agent bénévole à domicile ou les services nécessaires pour les personnes âgées à domicile »¹³⁵¹. En 1991, l'État coréen a élargi le SEBD vers les autres populations en situations défavorables telles que les personnes en situation de handicap et les jeunes orphelins chef de famille. Pour ce faire, il a fait installer dans chacune des grandes villes un centre de bénévoles de la protection sociale à domicile¹³⁵². De même, le Conseil de la protection sociale de Corée du Sud a créé dans chaque ville un centre de bénévoles de la société régionale financé par l'État. En 1992, l'objectif des SEBD est complété pour « aider les ménages âgés, qui ont des difficultés au maintien de leur vie quotidienne, dues au vieillissement physique et mental, en leur procurant les services sociaux nécessaires, en sorte qu'ils puissent mener une vie saine et stable au sein de la société régionale ». La population ciblée était classée par ordre de priorité suivant : « parmi les personnes âgées ayant des difficultés physiques ou mentales pour maintenir la vie quotidienne par elles-mêmes ou avec l'aide de leurs familles, le ménage âgé de 65 ans et plus vivant à domicile et bénéficiaire de l'aide sociale ; le couple âgé de 65 ans et plus ; le couple dont les deux membres travaillent et qui prend en charge une personne âgée de 65 ans et plus ; le ménage incluant une personne âgée qui est considérée comme nécessitant l'intervention ». De même, des personnes âgées de 60 ans et plus pouvaient en bénéficier également si le responsable de l'établissement le jugeait nécessaire. Les services de bénévoles des personnes âgées à domicile sont donc composés des services d'envoi de l'agent bénévole à domicile, des services d'écoute, des services de jumelage, et des services d'éducation de la famille de la personne âgée. Enfin, lors de la deuxième révision de la LPPA en 1993, les SEBD sont officiellement qualifiés comme une des politiques des services de la protection sociale des personnes âgées à domicile (l'article 38 et paragraphe premier de la LPPA)¹³⁵³.

2. Service d'Accueil de Jour

Comme le SEBD, les services d'accueil de jour ont également été instaurés au début par une

¹³⁵⁰ *ibid.* p.44.

¹³⁵¹ *Idem.*

¹³⁵² Plus tard, le rôle du centre de bénévoles de la protection sociale à domicile et le rôle du service d'envoi de bénévoles à domicile ont été confondus et même cumulés. En effet, certains centres ont géré ces deux services ensemble. Le nombre fixé des ressources humaines étaient trois personnes pour le premier mais cinq pour le deuxième. Malgré l'accord des deux présidents pour la fusion de deux services, des opposants l'ont déjoué. (S. G. Kang, 2012. *op.cit.* p. 69)

¹³⁵³ S. G. Kang. 2012. *op.cit.* p.45-46.

association civile. En fait, les services d'accueil de jour ont commencé à être étudiés après l'expérimentation des SEBD en 1987. En effet, un système d'accueil temporaire des personnes âgées dans leurs régions a paru nécessaire, au-delà de l'envoi de bénévoles à domicile. Les services d'accueil de jour ont été initiés par l'AEPP. M. Lee Byeongman, fondateur de l'association, a étudié dans une université au Japon avant la création de l'AEPP, et pendant ses études, il a eu l'occasion de visiter un centre d'accueil de jour japonais. Les personnes âgées, qui viennent de quitter l'hôpital après l'hospitalisation et donc qui vivent chez eux, passent dans la journée au centre et profitent de programmes variés, puis rentrent dans leurs propres maisons en fin d'après-midi. Cela a pour objectif d'alléger la pression des soins chez les aidants familiaux et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Quand M. Lee est revenu en Corée en 1986, le niveau de la protection sociale des personnes âgées semblait ne pas permettre de délibérer sur les services d'aide à domicile, ce qui fait que l'idée de M. Lee était considérée comme inadéquate par la plupart des experts dans ce domaine. Malgré tout, envisageant que la société vieillit de plus en plus, et en se basant sur les programmes japonais, M. Lee a ouvert un centre d'accueil de jour des personnes âgées à faibles ressources ayant besoin de soins. En 1992, l'État a attribué un financement à l'AEPP pour expérimenter ce service, et l'APPC s'est également associée aux services d'accueil de jour. Lors de la deuxième révision de la LPPA en 1993, le service d'accueil de jour s'inscrit, parallèlement au service de bénévoles à domicile, comme un des services de la protection sociale des personnes âgées à domicile¹³⁵⁴.

3. Service de Court Séjour

En Corée du Sud le service de court séjour a débuté pour la première fois dans le cadre du « *Sounaewon* » établissement d'hébergement de soins des personnes âgées en 1991. Mme Oh Eunjin, fondatrice de cet établissement, après avoir visité plusieurs établissements d'hébergement de soins à Tokyo au Japon a construit *Sounaewon*, auquel elle a ajouté un centre de court séjour. Celui-ci avait pour objectif d'aider les personnes âgées ayant un problème de santé physique ou mental et leurs familles à s'adapter avant l'entrée des personnes âgées en établissement d'hébergement de soins. Avec le soutien de l'APPC et l'AEPP par l'intermédiaire desquelles passe le financement de l'État, le service de court séjour est également officialisé dans la politique des services de la protection sociale des personnes âgées à domicile, lors de la deuxième révision de la LPPA en 1993, avec le service d'envoi de bénévoles à domicile et le service d'accueil de jour¹³⁵⁵.

C. Les années 1990 : Développement du Service de l'Envoi de Bénévole à Domicile

Dans les années 1990, les services de protection sociale des personnes âgées à domicile se sont

¹³⁵⁴ B. M. Lee. 2006. *20 years of Eunchon senior welfare Center*, Yeyoung communication, Seoul.

¹³⁵⁵ S. G. Kang. 2012. *op.cit.* p.54-56.

développés suite à leur transcription dans la LPPA en 1993. C'est à cette époque que l'État coréen a commencé sérieusement à se pencher sur la politique publique pour les personnes âgées à domicile. La population ciblée était toujours celle qui bénéficiait de l'aide sociale, mais désormais il était possible d'ouvrir aussi ce service aux personnes âgées non assistées par l'État. De même le système des bénévoles à domicile, qui au départ intervenaient gratuitement, permettait à certains d'être rémunérés. Malgré la rémunération, le nom de « bénévole » sera toujours conservé, que l'intervenant soit payé ou non.

La deuxième révision de la LPPA a été promulguée le 27 décembre 1993 par son article 4633. En ayant pour objectif de développer les services de protection sociale des personnes âgées même dans la classe moyenne, la deuxième révision a principalement permis de construire et gérer une structure payante de protection sociale pour personnes âgées non seulement aux institutions de protection sociale, mais aussi à une entreprise privée ou à un individu civil, sous réserve de l'autorisation du maire ou du président du conseil départemental. Et la LPPA a défini les trois types de services, service d'envoi de bénévoles à domicile, service d'accueil de jour et service de séjour temporaire, comme faisant partie de la protection sociale des personnes âgées à domicile. Les contenus des services et les mesures concrètes fixées dans la LPPA ont donné l'appui juridique pour que les services se déploient. De plus, à l'instar du septième Plan quinquennal national économique (1992-1995), l'orientation de la LPPA s'est détournée de l'institutionnalisation pour s'orienter vers l'élargissement des services à domicile¹³⁵⁶.

En s'appuyant sur la première révision de la LPPA en 1989, deux centres de protection sociale des personnes âgées (un au nord et un au sud) ont été construits à Séoul en 1992 sous la direction de M. Cho, président de l'APPC, avec le financement de l'État. Conscient des limites du rôle du bénévole gratuit, et contrairement aux autres centres de services de bénévoles gratuits, ces deux centres ont versé 5 000 wons (= 3 euros) aux agents bénévoles à domicile entre 1993 et 1995 grâce au financement de la fondation de la protection sociale de Samsung¹³⁵⁷. Concernant la formation, et conformément à la révision de la LPPA en 1993, les agents bénévoles gratuits suivent 20 heures de formation et 8 heures de formation complémentaire par an, et les agents bénévoles rémunérés bénéficient respectivement de 40 et 20 heures. Pourtant, aucune mesure ou avantage particulier n'était pris pour que les agents bénévoles gratuits soient encouragés à continuer les activités après leur formation. En 1994, 52 % des agents bénévoles gratuits arrêtaient leur activité au cours de la première année après la formation, ce qui fait que plusieurs problèmes sont apparus sur l'efficacité de la gestion

¹³⁵⁶ Korea Association of Community Care for the Elderly. 2003. *op.cit.* ; B.M. Lee. 2006. *op.cit.* ; M. H. Kim *et al.* 2011 « A study on the Perception for Korea Developmental Directions of the Elderly Home-Care Service : by Using Q Methodology », *Journal of Welfare for the Aged*, vol.54, p.311-334.

¹³⁵⁷ S. G. Kang. 2012. *op.cit.* ; C. S. Kim et D. L. Cho. 2006. « Factors influencing the satisfaction for utilization of community care service by the elderly », *Korea Journal of 21 Century Social Welfare*, vol.3, no.1, p.129-156.

et le manque d'effectif. En effet, cela a directement impacté la stabilité et la qualité de l'offre de services. Il a fallu imaginer des dispositifs pour encourager les agents à continuer les activités bénévoles¹³⁵⁸.

De ce fait, souhaitant compléter le nombre des agents de services et renforcer l'aide aux personnes âgées bénéficiaires de l'allocation du minimum vital et aux personnes âgées à faibles ressources, la ville de Séoul, capitale de la Corée du Sud, a créé, pour la première fois dans le budget public, son propre service d'aide-ménagères le premier avril 1996¹³⁵⁹. Les salaires des aide-ménagères sont financés par Séoul, et en 1997, 700 aide-ménagères (rémunérées) ont appartenu à ce service¹³⁶⁰. De ce fait, suite aux demandes de l'association coréenne de protection sociale des personnes âgées à domicile et des centres de service d'envoi de bénévoles à domicile, et constatant la situation d'un service payant d'aide-ménagères à Séoul, le ministère des affaires sociales et de la santé a pris conscience de la nécessité de la création officielle des agents bénévoles à domicile rémunérés. C'est pourquoi, il a financé chaque établissement pour qu'il puisse embaucher et rémunérer à temps plein ou partiel des agents bénévoles à domicile (jusqu'à trois agents)¹³⁶¹.

En fait, le rôle de l'agent bénévole à domicile comprend trois aspects : le bénévole à domicile, l'écoute et l'éducation, et la mise en rapport par un parrainage financier. Les activités bénévoles à domicile portent sur le service du ménage (préparation de repas, courses, nettoyages, etc.), le service d'activités individuelles (soins, soin d'hygiène corporel, toilette, habillage, accompagnement, etc.) et le service amical (conversation téléphonique ou visite, lettres, entretien relatifs à la vie quotidienne, etc.) Et l'éducation consiste en consultations sur l'autonomie des personnes âgées dans la vie quotidienne et en conseils et éducation pour les aidants prenant soin d'une personne âgée. Le service de jumelage repose sur le parrainage et le jumelage avec les personnes âgées sans famille¹³⁶². Malgré la variété des rôles des agents bénévoles, les activités effectuées le plus souvent entre 1996 et 2001 étaient l'écoute téléphonique ou les visites et le service de ménage¹³⁶³. Pourtant, si l'on suppose que les services à domicile sont davantage nécessaires aux personnes âgées malades, celles-ci auront d'autant plus besoin de soins corporels. Or, la majorité des bénévoles étant des agents gratuits, ils refusaient d'effectuer les tâches lourdes pour soigner les personnes âgées malades. C'est pourquoi les agents rémunérés ont été mobilisés pour s'occuper des soins à cette population chez laquelle les agents

¹³⁵⁸ K. H. Kim. 1995. *op.cit.* ; C.S. Kim et D. L. Cho. 2006. *op.cit.* p.135-136.

¹³⁵⁹ K. D. Cho. 1996. « Recommendation for the Promotion of Community Care for the Elderly in Seoul –case study of home help service program in Seoul », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.16, no.1, p.135-149.

¹³⁶⁰ K. H. Kim. 1995. *op.cit.*

¹³⁶¹ S. G. Kang. 2012. *op.cit.* p.71-73.

¹³⁶² S. H. Ko. 2002. « A Study on Home and Community Care Service in Social Service Act for the Elderly », *Journal of Public Welfare Administration*, vol.12, no.2, p.21-37.

¹³⁶³ C. H. Ham. 1997. « A Study on the Effectiveness of the Home-based Services », *Journal of the Korean Gerontological Social*, vol.17, no.1, p.139-159.

bénévoles gratuits étaient réticents à intervenir¹³⁶⁴. En 2003, 116 établissements étaient financés par l'État.

Le service d'accueil de jour offre les prestations permettant de rétablir les fonctions du corps et de maintenir la santé, les aides au repas et aux toilettes, les programmes des activités de loisirs, et les formations aux familles des personnes âgées. Toutefois, les personnes concernées ne comprenaient pas suffisamment la valeur de ce service, les enfants refusaient d'y confier leurs parents et éprouvaient de la difficulté à en payer le coût¹³⁶⁵. En 2003, 100 établissements étaient financés par l'État.

Entre 1993 et 1995 le service de court séjour n'était pas financé par l'État. En 1996 dix centres de court séjour ont été financés, mais le montant était insuffisant. D'ailleurs, du fait du trop petit nombre des établissements d'hébergement de soins, le service de court séjour fonctionnait comme remplaçant de l'établissement d'hébergement de soins plutôt que selon son objectif original. De ce fait, par rapport au service d'envoi de bénévoles à domicile et au service d'accueil de jour, le service de soins temporaire a été considéré comme moins nécessaire¹³⁶⁶. Les missions, au début, consistaient en repas, soins médicaux et quotidiens et services correspondant aux établissements d'hébergement de soins des personnes âgées. Mais elles sont ensuite devenues similaires aux missions de service d'accueil de jour. En 2003, 27 établissements de court séjour étaient financés par l'État.

Lors de la troisième révision complète de la LPPA en 1997, les institutions des trois services de protection sociale des personnes âgées à domicile ont été catégorisées comme institutions de la protection sociale des personnes âgées de la LPPA. La formation des agents bénévoles est devenue obligatoire et le système d'évaluation des institutions a été mis en œuvre¹³⁶⁷. Les conditions pour bénéficier des services gratuits s'appliquent aux personnes âgées de 65 ans et plus à revenus faibles, mais dès la deuxième révision de la LPPA la possibilité de recevoir ces services payants avait été ouverte aux personnes âgées qui ne correspondent pas à ces conditions. Pourtant, même s'il était dorénavant possible, pour les personnes âgées non assistées, de bénéficier du service payant de bénévole à domicile, l'extension effective de ce service à ces dernières reste limitée, du fait du manque d'effectif de bénévoles gratuits, ce qui fait que les personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale sont restées prioritaires¹³⁶⁸.

¹³⁶⁴ K. D. Cho. 1996. *op.cit.* p.137.

¹³⁶⁵ *ibid.*

¹³⁶⁶ S. G. Kang. 2012. *op.cit.* p.56.

¹³⁶⁷ M. H. Kim *et al.* 2011. *op.cit.* p.315-316.

¹³⁶⁸ H. J. Park et H. G. Kim. 2003. « Current Issues in the Home Helper Service System », *Korean Journal of Research in Gerontology*, vol.12, p.67-83.

T-42. Contenu des services de protection sociale des personnes âgées à domicile

	Objectifs	Types de services
Service d'envoi de bénévoles à domicile	Les services qui interviennent dans le ménage où il y a une personne âgée ayant besoin d'aide dans la vie quotidienne suite aux problèmes de santé physique ou mentale, procurent une aide nécessaire pour que la personne âgée puisse passer sa vieillesse de façon saine et stable.	<ul style="list-style-type: none"> - Service au ménage : préparation du repas, courses, ménage, etc. - Service d'activité individuelle : soins, soins hygiéniques, toilette, habillage, accompagnement, etc. - Service d'amitié : écoute par téléphone ou visite, lettres, consultation relative à la vie, etc. - Consultation et éducation : consultation sur l'autonomie des personnes âgées dans la société communautaire, consultation et éducation pour les aidants prenant soin d'une personne âgée. - Service de jumelage : repose sur le soutien économique et le jumelage avec les personnes âgées sans famille
Service d'accueil de jour	Les services qui permettent aux personnes âgées, qui ne peuvent pas être soignées par leurs familles à temps complet, de passer la journée en établissement et de recevoir des services nécessaires pour protéger leur vie et leur santé, ce qui allège les fardeaux physique et mental de leurs familles	<ul style="list-style-type: none"> - Rétablissement des fonctions du corps et maintien de la bonne santé - Service de repas et de toilette - Service de loisirs - Formation des familles des personnes âgées
Service de court séjour	Les services qui permettent aux personnes âgées, qui ne peuvent pas être gardées par leurs familles pendant une courte période et qui ont besoin de soins quotidiens, d'entrer en établissement et de bénéficier des services nécessaires pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs familles.	<ul style="list-style-type: none"> - Rétablissement de la fonction du corps et maintien de santé - Service de repas et de toilette - Service de loisirs - Formation aux familles des personnes âgées

Source : Korean Ministry of Social Affairs and Health, 2003

T-43. Conditions pour bénéficier des services aux personnes âgées à domicile

	Conditions	Prise en charge publique
Gratuit	<ul style="list-style-type: none"> - les personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaires de l'allocation de minimum vital - les personnes âgées de 65 ans et plus non bénéficiaires de l'allocation de minimum vital qui ne peuvent pas recevoir d'aide familiale 	L'État et le Conseil départemental
Prix coûtant	- les personnes âgées de 65 ans et plus à revenus faibles : les revenus inférieurs à la moyenne des revenus des citadins	L'État et le Conseil départemental
Payant	- les personnes âgées de 60 ans et plus hors des cas de la gratuité et du prix coûtant	Non

Source : Korean Ministry of Social Affairs and Health, 2003

D. Les années 2000 : Mise en place de l'Assurance de Soins de Longue Durée

Jusqu'aux années 1990, les services aux personnes âgées à domicile assuraient la protection sociale résiduelle et minimum, et pas une protection sociale universelle et institutionnelle¹³⁶⁹. Cependant, au fur et à mesure les services à domicile ont pris de l'importance, et les services universels ont paru nécessaires pour les personnes âgées à faibles ressources et même de classe moyenne et supérieure. C'est alors que l'Assurance de Soins de Longue Durée a été introduite dans l'agenda politique¹³⁷⁰. Pour ce faire, en 2000, une Commission du Projet de Politique de Soins de Longue Durée des Personnes âgées est créée, et elle a présenté « la mesure globale de couverture des soins de longue durée des personnes âgées » après plusieurs délibérations et études : l'estimation des besoins de la population en services de soins, les types de services qui pourront être disponibles à domicile ou dans la communauté, la préparation progressive des infrastructures de services à domicile et en établissement et la mise en œuvre d'un système de soins de la société communautaire afin de fournir des services efficaces, la pré-construction des établissements correspondant à 2 % de la population de plus de 65 ans afin de faire face au manque d'établissements¹³⁷¹. Cette année-là, en se basant sur cette esquisse du projet, M. Kim Dae-Joong (1998-2003), président de la Corée du Sud à cette époque-là, mentionne officiellement ce projet dans son discours pour commémorer l'indépendance de la Corée le 15 août 1945. Pendant son mandat, ce projet n'a pas avancé, mais son successeur, M. Noh Mou-hyun (2003-2008), qui a promis la mise en place de ce système universel lors des élections présidentielles a pris son relais¹³⁷².

Dès le début de son mandat, en mars 2003, il a créé la Commission d'Établissement de l'Assurance publique de Soins des Personnes âgées. Celle-ci a proposé une ébauche du système en février 2004 après avoir délibéré tout au long de l'année, et organisé deux auditions publiques et des entretiens avec les experts. Pourtant, des questions importantes se posent à propos du financement, c'est-à-dire comment répartir le financement, comment partager les rôles avec l'Assurance maladie et comment faire face à l'augmentation de la dépense de soins médicaux des personnes âgées. De même la commission n'a pas pu trouver d'accord sur les formes des prestations, leur niveau et le tableau des tarifs. En août 2004, une audition publique a donné quelques précisions sur le Système de l'Assurance de Soins des Personnes âgées, puis en novembre un avant-projet a été établi. En 2005, les services d'envoi de bénévoles à domicile ont été transférés aux autorités régionales et à partir de juillet 2005, l'expérimentation de l'assurance de soins de longue durée a été lancée. En passant devant le Conseil

¹³⁶⁹ *Idem.*

¹³⁷⁰ S. G. Kang. 2012. *op.cit.*

¹³⁷¹ *ibid.*

¹³⁷² J.-S. Lee, J.-H. Park. 2011, « Effectiveness Evaluation of Long-Term Care Service for the Elderly through the Diffusion of Market Principle », *Health and Social Welfare Review*, vol.31, no.4, p.5-33. ; S. Y. Choi. 2015. *Q Study on the Effectiveness of Social Welfare Policy*, Dissertation of Ph.D of Departement of Public Administration, Konkuk University, South Korea.

des Ministres en février 2006, et devant l'Assemblée nationale en avril 2007, la Loi de l'Assurance de Soins de Longue Durée des Personnes Âgées (ASLD) est instaurée en avril 2007 et mise en exergue en juillet 2008 après trois expérimentations avant juin 2008.

Par ailleurs, suite à la mise en œuvre de l'ASLD et à la baisse du financement dû au transfert de la responsabilité de l'État vers les territoires régionaux, l'existence des services de la protection sociale des personnes âgées à domicile a été menacée¹³⁷³. En fait, lors de la mise en œuvre de l'ASLD en juillet 2008, les institutions d'envoi de bénévoles à domicile sont catégorisés comme les institutions de la protection sociale des personnes âgées qui dispensent le service d'aide à domicile. Le contenu des services restait le même, mais l'agent bénévole rémunéré était remplacé par l'aide-soignante. Par contre, les institutions d'aide à domicile dans le cadre de l'ASLD sont catégorisés à part comme institutions de l'ASLD.

Confondant les rôles très similaires de ces deux prestations, certains représentants de l'État et des territoires régionaux ont insisté pour supprimer ce service. Toutefois, les institutions de service d'envoi à domicile s'y sont opposés en insistant sur leur nécessité pour les personnes âgées ayant besoin d'aide mais situées au-dessus du niveau de l'ASLD et pour les personnes âgées en marge de la protection sociale. De ce fait, à partir de mars 2010, le nom du service d'envoi de bénévole à domicile devient Service d'Aide aux Personnes Âgées à Domicile en cédant le rôle d'aide à domicile à l'ASLD, mais en renforçant les services à domicile qui portent sur la prévention¹³⁷⁴. Le service de l'aide à domicile est désormais disponible exclusivement dans les institutions d'aide à domicile de l'ASLD. De ce fait, la politique des services de protection sociale des personnes âgées à domicile a dorénavant pour objectif de préserver au sein de la communauté une vie saine et la sécurité pour les personnes âgées qui ont de la difficulté pour mener une vie autonome en raison de problèmes financier, physique et mental ainsi que pour les personnes âgées en marge de la protection sociale, en leur donnant les aides nécessaires à la vie quotidienne, sauf l'aide à domicile¹³⁷⁵. Le tableau suivant montre clairement l'évolution du service d'aide aux personnes âgées à domicile.

¹³⁷³ Ministry of Social Affairs and Health, 2015, Guide of Social welfare for the elderly, Seoul, Ministry of Social Affairs and Health, p.124 ; Y. H. Chon. 2012. « An Exploratory Study on Home Support Service for the Elderly in Gyeonggi Province - focusing on the problems and improvements for the service », *Health and Social Welfare Review*, vol.32, no.4, p.151-181 ; M. H. Kim *et al.*, 2011. *op.cit.*

¹³⁷⁴ Y. H. Chon. 2012. *op.cit.*, p.152-153.

¹³⁷⁵ Ministry of Social Affairs and Health, 2015. *op.cit.*

T-44. Évolution du service d'aide aux personnes âgées à domicile

	Service d'envoi de Bénévole à domicile Avant juillet 2008	Aide à domicile dans les institutions de protection sociale des personnes âgées à domicile (juillet 2008-février 2010)	Service d'aide aux Personnes âgées à domicile (depuis mars 2010)
Population ciblée	<p>Personne âgée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayant des problèmes pour accomplir les actes quotidiens - Ayant une maladie liée à la vieillesse - Ayant besoin d'aide temporaire suite à une maladie - Vivant seule et ayant besoin d'aide à la vie quotidienne - Considérée comme bénéficiaire par le(a) directeur(trice) de l'établissement 	<p>Personne âgée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficiaire de l'ASLD - Non bénéficiaire de l'ASLD malgré une demande mais bénéficiaire de l'allocation de minimum vital et qui ne peut pas recevoir les soins de sa famille - Non bénéficiaire de l'ASLD malgré une demande mais bénéficiaire de l'allocation de minimum vital et qui était usager (gratuit ou au prix coûtant) d'un établissement de services financé par l'État - Qui souhaite en bénéficier et prendre en charge le coût personnellement 	<p>Personne âgée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bénéficiaire de l'ASLD - Non bénéficiaire de l'ASLD malgré une demande et bénéficiaire de l'allocation de minimum vital et qui ne peut pas recevoir les soins de sa famille - Non bénéficiaire de l'ASLD malgré la demande et bénéficiaire de l'allocation de minimum vital et qui était usager (gratuit ou au prix coûtant) d'un établissement de services financé par l'État - Ayant un besoin urgent suite à un sinistre naturel
Contenu des services	Soin corporel, aide à la vie quotidienne, maintien de la santé, consultation, formation, mise en relation, mobilisation des ressources et des réseaux	Aide à domicile, consultation, formation, mise en relation	Aide à la vie quotidienne, consultation sur la vie des personnes âgées, formation des personnes âgées et des familles, mise en relation avec des soutiens économiques des personnes âgées sans famille, soutien aux loisirs, aide à l'aménagement de l'environnement
Ressources humaines	1 directeur, 1 assistant social, 1 employé administratif, 1 assistant administratif ou conducteur, bénévoles gratuits et rémunérés	1 directeur, 1 assistant social, 3 aides-soignants, 1 employé administratif, assistant administratif ou conducteur	1 directeur, 1 assistant social, 1 employé administratif, 1 assistant administratif ou conducteur, 15 aides-soignants,

Source : Korean Ministry of Social Affairs and Health, 2015. p.155.

Ainsi, les services d'aide aux personnes âgées à domicile offrent en général trois axes de services. Le tableau suivant les concrétise.

T-45. Contenus des services d'aide aux personnes âgées à domicile

Services préventifs (service direct)	Aide à la vie quotidienne	- repas gratuit (sur place en établissement) et portage de repas - aides administratives - service de kimchi	- service de coiffure - service de fête nationale / anniversaire - mobilité par transport - service de courses
	Soutien moral	- service de soutien psychologique	
	Aide à l'aménagement du logement	- service de tapissier/peintre - service de changement d'un parquet - service de réparation électrique - service sanitaire - service de réparation de chauffe-eau à gaz	- service de réparation de cuvette des toilettes - aménagement du logement - bricolage
	Aide aux loisirs	- service de sorties	- activité culturelle
	Offre de consultation	- service de consultation	
	Développement de ressources communautaires	- service de soutien économique / jumelage	- service de mise en relation avec des personnes ressources
Service de maintien à la sécurité (service indirect)	Aide à la coordination	- sécurisation - formation sur la vie quotidienne - soins de personne âgée à personne âgée - demande de fabrication d'appareil auditif et dentier - service de photos - assurance de soins de longue durée	- intervention chirurgicale pour recouvrer la vue - examen médical - service médical - aide au paiement du loyer - soins élémentaires aux personnes âgées - soins généraux aux personnes âgées
	Aide aux formations	- formation sur la fin de vie - formation des tuteurs - formation au traitement en urgence - prévention de chute - prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées	- prévention de l'escroquerie - technique de relation humaine - prévention du suicide
	Réseaux communautaires	- conseil pour l'organisation de soins à domicile inter-communautaire	- gestion de cas
Service d'aide aux urgences	Aide aux urgences	- service d'aide en cas d'urgence	- service d'appel urgent - service de détecter les feux et fuite de gaz

Source : Korean Ministry of Social Affairs and Health, <https://www.mohw.go.kr/>

Par ailleurs, depuis 2007, les services de soins des personnes âgées ont été mis en œuvre avant même la mise en application de l'ASLD. En fait ces services sont catégorisés en deux types : le service de soins élémentaires aux personnes âgées et le service de soins généraux aux personnes âgées. D'une part, le service de soins élémentaires aux personnes âgées est un service destiné à la personne âgée vivant seule mais n'ayant pas besoin de bénéficier de l'ASLD. Il ne porte donc pas sur le soin corporel

ou l'accompagnement, mais il permet de faciliter le maintien d'une vie saine. D'autre part, le service de soins généraux aux personnes âgées permet à celles qui sont au-dessus du niveau de l'ASLD de bénéficier des services similaires à l'ASLD tels que l'aide à domicile et le service d'accueil de jour (type A), mais pour un temps plus réduit que dans le cadre de l'ASLD. Cela concerne également le cas de la personne qui a besoin d'aide temporairement à cause d'une maladie quel qu'en soit le type (type B). Mais le service de soins généraux concerne seulement les ménages à revenus faibles, inférieurs à 150 % de la moyenne de tous les revenus des ménages. Pourtant, plusieurs chercheurs reprochent à ces deux services de soins d'être similaires au service d'aide aux personnes âgées à domicile et à l'ASLD. Et ils soulignent la nécessité de leur faire intégrer ce service parce qu'ils sont complexes et que leurs rôles ne présentent pas de distinction particulière l'un de l'autre¹³⁷⁶. Le tableau suivant éclaire l'existence des services de soins des personnes âgées en Corée du Sud.

¹³⁷⁶ D. Sunwoo *et al.* 2015. *Role Establishment and Construction of Continuum System Between Formal and Informal Providers in Elderly Care Services*, The Korea Institute for Health and Social Affairs, Report 2015-21-07 ; Y. H. Chon. 2015. « A Study on the Social Care Service Delivery System for Older People: Focusing on the Perspectives of Public Sector Employees and Private Service Providers », *Journal of Health and Social Affairs*, vol. 35, no.2, p.347-379.

T-46. Contenus et caractéristiques de tous les services de soins aux personnes âgées

Nom		Année de la mise en œuvre	Condition pour en bénéficier	Types de services et reste à charge	Financement
Assurance de soins de longue durée		2008	Les niveaux 1 à 5 de l'ASLD	Service à domicile (aide à domicile, visite infirmière à domicile, équipement de soin, service d'accueil de jour et de nuit, court séjour) : 15 % Service en établissement d'hébergement : 20%	Assurance sociale (cotisation, impôt, reste à charge)
Services de soins aux personnes âgées	Service de soins généraux aux personnes âgées	2007	- A et B hors du niveau de l'ASLD -les revenus inférieurs à 150 % de la moyenne de tous les revenus des ménages	- Aide à domicile et service d'accueil de jour : gratuit ~48 000 wons (27 heures pour neuf jours) - Aide au ménage temporaire : de gratuit à 42 000 wons (24 heures pour 1 mois) - Répit aux familles qui s'occupent d'une personne âgée atteinte de démence : gratuit ~6 500 (par jour) pour 6 jours par an	Impôt (national, régional)
	Service de soins élémentaires aux personnes âgées	2007	- Personne âgée vivant seule n'ayant pas besoin de l'ASLD - Bénéficiaire de l'allocation de vieillesse	1 visite et 2 ou 3 appels téléphoniques par semaine pour la sécurité, le soutien moral, la formation sur le maintien de la santé, la mise en lien avec des ressources : gratuit	
	Service d'aide aux personnes âgées à domicile	2010	- Bénéficiaire de l'ASLD - Bénéficiaire de l'allocation de l'ASLD ou qui ne peut pas être soignée par sa famille	Aide à la vie quotidienne, soutien moral, aménagement de l'environnement, soutien aux loisirs, consultation, mise en relation, formation, service d'urgence : gratuit	Impôt régional

Source : Korean Ministry of Social Affairs and Health, 2015 et Y. H. Chon. 2015

Ainsi, jusqu'à maintenant, nous avons repéré l'historique des politiques de la protection sociale des personnes âgées à domicile en Corée du Sud, de la naissance de la LPPA à la naissance de l'ASLD. Le tableau suivant montre au premier regard l'évolution du développement de la politique de protection sociale des personnes âgées à domicile.

T-47. Évolution de la politique de maintien à domicile

Période	Contenu
Années 1980	<ul style="list-style-type: none"> - À partir de la seconde moitié des années 1980, prise de conscience de la nécessité de convertir en aide à domicile le soutien des personnes âgées en institution, initiation par deux associations civiles de services des personnes âgées à domicile (sous le nom de service d'envoi de bénévole à domicile) envers des ménages âgés démunis ; - Lors de la première révision de la loi de protection sociale des personnes âgées (LPPA) en décembre 1989, utilisation des termes de « service de bénévole à domicile » et « personne âgée à domicile »
Années 1990	<ul style="list-style-type: none"> - En 1991, initiation de services de soins infirmiers à domicile ; - En 1992, initiation de services plus variés tels que services d'accueil de jour et court séjour ; - En 1992, versement d'une subvention aux centres de protection sociale qui construisent un centre annexe de service de bénévole à domicile ; - En décembre 1993, utilisation du terme de « protection sociale des personnes âgées à domicile » lors de la deuxième révision de la LPPA ; - En 1997, réglementation de l'établissement de protection sociale des personnes âgées à domicile, introduction du devoir de former l'agent bénévole à domicile, installation de l'institut de formation et du système d'évaluation de l'établissement
Années 2000	<ul style="list-style-type: none"> - En janvier 2003, initiation du service d'accueil de jour à prix coûtant pour les personnes de la classe moyenne et populaire ; - En 2005, transfert de l'État à l'autorité régionale de la gestion des services de protection sociale des personnes âgées à domicile ; - À partir d'avril 2008, uniformisation de l'appellation d'établissement de protection sociale des personnes âgées à domicile, composé de l'établissement d'envoi de bénévole à domicile, de l'établissement d'accueil de jour et de l'établissement de soins temporaires ; - À partir de juillet 2008, mise en œuvre de l'Assurance de Soins de Longue Durée des Personnes Âgées ; - En 2010, création de services d'aide aux personnes âgées à domicile

Source : Korean Ministry of Social Affairs and Health, <https://www.mohw.go.kr/>

ANNEXE 6. « POLITIQUES POUR LUTTER CONTRE LA DEMENCE »

Depuis la révision de la LPPA en 1989 qui a rendu possible la mise en place des politiques favorisant le bien-être des personnes âgées à domicile, au cours des années 1990 la démence des personnes âgées est de plus en plus considérée comme l'un des problèmes sociaux qui ont besoin de l'intervention politique. Les politiques pour lutter contre la démence sont apparues pour la première fois en Corée à travers les « mesures contre la démence pour 10 ans (1996-2005) »¹³⁷⁷. Celles-ci consistent en la prévention de la démence et au renforcement des mesures pour le dépistage précoce ; l'augmentation du nombre des établissements de soins pour la démence ; la création des institutions médicales spécialisées pour la démence ; le renforcement du service de visite des familles des personnes âgées malades d'Alzheimer (MA) ; la construction et la mise en œuvre de réseau informatique pour la télécommunication sur la démence ; la création de l'institut de recherche sur la démence ; l'éducation spécialisée sur la démence¹³⁷⁸. À cette occasion, plusieurs articles ont été inscrits dans la LPPA : « l'État ou les collectivités locales doivent réaliser les recherches sur la démence et les programmes de gestion pour la lutte contre la démence et sa prévention » en 1997 ; « le centre de santé publique doit comporter un centre de conseil sur la démence » en 1998 ; « le centre de santé publique doit disposer d'au moins un agent spécialisé dans les conseils sur la démence » en 2006. Après avoir élaboré le premier Plan national de la gestion de la démence en 2008, la loi de la gestion de la démence a été établie en 2011¹³⁷⁹.

À l'instar de la mise en œuvre de l'ASLD, en 2008 l'État a proclamé la guerre contre la démence et établi le 1^{er} Plan national de la gestion de la démence pour 2008-2012. Ce plan comporte quatre thèmes politiques : le dépistage précoce et le renforcement de la prévention ; traitement et gestion systématique et générale de la démence ; construction de l'infrastructure pour la gestion efficace de la démence ; allègement du fardeau de MA et amélioration de leurs représentations négatives¹³⁸⁰. Les politiques les plus fondamentales consistent en la création du centre du conseil sur la démence au sein du centre de santé publique au niveau national (ville, commune, arrondissement), la campagne pour l'examen régulier afin de retarder le symptôme et la prise en charge partielle du coût de consultation et de médicaments. Le deuxième Plan (2012-2015) a été élaboré en ayant pour objectif de dépistage précoce et renforcement de la prévention ; traitement adapté et renforcement des soins ; augmentation de l'infrastructure ; soutien aux familles et amélioration des représentations des malades

¹³⁷⁷ M. Kim, K. H. Seo. 2017. « A Comparative Study on the National Dementia Policy », *Public Policy Review*, vol.31, no.1, p.236.

¹³⁷⁸ E.-N. Gim. 2018. *A Study on Awareness and Operational Scheme for the Responsibility of State for Dementia Care*, Dissertation for Master in Welfare convergence, Namseoul University. p.12.

¹³⁷⁹ M. Kim, K. H. Seo. 2017. *op.cit.* p.234.

¹³⁸⁰ Ministry of Social Affairs and Health. 2008. *National Dementia Plan (2008-2012)*, Séjong.

d'Alzheimer¹³⁸¹. Il y a principalement la création des infrastructures – le centre de démence central (attaché au ministère des affaires sociales et de la santé), le centre de démence des grandes villes (géré par les collectivités locales des grandes villes), le centre du conseil téléphonique sur la démence, le renforcement des services médicaux à l'hôpital gériatrique public – et l'amélioration des représentations de la démence à travers un événement social tel que la journée pour lutter contre la démence, la marche pour lutter contre la démence. Le troisième Plan (2016-2020) repose sur prévention et gestion de la démence centrées sur la communauté ; offre des services de diagnostic, traitements, soins pour les déments ; allègement du fardeau des familles des déments ; disposition de l'infrastructure à travers la recherche, la statistique et la technologie¹³⁸². Ce plan se focalise sur les soins au sein de la communauté, ce qui fait qu'il commence à souligner l'aide aux aidants familiaux¹³⁸³.

Pourtant, malgré une série de plans nationaux de la démence, plusieurs lacunes sont découvertes : les centres sécurisant la démence se concentrent sur les moyennes-grandes villes, et donc cela entraîne une disparité selon les régions pour le dépistage et le traitement précoces et lorsque les MA ont besoin d'entrer à l'hôpital gériatrique. De surcroît, en cas d'augmentation des besoins des services en raison de la dégradation des symptômes de MA, il se peut que les MA et leurs familles aient des difficultés à avoir recours aux services pertinents du fait du fardeau financier¹³⁸⁴. Afin de combler les lacunes et de renforcer les mesures, en ayant pour objectif la « réalisation de la société rassurant sur la démence délivrée de l'inquiétude sur la démence » et la « responsabilité de l'État à l'égard du fardeau des personnes âgées démentes et de leurs familles », le « Plan de responsabilité nationale pour la démence » a été annoncé en septembre 2017, ce Plan était une des promesses du Président de la Corée, Moon Jae-In, lors des élections présidentielles¹³⁸⁵. Les contenus principaux consistent en une gestion adaptée aux cas ; extension des services de l'ASLD ; renforcement de l'assistance médicale pour les malades déments ; allègement des frais médicaux et du coût des soins ; prévention de la démence et établissement de l'environnement adapté à la démence ; développement de recherches sur la démence ; ajustement du système administratif.

Entre autres, il faut noter avant tout la création de 252 « centres rassurant sur la démence » au sein du centre de santé publique qui remplace le « centre du conseil sur la démence ». Lorsque la personne est diagnostiquée comme la démente, le centre rassurant sur la démence peut transmettre l'information et mettre en lien le malade avec les services nécessaires et gérer la situation. Si les tâches du centre du

¹³⁸¹ Ministry of Social Affairs and Health. 2012. *2nd National Dementia Plan (2012-2015)*, Séoul.

¹³⁸² Ministry of Social Affairs and Health. 2015. *3rd National Dementia Plan (2016-2020)*, Séjong, Ministère des affaires sociales et de la santé.

¹³⁸³ J.-U. Yoo. 2019. « Recent Changes and Challenges in National Dementia Policy in Korea », *Forum des affaires sociales et de la santé*, no.276, p.6-18.

¹³⁸⁴ D. W. Lee. 2017. "What is needed for the success of national responsibility for dementia", *J Korean Med Assoc*, vol.60, no.8, p.619.

¹³⁸⁵ J.-U. Yoo. 2019. *op.cit.* p.9.

conseil sur la démence se sont focalisées sur la procédure de diagnostic, le centre rassurant sur la démence dispose de plusieurs groupes de services tels que groupe de conseil/gestion/enregistrement ; groupe de diagnostic précoce ; groupe de repos ; groupe d'aide aux familles ; groupe de promotion pour l'amélioration des représentations sociales. De plus, il y a un lieu de repos des MA qui dispose des services (programmes cognitifs, thérapie musicale, thérapie d'exercice, thérapie de réminiscence, entraînement pour la prise de conscience de la réalité...) et les personnes en attente de classement dans les catégories de l'ASLD ou exclues peuvent utiliser ces services. Il existe aussi un café pour les familles de MA dans lequel les aidants familiaux s'échangent des informations et partagent des histoires¹³⁸⁶.

Par ailleurs, les personnes qui ont des troubles cognitifs et qui sont exclues de l'ASLD du fait de symptômes légers peuvent bénéficier des programmes cognitifs au centre d'accueil de jour et de nuit, et l'infirmier intervient pour les informer sur les médicaments ou les soins de longue durée. De plus, le Plan envisage la création des institutions rassurant sur la démence (le centre d'accueil de jour et de nuit, l'établissement d'hébergement de soins de longue durée). Dans ces derniers, les programmes adaptés à la MA sont mis en œuvre pour maintenir les fonctions physique et psychique, et les aides-soignantes y sont embauchées plus nombreuses que dans les institutions existantes¹³⁸⁷.

¹³⁸⁶ K. P. Kwak. 2018. "Korean Dementia Observatory and National Responsibility for Dementia", *Evidence and Values in Healthcare*, vol.4, no.1, p.1-9. p.5.

¹³⁸⁷ *Ibid.* p.6

T-48. Évolution du Plan national de la gestion de démence

	1^{er} Plan	2^{ème} Plan	3^{ème} Plan
Période	2008 - 2012	2013 - 2015	2016 - 2020
Objectifs	Vie confortable et humaine chez les personnes âgées	Vie confortable et humaine chez les personnes âgées	Construction de la société où les malades déments et leurs familles peuvent vivre de façon confortable et en sécurité au sein de la communauté
Orientations	<ul style="list-style-type: none"> · Mise en lien avec les programmes favorisant l'amélioration de la santé · Gestion adaptée selon le type de démence · Établissement du système de gestion systématique et général de la démence 	<ul style="list-style-type: none"> · Construction de la base systématique pour la prévention de la démence, son dépistage, son traitement, ses soins · Amélioration de la qualité de vie du malade dément et de sa famille ; effacement de l'inquiétude sur la vieillesse · Campagne pour la compréhension de la démence et pour la prise de conscience 	<ul style="list-style-type: none"> · Traitement et soin de la démence selon la gravité des symptômes · Mise en place des mesures de soutien pour l'allègement du fardeau familial et la protection de la sécurité et du droit des déments
Politiques	<ul style="list-style-type: none"> · Dépistage précoce et renforcement de la prévention · Traitement et gestion systématique et générale de la démence · Construction de l'infrastructure pour la gestion efficace de la démence · Allègement du fardeau du malade dément et amélioration de ses représentations négatives 	<ul style="list-style-type: none"> · Dépistage précoce et renforcement de la prévention · Traitement adapté ; renforcement des soins · Augmentation de l'infrastructure · Soutien aux familles et extension de la communication sociale ; amélioration des représentations sociales des malades d'Alzheimer 	<ul style="list-style-type: none"> · Prévention et gestion de la démence centrées sur la communauté · Offre des services de diagnostic, traitements, soins pour les déments · Allègement du fardeau des familles des déments · Disposition de l'infrastructure à travers la recherche, la statistique et la technologie

Source : M. Kim, K. H. Seo. 2017. *op.cit.* p.238.

T-49. Plan de responsabilité nationale pour la démence

	Contenu
Gestion adaptée aux cas	<ul style="list-style-type: none"> · Installation de 252 « centres sécurisant la démence » au sein du centre de santé publique (12. 2017) · Installation d'un lieu de repos et d'un café au sein du centre sécurisant la démence · Invention du système de gestion de l'enregistrement des personnes âgées démentes
Extension des services de l'ASLD	<ul style="list-style-type: none"> · Amélioration du système des catégories de l'ASLD pour l'augmentation des personnes éligibles (1. 2018) · Offre supplémentaire d'information à travers l'intervention des soins infirmiers à domicile · Extension du nombre des institutions de l'ASLD adaptées à la MA (progressivement jusqu'en 2022) · Introduction du système du renouvellement · Amélioration des conditions de travail
Renforcement de l'assistance médicale pour les malades déments	<ul style="list-style-type: none"> · Installation d'un secteur spécialisé pour la démence au sein de l'hôpital gériatrique – Protection intensive des MA ayant des troubles comportementaux
Allègement des frais médicaux et du coût de soins	<ul style="list-style-type: none"> · Réduction du taux de reste à charge pour les MA ayant des symptômes lourds (8. 2018) · Recouvrement du coût des examens sur les fonctions cognitives par l'assurance maladie (10. 2017) et du coût pour MRI (1. 2018) · Extension du bénéfice de réduction du reste à charge sur les services de l'ASLD · Aide au coût des nourritures lors de l'utilisation des institutions de l'ASLD · Aide au coût de l'achat de couches pour les MA à domicile
Prévention de la démence et établissement de l'environnement adapté à la démence	<ul style="list-style-type: none"> · Offre de programmes de prévention contre la démence dans le centre du bien-être des personnes âgées pour des personnes de plus de 75 ans qui habitent seules · Renforcement de la campagne pour la proposition des examens sur la démence · Répît des aidants familiaux des MA · Prévention contre la disparition des MA · Système national de tutelle des MA (9. 2018) · Établissement d'un village sécurisant sur la démence · Augmentation des bénévoles suivant la formation sur la démence
Développement de recherches sur la démence	<ul style="list-style-type: none"> · Installation d'un comité de recherches sur la démence pour 10 ans (6. 2018) · Soutien aux recherches à moyen et long terme
Ajustement du système administratif	<ul style="list-style-type: none"> · Création d'un bureau sur les politiques de la démence au Ministère des affaires sociales et de la santé · Investissement de la finance publique dans les collectivités locales et encouragement pour l'établissement de programmes variés selon la région

Source : Ministère des affaires sociales et de la santé. 2017. Project for National Responsibility Plan for Dementia, le 15. 9. 2017, Séjong.

BIBLIOGRAPHIE

- CHO K. D. 1996. « Recommendation for the Promotion of Community Care for the Elderly in Seoul – case study of home help service program in Seoul », *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol.16, no.1, p.135-149.
- CHOI. S. Y. 2015. *Q Study on the Effectiveness of Social Welfare Policy*, Dissertation of Ph.D of Departement of Public Administration, Konkuk University, South Korea.
- CHON Y. H. 2012. « An Exploratory Study on Home Support Service for the Elderly in Gyeonggi Province - focusing on the problems and improvements for the service », *Health and Social Welfare Review*, vol.32, no.4, p.151-181.
- CHON Y. H. 2015. « A Study on the Social Care Service Delivery System for Older People: Focusing on the Perspectives of Public Sector Employees and Private Service Providers », *Journal of Health and Social Affairs*, vol. 35, no.2, p.347-379.
- GIM E.-N. 2018. *A Study on Awareness and Operational Scheme for the Responsibility of State for Dementia Care*, Dissertation for Master in Welfare convergence, Namseoul University.
- Ham C. H. 1997. « A Study on the Effectiveness of the Home-based Services », *Journal of the Korean Gerontological Social*, vol.17, no.1, p.139-159.
- HAM S. N. 1995. « A Comparative Study on the Social Welfare Policy related to the aged between Korea and Japan », *Journal of Korean Social Welfare*, vol.2, p.25-83.
- HAN C. Y. 1995. *Formulation and Change Processes of the Welfare Law for the Elderly in Korea – crisis of old age and planning*, Seoul, Nanam.
- HYUN O. S. 2011. « A Study on the Formulation and Change Processes of the Welfare Law for the Elderly in Korea », *Journal study of gerontology*, vol.14, p.67-99.
- KANG S. G. 2012. *Exploration of Community Care Development Process for the elderly in Korea : pluralism Review*, Dissertation of Ph. D. of Department of Social Welfare, Kangnam University.
- KIM C. S. et CHO D. L. 2006. « Factors influencing the satisfaction for utilization of community care service by the elderly », *Korea Journal of 21 Century Social Welfare*, vol.3, no.1, p.129-156.
- KIM K. H. 1995. *Home-based service provision for the elderly in Seoul*, Seoul, The Seoul Institute.
- KIM M. et SEO K. H. 2017. « A Comparative Study on the National Dementia Policy », *Public Policy Review*, vol.31, no.1, p.233-260.
- KIM M. H., KWON G. J., LEE E. H., CHOI H. J. 2011 « A study on the Perception for Korea Developmental Directions of the Elderly Home-Care Service : by Using Q Methodology », *Journal of Welfare for the Aged*, vol.54, p.311-334.
- KO S. H. 2002. « A Study on Home and Community Care Service in Social Service Act for the Elderly », *Journal of Public Welfare Administration*, vol.12, no.2, p.21-37.
- KOREA ASSOCIATION OF COMMUNITY CARE FOR THE ELDERLY. 2003. *Traces for 10 years of Community Care for the Elderly in Korea – Evaluation of community care for the elderly*, Seoul.
- KWAK K. P. 2018. « Korean Dementia Observatory and National Responsibility for Dementia », *Evidence and Values in Healthcare*, vol.4, no.1, p.1-9.
- LEE B. M. 2006. *20 years of Eunchon senior welfare Center*, Yeyoung communication, Seoul.
- LEE D. W. 2017. « What is needed for the success of national responsibility for dementia », *J Korean Med Assoc*, vol.60, no.8, p.618-621.
- LEE J.-S., PARK J.-H. 2011, « Effectiveness Evaluation of Long-Term Care Service for the Elderly through the Diffusion of Market Principle », *Health and Social Welfare Review*, vol.31, no.4, p.5-33.
- LEE K. J. 2007. « The 21st Century Course of Law for the Welfare of the Aged : Based on Korean-Japanese laws for the Welfare of the Aged », *Korean Journal of Welfare Counseling*, vol.2, no.1, p.83-108.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH. 2008. *National Dementia Plan (2008-2012)*,

- Séjong.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH. 2012. *2nd National Dementia Plan (2012-2015)*, Séoul.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH. 2015. *3rd National Dementia Plan (2016-2020)*, Séjong.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH. 2015, *Guide of Social welfare for the elderly*, Seoul.
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH. 2017. Project for National Responsibility Plan for Dementia, le 15. 9. 2017, Séjong.
- PARK H. J. et KIM H. G. 2003. « Current Issues in the Home Helper Service System », *Korean Journal of Research in Gerontology*, vol.12, p.67-83.
- SUNWOO D., KANG E.-N., LEE Y.-K., KIM J.-M., CHOI I.-D., YANG C.-M. 2015. *Role Establishment and Construction of Continuum System Between Formal and Informal Providers in Elderly Care Services*, The Korea Institute for Health and Social Affairs, Repport 2015-21-07.
- YOO J.-U. 2019. « Recent Changes and Challenges in National Dementia Policy in Korea », *Forum des affaires sociales et de la santé*, no.276, p.6-18.
- YOON H. S. 2004. « A Study on Home Care Service in Korea », *The Journal of Public Welfare Administration*, vol.14, no.1, p.119-134.

LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

- Figures

F-1. Processus d'évaluation pour bénéficier de l'ASLD	24
---	----

- Graphiques

G-1. Évolution de la forme des ménages (1990-2015)	24
G-2. Évolution de la cohabitation avec enfant adulte	25
G-3. Causes de la FHS (à gauche) et durée de la FHS entre les membres concernés de famille 2010-2014	25
G-4. Évolution du nombre de personnes célibataires selon sexe et tranche d'âge	25
G-5. Raisons de divorce chez les femmes et chez les hommes	26
G-6. Proportion de divorce selon l'ancienneté de vie conjugale 1995-2015 et Âge moyen du remariage	26
G-7. Dépenses publiques et privées consacrées aux établissements d'enseignement, en pourcentage du PIB 2013	26
G-8. Perception du travail des femmes du point de vue des hommes	27
G-9. Le Taux de l'emploi des femmes selon la tranche d'âge	27
G-10. Évolution du taux de fécondité (1970-2017)	28
G-11. Taux de la population âgée de 65 ans ou plus en 2015 et 2050	28
G-12. Ratios démographiques de la dépendance des personnes âgées 1950-2075	28
G-13. Évolution et estimation de la population à l'âge du travail	29
G-14. Taux de pauvreté des personnes de plus de 65 ans (niveau de vie en dessous des 50 % du revenu médian équivalent) en 2017 (%)	29
G-15. Taux de revenus de la population âgée par rapport à la moyenne des revenus des ménages totaux et part des transferts publics en 2017 (%)	30
G-16. Âge effectif moyen de sortie du marché du travail et âge normal de la retraite en 2016	30
G-17. Taux de suicide des personnes âgées des pays de l'OCDE en 2016	30
G-18. Raisons de l'impulsion au suicide chez la personne âgée plus de 65 ans (%)	31
G-19. Maladies qui font le plus peur par tranche d'âge	31
G-20. Responsable de la prise en charge des parents	31
G-21. Satisfaction à l'égard des membres de la famille selon le sexe 2018	32
G-22. Évolution du coût pris en charge par l'Assurance maladie	32

G-23. Nombre de maltraitances et taux de maltraitance en établissement chez les personnes Agées	32
--	----

- Tableaux

T-1. Liste des informations des aidantes principales interrogées	14
T-2. Exercice des soins pratiques et intervention de l'aide	17
T-3. Liste de Jeunes adultes	18
T-4. Liste des professionnels	21
T-5. Nombre de ménage selon le nombre de membres	33
T-6. Proportion de famille en habitation séparée (FHS) 2010-2014	33
T-7. Taux de ménage monoparental	33
T-8. La fréquence de contact entre parents et enfant (1998-2014)	33
T-9. Taux de satisfaction à l'égard des membres de la famille (2006 et 2018)	34
T-10. Raisons pour lesquelles les femmes mariées (15-49 ans) pensent « l'enfant n'est pas forcément nécessaire » en 2018	34
T-11. Nombre de déclarations de divorces par tranche de sexe et d'âge 2005 et 2015	34
T-12. Taux d'activité par sexe (15 à 64 ans)	35
T-13. Perception sur la répartition des tâches ménagères (2006 et 2018)	35
T-14. Pratique réelle sur la répartition des tâches ménagères (2006 et 2018)	35
T-15. La situation de la société vieillissante selon le pays	36
T-16. Évolution du nombre de la population entre 1960 et 1980	36
T-17. La prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées coréennes	36
T-18. Estimation des malades âgés atteints de la maladie d'Alzheimer	37
T-19. Population âgée, proportion de la population, espérance de vie en moyenne, coût pour subvenir à la population âgée, index du vieillissement	37
T-20. Mission de chaque organisme	38
T-21. Contributions de l'ASLD	39
T-22. Ressources principales de l'ASLD	39
T-23. Proportion de la subvention de l'État par rapport aux recettes de cotisation	39
T-24. Situation de finances de l'ASLD	39
T-25. 52 articles d'évaluation	40
T-26. Classement des catégories de l'ASLD »	41

T-27. Plafond du montant mensuel des prestations de l'ASLD	41
T-28. Évolution du nombre de demandeur et de la population reconnue 2012-2017	42
T-29. Nombre de la population reconnue selon catégorie et qualification en 2017	42
T-30. Taux de l'attribution des catégorie 1 et 2 selon régions (%)	43
T-31. Taux de reste à charge	43
T-32. Types des prestations à domicile (l'article 23 de la loi de l'ASLD)	44
T-33. Tarifs des prestations à domicile	45
T-34. Nombre des bénéficiaires des prestations de l'ASLD	45
T-35. Nombre des institutions de l'ASLD selon caractère lucratif	46
T-36. Types de service d'aide à domicile	46
T-37. Évolution du nombre des AS qui exercent dans le métier et nombre par tranche d'âge et de sexe	47
T-38. Matières et nombre d'heure d'aide-soignante	48
T-39. Évolution du nombre des aides-soignantes et des aides-soignantes familiales	48
T-40. Évolution de critère de reconnaissance pour l'aide-soignante familiale et évolution de volume d'heure de soin	49
T-41. Caractéristiques des aides-soignantes familiales et des aidants familiaux	50
T-42. Contenu des services de protection sociale des personnes âgées à domicile	62
T-43. Conditions pour bénéficier des services aux personnes âgées à domicile	62
T-44. Évolution du service d'aide aux personnes âgées à domicile	65
T-45. Contenus des services d'aide aux personnes âgées à domicile	66
T-46. Contenus et caractéristiques de tous les services de soins aux personnes âgées	68
T-47. Évolution de la politique de maintien à domicile	69
T-48. Évolution du Plan national de la gestion de démence	73
T-49. Plan de responsabilité nationale pour la démence	74